



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Tesis**

Referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el  
hospital nacional Daniel Alcides Carrión, 2021-2022

**Para optar el Título Profesional de**  
Licenciada en Obstetricia

**Presentado por:**

**Autora:** León Villanueva, Gladys Margot

**Código ORCID:** <https://orcid.org/009-0003-2266-2515>

**Asesora:** Dra. Reyes Serrano, Bertha Nathaly

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9541-207X>

**Lima – Perú**

**2023**

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Gladys Margot León Villanueva, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y  Escuela Académica Profesional de Obstetricia /  Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2021-2022” Asesorada por la docente: **Bertha ~~Nathaly~~ Reyes Serrano**, ORCID 0000-0002-9541-207X, tiene un índice de similitud de 15(Quince) % con código \_\_\_\_\_ verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor 1  
 Gladys Margot León Villanueva  
 DNI: 25814490

.....  
 Firma de autor 2  
 Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: .....



.....  
 Firma asesora de tesis  
 Bertha ~~Nathaly~~ Reyes Serrano  
 DNI: 46030497

## **DEDICATORIA**

A mis padres, mi Goyito y Nancy por su gran amor, dedicación y esfuerzo.

A Mía, por ser siempre mi motivación de superación

## **AGRADECIMIENTOS**

Por sobre todo a Dios y a la Virgencita Hermosa por brindarme salud para seguir superándome. A mi familia por su amor, tiempo y paciencia. A José, por su apoyo incondicional; a Gabriela por su sincera amistad y compañeras de trabajo por sus consejos, para así poder culminar con esta importante etapa de mi formación profesional.

## **Miembros del jurado**

### **PRESIDENTA**

Dra. Leticia Gloria Marín Guevara

### **SECRETARIA**

Mg. Elvira Soledad Benites Vidal

### **VOCAL**

Mg. Anghy Tapia Tello

## ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Miembros del jurado.....	iii
Índice general.....	iv
Índice de tablas.....	vi
Índice de gráficos.....	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.2.1 Problema general.....	3
1.2.2 Problemas específicos.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4 Justificación de la investigación.....	5
1.4.1 Teórica.....	5
1.4.2 Metodológica.....	6
1.4.3 Práctica.....	7

1.5 Limitaciones de la investigación.....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Bases teóricas.....	13
2.3 Formulación de hipótesis.....	27
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....</b>	<b>28</b>
3.1 Método de la investigación.....	28
3.2 Enfoque de investigación.....	28
3.3 Tipo de investigación.....	28
3.4 Diseño de la investigación.....	28
3.5 Población, muestra y muestreo.....	29
3.6 Variables y operacionalización.....	32
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.7.1 Técnicas .....	35
3.7.2 Descripción.....	35
3.7.3 Validación.....	35
3.7.4 Confiabilidad.....	35
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	36
3.9 Aspectos éticos.....	36
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Resultados.....</b>	<b>37</b>
4.1.1 Análisis descriptivos de los resultados.....	37
4.1.2 Discusión de los resultados.....	76
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>88</b>
5.1 Conclusiones.....	88
5.2 Recomendaciones.....	89
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>101</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	102
Anexo 2: Matriz de operacionalización de las variables.....	104
Anexo 3: Instrumentos.....	106
Anexo 4: Validez del instrumento.....	109

Anexo 5: Confiabilidad del instrumento.....	110
Anexo 6: Constancias de evaluación de ficha de recolección de datos, por método Juicio de Expertos.....	111
Anexo 7: Aprobación del comité de ética.....	121
Anexo 8: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos.....	123
Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin.....	124

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1</b> Niveles de atención de complejidad y categorías de establecimientos en el sector salud.....	19
<b>Tabla N°2</b> Categorías de los establecimientos de salud.....	19
<b>Tabla N°3</b> Número total de referencias de gestantes por emergencia obstétricas según origen, año 2021 y 2022.....	29
<b>Tabla N°4:</b> Número de referencias por emergencias obstétricas válidas total y por año.....	37
<b>Tabla N° 5:</b> Distribución de registros de acuerdo a grupo etáreo en total.....	38
<b>Tabla N°6:</b> Distribución de registros de acuerdo a edad específica en total.....	39
<b>Tabla N°7:</b> Medidas de tendencia central, de acuerdo a variable “edad” total.....	40
<b>Tabla N° 8:</b> Edad gestacional total al momento de la referencia.....	41
<b>Tabla N°9:</b> Medidas de tendencia central, de acuerdo a variable “edad gestacional” total.....	41
<b>Tabla N°10:</b> Distribución de registros de acuerdo paridad en gestantes referidas en total.....	43
<b>Tabla N°11:</b> Distribución de registros de grado de instrucción en gestantes referidas en total.....	44
<b>Tabla N°12:</b> Distribución de registros de estado civil en gestantes referidas en total.....	45
<b>Tabla N°13:</b> Distribución de registros de estado civil en gestantes referidas en total.....	46
<b>Tabla N°14:</b> Distribución de diagnósticos de gestantes referidas incluidas en la categoría “Otros”.....	47

<b>Tabla N°15:</b> Distribución de referencias de acuerdo a red de salud de origen en total.....	49
<b>Tabla N°16:</b> Distribución de referencias de acuerdo a red de salud u hospital de origen en total.....	50
<b>Tabla N°17:</b> Distribución de referencias de acuerdo a cada centro de salud u hospital de origen en total.....	51
<b>Tabla N°18:</b> Distribución de resultados de prueba para infección por SARS -COV -2 en gestantes referidas en total.....	53
<b>Tabla N°19:</b> Distribución de referencias coordinadas en total.....	54
<b>Tabla N°20:</b> Distribución de personal que coordina la referencia en total.....	55
<b>Tabla N°21:</b> Distribución de personal que acompaña la referencia en total.....	56
<b>Tabla N°22:</b> Distribución de respuestas respecto si paciente llegó con formato de referencia al HNDAC en total.....	57
<b>Tabla N°23:</b> Distribución de respuestas respecto si hubo dificultades para aceptación de referencia al HNDAC.....	58
<b>Tabla N°24:</b> Distribución de respuestas respecto si estuvo llenada la hoja de contrareferencia al momento del alta médica.....	59
<b>Tabla N°25:</b> Distribución de respuestas respecto si existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar tratamiento.....	60
<b>Tabla N°26:</b> Distribución de respuestas respecto si la contrareferencia fue oportuna.....	61
<b>Tabla N°27:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la paridad de la gestante en total.....	64
<b>Tabla N°28:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en total.....	65
<b>Tabla N°29:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en el año 2021.....	67
<b>Tabla N°30:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en el año 2022.....	68
<b>Tabla N°31:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen total.....	70
<b>Tabla N°32:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen en el año 2021.....	71

**Tabla N° 33:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen en el año 2022.....73

**Tabla N°34:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a puesto, centro de salud u hospital de origen de la referencia, en total.....75

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico N° 1:** Porcentaje de referencias por emergencias obstétricas válidas total y por año.....37

**Gráfico N°2:** Distribución porcentual de registros de acuerdo a grupo etéreo total.....38

**Gráfico N°3:** Distribución de registros de acuerdo a edad de gestante referida total.....40

**Gráfico N°4:** Distribución de registros, de acuerdo a edad gestacional (en semanas) total.....42

**Gráfico N°5:** Distribución porcentual de registros válidos, de acuerdo a paridad en total.....43

**Gráfico N°6:** Distribución porcentual de registros válidos, de acuerdo a grado de instrucción de gestantes referidas en total.....44

**Gráfico N°7:** Distribución porcentual de registros válidos, de acuerdo a estado civil de gestantes referidas en total .....45

**Gráfico N°8:** Distribución porcentual de registros válidos, de acuerdo a diagnósticos obstétricos de gestantes referidas en total .....46

**Gráfico N°9:** Distribución de diagnósticos de gestantes referidas incluidas en la categoría “Otros”.....48

**Gráfico N°10:** Distribución porcentual de referencias, de acuerdo a red de salud de origen en total.....49

**Gráfico N°11:** Distribución porcentual de referencias, de acuerdo a centro de salud u hospital de origen en total.....50

**Gráfico N°12:** Distribución porcentual de referencias, de acuerdo a cada centro de salud u hospital de origen en total.....52

**Gráfico N°13:** Distribución de resultados válidos de prueba para infección por SARS - COV -2 en gestantes referidas en total.....53

**Gráfico N°14:** Distribución porcentual de referencias coordinadas en total.....54

<b>Gráfico N°15:</b> Distribución porcentual de datos válidos en razón a personal que coordina la referencia en total.....	55
<b>Gráfico N°16:</b> Distribución porcentual de datos válidos en razón a personal que acompaña la referencia en total .....	56
<b>Gráfico N°17:</b> Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si paciente llegó con formato de referencia al HNDAC en tota.....	57
<b>Gráfico N°18:</b> Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si hubo dificultades para aceptación de referencia al HNDAC.....	58
<b>Gráfico N°19:</b> Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si estuvo llenada la hoja de contrareferencia al momento del alta médica.....	59
<b>Gráfico N°20:</b> Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar tratamiento.....	60
<b>Gráfico N°21:</b> Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si la contrareferencia fue oportuna.....	61
<b>Gráfico N°22:</b> Media de edad gestacional de acuerdo a grupos de edad al momento de referencia por emergencia obstétrica en total.....	62
<b>Gráfico N°23:</b> Media de edad gestacional de acuerdo a diagnóstico principal en emergencias obstétricas referidas al HNDAC en total.....	63
<b>Gráfico N°24:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la paridad de la gestante en total.....	67
<b>Gráfico N°25:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en total .....	66
<b>Gráfico N°26:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en el año 2021.....	67
<b>Gráfico N°27:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en el año 2022.....	69
<b>Gráfico N°28:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen total.....	70
<b>Gráfico N°29:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen en el año 2021.....	72
<b>Gráfico N°30:</b> Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen en el año 2022.....	73

## RESÚMEN

Las gestantes cuando presentan emergencias obstétricas son referidas a hospitales con capacidad resolutive. **OBJETIVO** del estudio fue describir el manejo de las referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en los años 2021 y 2022. **MATERIALES Y MÉTODOS** indican que el estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se trabajó una muestra de 177 referencias, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se elaboró la base de datos en el programa Excel y se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS versión 25. **RESULTADOS** indican que 30.5% de las gestantes presentaban edades entre 23 a 28 años. Los principales diagnósticos de referencia fueron preeclampsia con 32.2% y amenaza de parto pretérmino con 20.3%. El Centro de Salud Perú-Corea-Bellavista refirió 21.5% gestantes, 56.5% presentaron resultados negativos a coronavirus. 85.9% de referencias fueron coordinadas y 85.9% de contrareferencias estuvieron anexadas y llenas al momento del alta. En **CONCLUSIÓN**, los principales diagnósticos que motivaron la referencia fueron preeclampsia y amenaza de parto pretérmino, el Centro de Salud Perú-Corea-Bellavista generó mayor cantidad de referencias y se cumplió el proceso de referencias y contrareferencias en las emergencias obstétricas

**Palabras claves:** emergencia obstétrica, referencia, contrareferencia, gestación

## ABSTRACT

When pregnant women present obstetric emergencies, they are referred to hospitals with the capacity to resolve them. The OBJECTIVE of the study was to describe the management of referrals and counter-referrals of obstetric emergencies treated at the D.A. Carrion National Hospital, during 2021 and 2022. The MATERIALS AND METHODS indicate that the study was observational, descriptive, retrospective and cross-sectional. A sample of 177 references was worked, the sampling was non-probabilistic for convenience. The database was created in the Excel program and the statistical analysis was carried out in the SPSS version 25 program. RESULTS indicate that 30.5% of the pregnant women were between 23 and 28 years old. The main reference diagnoses were preeclampsia with 32.2% and threat of preterm birth with 20.3%. The Peru-Korea-Bellavista Health Center referred 21.5% pregnant women. 56.5% presented negative results for coronavirus. 85.9% of referrals were coordinated and 85.9% of counter-referrals were attached and completed at the time of discharge. CONCLUSION, the main diagnoses that motivated the referral were preeclampsia and threat of preterm birth, the Peru-Korea-Bellavista Health Center generated a greater number of referrals and the process of referrals and counter-referrals in obstetric emergencies was fulfilled.

**Keywords:** obstetric emergency, reference, counter-referral, pregnancy

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la mortalidad materna con el deceso o fallecimiento de toda mujer durante el periodo del embarazo, parto o puerperio; incluyendo también, a las muertes por aborto y embarazo ectópico. Menciona también que estas muertes maternas son un gran problema de salud pública y en su mayoría pueden ser evitadas si son detectadas a tiempo<sup>1</sup>.

Se considera que la razón de la mortalidad materna refleja el desarrollo de un país, debido a que es un indicador que estuvo incluido dentro de los Objetivos del Milenio (ODM), y en la actualidad, su disminución es considerado uno de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) proyectados para el 2030<sup>2</sup>.

Pese que al pasar de los años la razón de mortalidad materna (RMM) fue disminuyendo; en el Perú, en el 2020, se reportaron 439 casos de muertes maternas, ascendiendo en un 12% en el 2021, con 493 casos, siendo este el valor más alto, en los últimos 13 años<sup>3</sup>.

Las emergencias obstétricas son todas aquellas situaciones imprevistas que ponen en riesgo inminente la salud de la gestante; así como el producto de la gestación. El reconocimiento temprano de las mismas; así como la estabilización y traslado a un centro de capacidad resolutive, impacta drásticamente en la morbilidad y mortalidad materna<sup>4</sup>.

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), en el 2004, a través de la Resolución Ministerial N° 769 -2004, emitió la Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector Salud, donde se clasificaban para todos los establecimientos de salud en categorías (desde el I -1, hasta la III – 2), según su capacidad resolutive. El sistema de referencias y contra referencias, son todas aquellas actividades asistenciales y administrativas, que permiten la transferencia de un determinado paciente, de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive; mientras que, la contrareferencia es el retorno del paciente a su establecimiento de origen<sup>5</sup>.

A nivel mundial, para inicios del año 2020, en China, se reportaba la presencia del virus SARS – COV – 2, que causaba una enfermedad respiratoria grave que conllevaba a la muerte. Con el transcurrir de las semanas, la propagación de esta enfermedad era incontrolable. Se declaró un estado de emergencia sanitaria global; así como la definición de pandemia a esta enfermedad. En el Perú, debido al aumento de casos, el presidente declaró en estado de emergencia a todo el país, con restricciones y medidas con fines de controlar el avance de la enfermedad. Sin embargo, la gran cantidad de pacientes contagiados; la falta de recursos humanos; así como la falta de insumos e infraestructura, desnudaron las debilidades y limitaciones del sistema de salud peruano. El impacto en la salud estuvo acompañado también, con problemas económicos, y de estabilidad laboral en muchas familias<sup>6</sup>.

El Callao es la Provincia Constitucional del Perú. Se encuentra conformado por 07 distritos: Callao, La Perla, La Punta, Carmen de la Legua Reynoso, Bellavista, Ventanilla, Mi Perú. La mortalidad materna presentada en la provincia constitucional, durante los años

2020, 2021 fueron de 16 y 15, respectivamente. Estas cifras representaron el 3.64% y 3.04% del total nacional<sup>3</sup>.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC), se ubica en el distrito de Bellavista, y es el establecimiento de mayor capacidad resolutive (III -1) en la provincia constitucional del Callao.

Debido a las múltiples dificultades y limitaciones que se presentaron en el sistema de salud para atender a los pacientes con SARS-COV-2 y la presentación permanente de emergencias obstétricas, se tomó con mucha importancia saber cómo fue el manejo del Sistema de referencias y contrareferencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, en dichas emergencias.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál fue el manejo de referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- 1) ¿Cuáles fueron las características sociodemográficas de las gestantes con referencias y contrareferencias atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022?
- 2) ¿Cuáles fueron los diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia por emergencia al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022?

- 3) ¿Cuáles fueron los establecimientos de salud que tuvieron más referencias por emergencias obstétrica al hospital nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022?
- 4) ¿Qué porcentaje de gestantes con emergencia obstétricas referidas al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, presentaron infección por SARS – COV -2, durante los años 2021 y 2022?
- 5) ¿Se cumplió el proceso de referencias en las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, así como lo detalla la Norma Técnica N° 018?
- 6) ¿Se cumplió el proceso de contrareferencias en las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, así como lo detalla la Norma Técnica N° 018?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

- Describir el manejo de las referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- 1) Mencionar las características sociodemográficas de las gestantes referidas y contra referidas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022.
- 2) Identificar los diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia por emergencia al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022.

- 3) Identificar los establecimientos de salud que tuvieron más referencias por emergencias obstétrica al hospital nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022
- 4) Establecer el porcentaje de gestantes con emergencia obstétricas referidas al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, que presentaron infección por SARS – COV -2, durante los años 2021 y 2022.
- 5) Verificar el cumplimiento del proceso de referencias en las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, así como lo detalla la Norma Técnica N° 018.
- 6) Verificar el cumplimiento del proceso de contrareferencias en las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, así como lo detalla la Norma Técnica N° 018.

#### **1.4. Justificación**

##### **1.4.1 Justificación teórica**

Desde años atrás, se están realizando esfuerzos colectivos para poder garantizar un adecuado manejo de la gestante; así como brindar las atenciones oportunas para que pueda finalizar la gestación de manera adecuada. De esta manera, se busca el bienestar madre - recién nacido<sup>1,2</sup>.

Sin embargo, en el año 2020, se reportaron 439 casos de muertes maternas, ascendiendo en un 12% en el 2021, con 493 casos, siendo este el valor más alto, en los últimos 13 años. La mortalidad materna presentada en el Callao, durante los años 2020, 2021 fueron de 16 y 15, respectivamente. Estas cifras representaron el 3.64% y 3.04% del total nacional<sup>3</sup>.

En el año 2004, el Ministerio de Salud, emitió la norma técnica número 18, describiendo las características, enfoque y manejo del sistema de referencia y contrareferencias de los establecimientos de salud. Con ello, se ha buscado que los pacientes tengan un acceso adecuado a los servicios de salud que permiten resolver los problemas médicos que pudieran presentar<sup>5</sup>.

A pesar que con el tiempo este sistema ha ido mejorando, todavía hay limitaciones. Se describen casos de mortalidad materna, así como demoras en la atención oportuna de gestantes en situaciones críticas de su salud<sup>5</sup>.

#### **1.4.2. Justificación metodológica**

En el año 2019, el Ministerio de Salud del Perú, emitió la resolución ministerial N° 658 - 2019 donde se aprueban las prioridades nacionales de investigación. El noveno problema sanitario es la salud materna, perinatal y neonatal. Dentro de este problema, se incluye el desarrollo de estrategias para la prevención y control de la morbilidad materna extrema; así como mortalidad materna, perinatal y neonatal<sup>7</sup>.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, al ser centro de referencia de la región Callao, atiende gran cantidad de pacientes; incluida las emergencias obstétricas. Si bien es cierto, que por motivos de la pandemia por SARS -COV -2, los esfuerzos logísticos y de recursos humanos fueron dirigidos a atender a estos pacientes; las atenciones obstétricas por emergencia no se detuvieron.

Al desarrollar una ficha de recolección de datos; la cual, fue validada a través de juicio de expertos, ha permitido generar una nueva herramienta, que podría utilizarse para estudios posteriores; así como medio de evaluación en redes de salud.

### **1.4.3. Justificación práctica**

El presente trabajo de investigación buscó determinar las referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas que fueron atendidas en el año 2021 y 2022, en dicho nosocomio.

De esta manera, se lograron identificar algunas características clínicas, epidemiológicas de las gestantes; que permitirán optimizar el reconocimiento de estas emergencias y la atención oportuna de las mismas, para reducir la morbi – mortalidad materna.

El sistema de referencia y contrareferencia conforma una red nacional. El hospital nacional Daniel Alcides Carrión cuenta con una base de datos y registros de todas las referencias y contrareferencias que se han gestionado en los últimos años. Por lo tanto, se pudo contar con acceso a información relevante al presente trabajo.

### **1.4.1. Limitaciones de la investigación**

Dentro de las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo del presente trabajo se incluyen:

- a) Demora para que personal de archivo, puedan brindar las historias clínica; debido a falta de personal o falta de tiempo de los trabajadores del área.
- b) La información que registró la oficina de referencias y contrareferencias en gestantes durante los años estudiados, tenían errores de digitación, Por lo que, al momento de realizar la recolección de datos, las historias evaluadas no correspondían a gestantes.
- c) Personal de archivo que brindaban las historias, a pesar de tener el registro de cuáles habría que sacar, daba algunas historias clínicas, que no figuraba en los datos a evaluar.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

Rojas (2022) en la Paz-Bolivia, realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y cuantitativo. Tuvo como objetivo establecer la calidad de referencia y contrareferencia en la Red de salud N°5 Sur del municipio de La Paz de las gestiones 2018 y 2019 para mejorar el manejo de las redes y la atención. Se recolectó la información a través del formulario de referencia y contrareferencia. Se observó que el 97.1% de referencias para el año 2018, no tuvieron adecuado tratamiento; y que para el año 2019, este porcentaje, disminuye a 79.1%. Así mismo, en el año 2018, el 99.7% de pacientes referidos, no contaban con algún tipo de estudio de laboratorio al momento del traslado; y para el año 2019, fueron de 100%. Se concluyó que, los usuarios calificaban la calidad del servicio positiva o negativamente, teniendo en cuenta dos criterios: la oportuna atención y la solución a las necesidades<sup>8</sup>.

Mendoza (2022) en la Paz-Bolivia, buscó establecer la efectividad del sistema de referencia y contrareferencia de las redes de salud Corea y red 5 Sur de las gestiones 2018 y 2019. El estudio fue observacional y descriptivo. Se obtuvo la información necesaria a través de la

revisión de los formularios de referencias y contrareferencias ya existentes en los establecimientos de salud. En razón al llenado de la referencia, para el año 2018, se determinó que el 98.9% de estas, tuvieron mejor calidad; y para el año, 2019, fue de 98 %. El motivo de la referencia, estuvo llenado adecuadamente en un 30.4% para el año 2018 y en el 2019, fue de 34.2%. Se concluyó que, la red de salud 5 Sur, tuvo mejor efectividad en toda la red Corea, además de tener la mejor calidad de registro de los formularios de referencia y contrareferencia<sup>9</sup>.

Inta (2021) en la Paz-Bolivia, buscó determinar la calidad de las referencias gineco obstétricas que se realizaron desde centro de salud Franz Tamayo de la red de salud Lotes y servicios del municipio de El Alto; a los hospitales segundo y tercer nivel, en el primer semestre la gestión 2019'. Realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo. El instrumento que usó fue la hoja de verificación de la calidad, basado en la escala de Likert. Se incluyeron 83 gestantes atendidas; de las cuales, 85.5% tuvieron referencia poco adecuada; el 10.8%, adecuada; y el 3.6% de ellas, referencia muy adecuada. Así mismo, en razón al diagnóstico que se usó para realizar la referencia, el 69.9% tuvieron un diagnóstico muy pertinente; el 3.6%, pertinente; y el 26.5% de ellas, fueron poco pertinentes. Se concluyó que sí se cumple con el llenado de las referencias gineco-obstétricas en casi el total de los ítems; y en la mayoría de casos, las referencias obstétricas se dieron de manera oportuna.<sup>10</sup>.

Córdova (2020), analizó el cumplimiento de referencias y/o derivaciones realizadas a pacientes gestantes de riesgo en el Centro de Salud Urbano Naranjito, Guayas, Ecuador. Usó una investigación de tipo cuantitativo, descriptiva y exploratoria. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta validada y aprobada por expertos. Los resultados

que arrojó este estudio fueron que el nivel de cumplimiento del sistema de referencias del centro de salud en estudio, fue buena (62.5%). Se concluyó que el sistema de referencia cumple de manera correcta en su mayoría con los procesos implicados y que parte de las dificultades presentadas, luego de emitida la referencia estarían presentándose por falta de cumplimiento de los procesos por parte del paciente y sus familiares<sup>11</sup>.

Amigo (2018) -Santiago de Chile, realizó un estudio para hacer un diagnóstico y proponer lineamientos de política pública para la mejora en la gestión de los procesos de referencia y contrareferencia, con la finalidad de mejorar la atención de los pacientes. La metodología que se empleó fue mixta-evaluativa. Se obtuvo la información a través de la revisión bibliográfica, documentos institucionales y entrevistas. Los resultados demostraron que no había políticas públicas ni lineamientos para abordar este tema, ni signos de importancia, es por ello por lo que los resultados que daba este sistema eran deficientes. Al final se concluyó que el éxito de esta estrategia implementada fue que ya no fue opcional la digitalización de una referencia y contrareferencias, de lo contrario, fue obligatorio, para poder mejorar la calidad de la salud de los pacientes<sup>12</sup>.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Diaz (2023) Tarapoto-Perú, estudió si los sistemas de referencias y contrareferencias podrían mejorar la atención de las emergencias obstétricas en el Hospital II EsSalud. Se elaboró un estudio descriptivo, observacional, con diseño correlacional. En sus resultados se destacó que la norma técnica de referencias y contrareferencias tuvo un total de 83.0% de cumplimiento, y las emergencias obstétricas lograron el 85.0% de manejo adecuado. El estudio encontró que el sistema de referencia y contrareferencia aporta significativamente a las emergencias obstétricas de dicho nosocomio<sup>13</sup>.

Mamani y Flores (2023) en Puno, tuvieron como objetivo *‘Determinar el diagnóstico obstétrico relacionado al manejo de las referencias y contrareferencias C.S. José Antonio Encinas Puno*. El estudio fue retrospectivo, correlacional, no experimental. Se realizó revisión documentaria y el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. Se incluyeron 80 referencias en gestantes como muestra. El 61% de las referencias fueron justificadas, mientras que el 39%, no. El 89% de las contrareferencias fueron justificadas; mientras que el 11%, no. Se aplicó correlación de Pearson para determinar si el diagnóstico obstétrico estaba relacionado directamente con el manejo de las referencias y contrareferencias en el centro de salud, donde se desarrolló el trabajo. Se encontró un valor de  $p: 0.236$  ( $p > 0.05$ ), concluyendo que no existió relación entre el diagnóstico obstétrico y el manejo de las referencias y contrareferencias<sup>14</sup>.

Pomacaruha y Reyes (2022) en Huancavelica-Perú, buscaron describir la referencia y contrareferencia de las gestantes atendidas en el Hospital Provincial de Acobamba durante el año 2020. Para ello, realizaron una investigación no experimental, descriptivo y retrospectivo, mediante el análisis documental y una ficha de recolección de datos. Se estudiaron 132 gestantes que fueron referidas al hospital provincial. El 85.6% eran mujeres de entre 19 a 34 años, el 7.6% mayores de 35 años y el 6.8%, gestantes menores a 19 años. El 55.3% se encontraron entre 37 a 41 semanas de gestación, mientras que el 44.7%, eran menores de 37 semanas de gestación. El 47.7% eran primíparas, el 57.6% tenían primaria completa y el 90.9% eran convivientes. El 93.2% fueron referidas por el médico y el 6.8% por obstetras. El 100% de ellas, fueron acompañadas por obstetras. El 86.4% fueron referencias justificadas, y el 59.8% tuvieron contrareferencias justificadas. Concluyeron que la mayoría de las gestantes referidas fueron adultas, con gestación a término,

primíparas, con educación primaria, convivientes y anémicas. La decisión de referir al paciente fue tomada por el médico, pero quien acompañó en gran porcentaje, fue la obstetra<sup>15</sup>.

Altamirano (2021) en Lima-Perú, tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de los pacientes usuarios del sistema de referencia y contrareferencia por sexo y grupo etario del servicio de medicina, en el hospital de emergencias Villa El Salvador (HEVES), durante el año 2020. Por ello, realizó un estudio cuantitativo y descriptivo comparativo. Se levantó información a través de la encuesta SERVQUAL recomendada por MINSA. Donde sus resultados fueron los siguientes: Entre las edades de 18 a 25 años el 61.7% de hombres se muestran insatisfechos mientras que en mujeres fue el 100.0%. Entre las edades de 26 a 40 años el 58.0% de varones quedaron insatisfechos, mientras que en mujeres fue el 70.0%. Por último, de 41 años a más, quedaron insatisfechos el 70.0% de hombres y el 85.0% de mujeres<sup>16</sup>.

Cárdenas (2020) en Lima-Perú, buscó identificar el nivel de cumplimiento de la norma técnica de referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas en el Hospital Rural de Lamas. Su estudio fue no experimental, descriptivo simple, conformado por un total de 69 referencias obstétricas en el 2018. Los datos se recolectaron a través de un cuestionario y ficha de recolección. Se encontró que el aspecto administrativo fue “regular” en un 33% y el asistencial también “regular” en un 34%. El aborto incompleto, estuvo presente en el 29% de gestantes referidas, y la hipertensión arterial inducida en la gestación en un 22%. El personal en obstetricia, realizó el 39% de las referencias, mientras que el médico, el 25%. Se concluyó que el nivel de cumplimiento de la norma técnica estudiada, fue de nivel “Regular” con el 34.0%<sup>2</sup>.

## 2.2. Bases teóricas

### **Sistemas de referencias y contrareferencias**

Este sistema es el grupo de acciones asistenciales y administrativas, que determinan la referencia del paciente que acude al establecimiento de salud de menor a mayor capacidad resolutive, Y posterior a ello, la contrareferencia, que es el retorno del paciente al establecimiento de origen, para continuar su cuidado<sup>5</sup>.

### **Organización del sistema**

#### ➤ **Nivel administrativo:**

- Ministerio de Salud.
- Direcciones Regionales de Salud.
- Dirección de salud y de las Redes de Salud.
- Microrredes de Salud

#### ➤ **Nivel asistencial:**

- Establecimientos de salud.
- Institutos especializados.
- Hospitales.
- Centros de salud y puestos de salud

#### ➤ **Nivel comunal:**

- Agentes comunitarios de Salud.
- Actores sociales<sup>7</sup>.

### **Proceso de la referencia**

#### **A. Definición de referencia**

Es la petición que realiza un establecimiento de salud de menor complejidad a otro de mayor, para diagnóstico y tratamiento del paciente que padece alguna enfermedad, así como también la continuidad de su atención y su cuidado<sup>5</sup>.

## **B. Responsable de la referencia**

### **A nivel comunal**

Cada comunidad tiene un agente comunitario, que se encarga de detectar cualquier signo de alarma y/o riesgo para evacuar a la persona al establecimiento de salud más próximo<sup>17</sup>.

### **A nivel del establecimiento de salud**

El responsable de la referencia es el personal de salud que atendió al paciente, este puede ser: Médico, personal de salud no médico o profesional técnico de salud<sup>17</sup>. Sus deberes son:

1. Definir el establecimiento de referencia según el nivel de complejidad de estos.
2. Usar criterios de referencia, evaluar los recursos de los establecimientos de salud, verificar la cartera de servicios y respetar el flujo de la referencia.
3. Llenado correcto del formato de referencia.
4. Coordinar adecuadamente la referencia del paciente y esperar la confirmación del establecimiento de destino.
5. Realizar un traslado correcto del paciente, teniendo en cuenta todos sus cuidados.
6. Entre otros.

## **C. Origen de la referencia**

### **A nivel comunal**

El agente comunitario, la organización social y/o cualquier otro habitante, detecta algún signo de alarma o problema de salud en algún miembro de su comunidad, y lo evacúa oportunamente a un establecimiento en salud<sup>17</sup>.

### **A nivel de Establecimientos de Salud**

Cuando el paciente necesita de otro tipo de evaluación, manejo, estudios complementarios y/o procedimientos que no corresponden a la capacidad resolutoria de su establecimiento de salud de origen<sup>17</sup>.

### **D. Establecimiento de destino**

Es aquella institución de salud donde será evacuado el paciente que requiere de una atención, según sea su necesidad. La referencia tiene como destino, las siguientes unidades productoras de servicios (UPS): Consulta externa, emergencia y apoyo al diagnóstico.

Estos establecimientos pueden ser: puestos de salud, centros de salud, Hospitales de nivel I-II-III o los Institutos especializados<sup>17</sup>.

### **E. Unidad productora de servicios (UPS) de destino**

#### **Consulta Externa**

El usuario no requiere una atención de emergencia ni urgencia, es por ello por lo que es enviado por consulta externa para ser evaluado por la especialidad que requiere<sup>17</sup>.

#### **Emergencia**

Para que un paciente sea enviado por emergencia, se debe tener en cuenta los criterios de clasificación, la probabilidad de presentar secuelas incurables y el riesgo de mortalidad; de esa manera, se evalúa la necesidad de requerir una atención inmediata para estabilizar al paciente, su manejo adecuado, así como su posible hospitalización, hasta lograr su recuperación<sup>17</sup>.

#### **Apoyo al Diagnóstico**

Cuando se necesita confirmar un diagnóstico, hacer un control de la enfermedad del paciente, un procedimiento que no hay en el establecimiento de salud de origen; se refiere por este medio al paciente<sup>17</sup>.

## **F. Criterios para la selección del establecimiento de destino**

### **Capacidad Resolutiva**

Se debe referir al establecimiento de salud que cuente con la cartera de servicios que pueda resolver el motivo que demandó atención en las carteras de salud

### **Accesibilidad**

Cuando se escoja el establecimiento de salud de destino se debe tomar en cuenta su cercanía y su facilidad de acceso; se puede tener en cuenta todos los establecimientos de salud.

### **Oportunidad**

La referencia debe darse oportunamente y de la manera adecuada, según lo establecido en la norma técnica, para prevenir cualquier riesgo o deceso del paciente<sup>17</sup>.

## **G. Procedimiento de la referencia**

### **A nivel comunal**

Las Microrredes y los Establecimiento de Salud (EE.SS.) serán los responsables de establecer las estrategias necesarias para identificar factores de riesgo y/o signos de alarma, y que serán comunicados oportunamente a los pobladores y agentes comunitarios, para cuando los identifiquen puedan evacuar al paciente a su EE.SS. más cercano.

### **A nivel del establecimiento origen**

Se realiza lo siguiente:

- Atención e identificación de necesidades.
- Selección del EE.SS. de destino.
- Llenado del formato de referencia.
- Comunicar a los familiares respecto al estado del paciente, así como también los riesgos y razones por lo cual se realiza la referencia.
- Coordinación de la referencia con el establecimiento de destino<sup>17</sup>.

## **H. Referencia injustificada**

Cuando el paciente no debería ser referido, porque su problema de salud no requiere de una atención en un establecimiento de mayor capacidad resolutive. Por ejemplo:

- Cuando el establecimiento de origen cuenta con la especialidad solicitada
- Cuando el establecimiento de destino no tiene la especialidad que necesitan para el paciente<sup>17</sup>.

## **Proceso de la contrareferencia**

### **A. Definición de la contrareferencia**

Se le denomina contrareferencia a la respuesta que hace el especialista a la interconsulta solicitada por el centro de salud de origen, mediante la cual regresa al paciente a su establecimiento de salud, luego de haber sido evaluado y haber resuelto sus necesidades.

Existen dos momentos de la contrareferencia:

- Respuesta inicial o retorno: El profesional de salud atiende al paciente referido, y es este el encargado de confirmar el diagnóstico que padece el usuario, así como brindarle su tratamiento
- Cuando se le brinda el alta médica al paciente que estuvo hospitalizado, se le contrarrefiere a su establecimiento de origen, enviando las indicaciones necesarias, así como también indicando la continuidad de su tratamiento<sup>5</sup>.

### **B. Responsabilidad**

Este formato puede ser llenado y coordinado por el médico, técnico u otro profesional de la salud que realizó la atención del paciente, el cual tiene la responsabilidad de informar el estado del paciente a su egreso<sup>17</sup>.

### **C. Condiciones del usuario**

**-Curado:** El problema de salud ha sido resuelto

**-Mejorado:** El problema de salud por el cual fue referido el paciente, ha sido resuelto parcialmente, se recomienda la supervisión por el establecimiento de origen

**-Atendido por Apoyo al Diagnóstico:** El paciente ya cuenta con los resultados de los exámenes solicitados por su establecimiento de salud.

**-Retiro Voluntario:** El paciente decide dar por concluido las atenciones, firmando la Hoja de Exoneración de Responsabilidad.

**-Deserción:** Se refiere al abandono o interrupción del tratamiento en el establecimiento de salud de destino

**-Fallecimiento:** El paciente fallece en el establecimiento de salud de destino<sup>17</sup>.

#### **D. Contrareferencia injustificada**

Cuando el usuario contrarreferido no cumple los requisitos necesarios. Por ejemplo:

- Cuando el paciente aún debe ser atendido en el establecimiento de destino
- Cuando se retorna al paciente, sin tener en cuenta la oferta de servicios ni la capacidad de resolución del establecimiento de destino<sup>17</sup>.

#### **Niveles de atención de los establecimientos de salud**

**a) Primer nivel:** En este nivel, se encuentran los pacientes que requieren una atención de complejidad baja, donde se realizan actividades de prevención y promoción, así como también actividades de diagnóstico y tratamiento en los casos más comunes.

**b) Segundo nivel:** En este nivel se atienden a los pacientes que requieren de atención intermedia.

**c) Tercer nivel:** Aquí se brinda atención de alta complejidad y especialización<sup>13</sup>.

**Tabla N°1 Niveles de atención de complejidad y categorías de establecimientos en el sector salud**

<b>Niveles de atención</b>	<b>Niveles de complejidad</b>	<b>Categorías de establecimientos de salud</b>
Primer nivel	Primero	I.1
	Segundo	I.2
	Tercero	I.3
	Cuarto	I.4
Segundo nivel	Quinto	II.1
	Sexto	II.2
Tercer nivel	Séptimo	III.1
	Octavo	III.2

**Fuente: Referencia bibliográfica N° 13**

**Categorización del establecimiento de salud**

Este proceso se da a partir del nivel de complejidad de los establecimientos de salud, así como también depende de sus características funcionales. Con el objetivo de lograr las metas establecidas, las cuales son de gran importancia para el sector salud, así como también de la población<sup>13</sup>.

**Tabla N°2 Categorías de los establecimientos de salud**

<b>Categorías del sector salud</b>	<b>Asignación</b>
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

**Fuente: Referencia bibliográfica N° 13**

## **Emergencias obstétricas**

### **A. Hemorragia en la primera mitad del embarazo**

#### **Aborto**

Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr<sup>18</sup>.

- Aborto inevitable: Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.
- Aborto completo: eliminación total del contenido uterino.
- Aborto incompleto: eliminación parcial del contenido uterino.
- Aborto retenido o diferido: muerte de embrión o feto antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. El diagnóstico es ecográfico.
- Aborto séptico: Complicación de etiología infecciosa y grave del aborto.

#### **Embarazo Ectópico**

Implantación del óvulo fecundado, localizado fuera de la cavidad uterina. Se denomina complicado cuando se rompe u origina hemorragia, y no complicado en el caso contrario<sup>18</sup>.

### **B. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo**

Sangrado vaginal acompañado o no de dolor en gestante mayor a 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto<sup>18</sup>.

**-Placenta Previa:** Implantación patológica de la placenta por carencia de superficie en el fondo uterino.

**-Desprendimiento prematuro de placenta:** Aumento de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso, que se asocia con ruptura, hematoma y desprendimiento de placenta.

- **Rotura uterina:** Ruptura de las fibras del músculo uterino, sujeto a estiramiento excesivo que vence su capacidad de distensión.

### **C. Hemorragia intraparto y post- parto**

Pérdida de sangre mayor de 500 ml, posterior a la expulsión de la placenta, en las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 ml en cesárea<sup>18</sup>.

#### **Hemorragia intraparto**

-Retención placentaria

#### **Hemorragia postparto**

-Atonía uterina.

-Retención de restos o alumbramiento incompleto.

-Lesión del canal del parto

-Inversión uterina.

-Coagulación intravascular diseminada.

#### **Hemorragia post-parto tardía**

-Retención de restos.

-Sub involución uterina.

### **D.Schock hipovolémico obstétrico**

Síndrome clínico agudo debido a hipoperfusión tisular que se produce, al disminuir críticamente la volemia eficaz (flujo sanguíneo)<sup>18</sup>.

#### **Hemorragico**

-Hemorragia interna: embarazo ectópico roto.etc.

-Hemorragia externa: aborto, enfermedad gestacional del trofoblasto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, atonía uterina, alumbramiento incompleto, retención placentaria, desgarros cervicales y/o perineales.

### **No hemorrágico**

-Pérdidas intestinales: vómitos, diarreas, etc.

-Pérdidas extraintestinales: uso de diuréticos, etc.

-Acumulación en el tercer espacio: ascitis, polihidramnios, obstrucción intestinal.

## **E. Trastornos hipertensivos del embarazo**

### **Hipertensión inducida por la gestación**

Hipertensión arterial asociado a proteinuria, después de las 20 semanas de gestación<sup>18</sup>.

#### **Preeclampsia leve**

- Presión arterial  $\geq$  a 140/90 mmHg.
- Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).

#### **Preeclampsia severa**

La presencia de preeclampsia, asociado a una o más de las siguientes características:

- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
- Presión arterial  $\geq$  a 160/110 mmHg.
- Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico).
- Compromiso de órganos manifestándose como oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar. disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis<sup>18</sup>.

### **Eclampsia**

Crisis de convulsiones generalizadas de manera súbita, secundaria a un estado de preeclampsia.

## **Síndrome HELLP**

Complicación de la pre-eclampsia caracterizada por:

- Anemia hemolítica microangiopática: alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 gr/dl a predominio indirecto.
- Aumento TGO a70 UI, o LDH mayor de 600 UI.
- Plaquetopenia: valor menor a 100,000 por ml<sup>18</sup>.

## **Infección por SARS -COV -2 en gestación**

El 11 de febrero de 2020, se declaró a nivel mundial la infección del virus SARS – COV - 2 como COVID -19. El 10 de marzo de 2020, la Organización Mundial de Salud declara al COVID -19, como pandemia. Los casos reportados fueron dramáticamente en ascenso, generando múltiples dificultades en el conocimiento y manejo de la misma<sup>19,20</sup>.

### **A. Mecanismo de transmisión**

Se ha determinado que el principal mecanismo de transmisión a través del contacto directo por gotas respiratorias de la persona infectada que genera al hablar y/o toser. La transmisión puede ser también indirecta a través de fómites<sup>20</sup>.

En razón a los estudios y reportes publicados en estos años para poder valorar la posibilidad de trasmisión vertical a través de la gestación, se ha visto que el riesgo es de 1 a 3.5 % en promedio. En algunos casos se han podido aislar el virus SARS -COV -2 en líquido amniótico y la placenta, pero no es lo frecuente<sup>21</sup>.

Por lo que se menciona que el principal mecanismo de transmisión en recién nacidos, es de tipo horizontal. No se han podido demostrar presencia de este virus en secreciones vaginales, ni leche materna<sup>21</sup>.

## **B. Manifestaciones clínicas**

El período de incubación de este virus, en promedio es de 4 a 6 días; sin embargo, puede alcanzar un intervalo de 2 hasta 14 días. La infección de manera asintomática en gestación puede ir de 13.5 hasta 75% de acuerdo a los reportes<sup>21,22</sup>.

Los síntomas principales en la presentación de la enfermedad, son la fiebre y la tos (en promedio 40%). Otras manifestaciones incluyen cefalea, odinofagia, deposiciones semi - líquidas, mialgias, disnea, malestar general<sup>21</sup>.

Al igual que puede haber cuadros asintomáticos, la infección y evolución de la enfermedad, puede conllevar a casos severos con insuficiencia respiratoria y finalmente la muerte. La coexistencia con otros factores de riesgo como enfermedades cardiopulmonares, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc., aumentan el riesgo de desarrollar enfermedad grave<sup>22,23</sup>.

En el año 2020, en un hospital de Nueva York, durante los primeros meses del inicio de la pandemia, se hizo una cohorte a 241 gestantes en el tercer trimestre de la gestación; que tuvieron prueba molecular confirmatoria de infección por SARS -COV -2; se encontró que el riesgo ajustado para ingreso a cuidados intensivos fue de 3; para ingreso a ventilación mecánica fue de 2.9 y de 1.7 para fallecimiento. El 61.4% de las gestantes fueron asintomáticas, y el presentar un índice de masa corporal mayor a 30, se asoció a desarrollar enfermedad severa<sup>24</sup>.

## **C. Clasificación de acuerdo a gravedad**

La presentación de signos y síntomas al momento del reconocimiento de la enfermedad, nos permite clasificar la enfermedad de acuerdo a la gravedad<sup>21</sup>.

### **Infección leve**

Síntomas de vías respiratorias altas (tos, odinofagia, rinorrea), asociados o no a síntomas inespecíficos (fiebre, mialgas), con PCR  $\leq 7$  mg/dL, linfocitos  $\geq 1000$  cells/mm<sup>3</sup>, LDH y ferritina normal). Escala CURB65=0<sup>21</sup>.

### **Infección moderada**

-Neumonía leve: demostración con radiografía de tórax patológica (infiltrado intersticial uni o bilateral) y sin signos de gravedad. SaO<sub>2</sub> aire ambiente  $\geq 92\%$ . No necesidad de vasopresores ni asistencia ventilatoria. Escala CURB-65  $\leq 1$ <sup>21</sup>.

-Alteraciones analíticas: Linfocitos  $< 1000$  cels/mm<sup>3</sup>, PCR  $> 7$ mg/dl, ferritina  $> 400$ ng/mL, y LDH  $> 300$  U/L<sup>21</sup>.

### **Infección grave**

-Neumonía grave: Fallo de  $\geq 1$  órgano o SaO<sub>2</sub> aire ambiente 2 puntos. Un quick SOFA (qSOFA) con 2 de las siguientes 3 variables clínicas puede identificar a pacientes graves: Glasgow  $\leq 13$ , Presión sistólica  $\leq 100$  mmHg y frecuencia respiratoria de  $\geq 22$ /min.

-Shock séptico: Tras volumen de resucitación, requiere vasopresores para mantener PAM  $\geq 65$  mmHg y lactato  $\geq 2$ mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.

-Alteraciones tromboembólicas

-Otras complicaciones asociadas<sup>21</sup>.

## **D. Diagnóstico**

Al tener contacto con el sistema de salud, se debe realizar una adecuada anamnesis para valorar un posible caso sospechoso. Se debe considerar a toda gestante con síntomas respiratorios agudos asociados o no a otras manifestaciones<sup>19,21</sup>.

Se debe tomar analítica sanguínea, así como una radiografía de tórax. Así mismo, realizar ecografía fetal y monitoreo cardiotocográfico para evaluar bienestar fetal<sup>19,25</sup>.

La prueba antigénica y la prueba molecular PCR se deben realizar para confirmar el diagnóstico viral. En los primeros cinco días de la enfermedad, la prueba antigénica tiene mayor sensibilidad para la detección. Posterior a ello, va perdiéndola<sup>21</sup>.

Si bien es cierto, la prueba antigénica puede tener un resultado negativo; al contar con síntomas sugestivos de la enfermedad, se debe confirmar con prueba molecular para SARS – COV -2. En casos graves y prueba molecular negativa de hisopado nasofaríngeo; debe considerarse, prueba molecular en esputo, lavado broncoalveolar y/o aspirado endotraqueal<sup>21</sup>.

#### **E. Atención en gestantes con infección por SARS -COV -2**

En aquellas gestantes con inicio del trabajo de parto o condiciones que requieren culminar la gestación para salvaguardar la vida tanto de la mamá como el feto, la vía de parto dependerá del estado y condición de cada uno de ellos (vaginal vs cesárea).

Se debe de realizar la atención en un ambiente único, que cuente con presión negativa y las medidas de bioseguridad tanto para la paciente como el personal de salud, para minimizar el riesgo de transmisión<sup>23</sup>.

#### **F. Lactancia materna**

No se ha demostrado que la lactancia materna condicione transmisión vertical de la enfermedad. No se debe de evitar la leche materna.

Es importante que haya un consenso tanto entre los padres como el personal de salud; ya que depende mucho del estado clínico y hemodinámico de cada uno de ellos. En caso de

que la madre se encuentre en condiciones, la lactancia materna y/o mixta se debe de dar con medidas higiénicas adecuadas: lavado de manos, pezones y uso de mascarilla durante el proceso de amamantamiento<sup>21,25</sup>.

### **Definición de términos**

- **Sistema de referencias y contrareferencias:** Conjunto de procedimientos estructurados que permite transferir a pacientes con problemas de salud específicos a centros de atención en salud con capacidad de resolución. El retorno de estos pacientes luego de haberse resuelto el problema, a sus centros de salud afiliado, se considera contrareferencia<sup>17</sup>
- **Emergencia obstétrica:** Situación súbita que amenaza la vida de la gestante y del producto de la gestación. Requiere la atención inmediata para disminuir el riesgo de morbi – mortalidad materna <sup>18</sup>
- **Establecimiento de salud:** Conformar la unidad operativa de la cartera de servicios de salud ofrecidos, de acuerdo al nivel de atención y capacidad resolutoria. Realizan actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para mejorar la salud de las personas<sup>26</sup>
- **Primer nivel de atención:** Oferta de servicios de salud que se desarrollan en establecimientos de salud. Realizan actividades de promoción y prevención de la salud. Reconocen patologías que requieren manejo en establecimientos de mayor capacidad resolutoria e inician el proceso de referencia <sup>26</sup>.

### **2.3. Hipótesis**

Por ser un estudio descriptivo, no se consideró hipótesis.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Método de investigación**

En el presente trabajo, se utilizó el método científico, a través de un enfoque inductivo; puesto que, a través de los resultados obtenidos, se obtuvieron conclusiones de manera más general al proceso de referencia de gestantes por emergencia obstétrica que llegan al HNDAC

### **3.2 Enfoque investigativo**

De tipo cuantitativo, puesto que se realizó el análisis de datos a través de mediciones numéricas, y con apoyo de parámetros estadísticos

### **3.3 Tipo de investigación**

Tipo de utilizado fue el básico, al buscar ampliar la información respecto al manejo de referencias y contrareferencias de gestantes en un período de tiempo determinado

### **3.4 Diseño de la investigación**

Descriptivo. Tipo retrospectivo, porque los hechos se dieron en un tiempo pasado. Transversal, porque la información que se colectó fue en un solo momento. Por último, observacional, porque no se manipularon las variables

### 3.5 Población, muestra y muestreo

#### Población

De acuerdo a los registros de la oficina de referencias y contrareferencias del hospital nacional Daniel Alcides Carrión; la población conformada por el total de emergencias obstétricas referidas, en el periodo 2021 al 2022, fueron de la siguiente manera:

**Tabla N°3 Número total de referencias de gestantes por emergencia obstétricas según origen, año 2021 y 2022**

<b>Referencias por emergencias obstétricas según origen</b>	<b>Total</b>
Número total de referencias de todo el Perú	1571
Número total de referencias DIRESAS de Lima y Callao	1066
Número total de referencias DIRESA Callao	324

**Fuente: Elaboración propia. Oficina de referencias y contrareferencias del HNDAC**

Debido a la localización del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; así como ser hospital de referencia a nivel de la región Callao; se consideró como población las 324 referencias de la DIRESA Callao

#### Muestra

El tamaño muestral se calculó a través de la fórmula para una población finita.

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

Donde:

n: Tamaño de la muestra buscado

N: Tamaño de la población o universo

Z: Parámetro estadístico de acuerdo al nivel de confianza

d: Error de estimación máximo aceptado

p: Probabilidad que ocurra el evento estudiado (éxito)

q: Probabilidad que no ocurra el evento estudiado (1-p)

Se consideró un nivel de confianza de 95% (Z: 1.96), con una proporción esperada (p) de 50% (0.50); y una precisión de 5% (0.05)

$$n = \frac{(324) * (0.50) * (0.50) * (1.96)^2}{(324 - 1) (0.05)^2 + (0.5) * (0.5) * (1.96)^2}$$

$$n = 177$$

La muestra final estuvo constituida por 177 referencias en total

### **Muestreo**

El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia. Se usaron criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión**

- Gestante con diagnósticos presuntivos y/o definitivos de emergencia obstétrica que figura en los registros de la oficina de referencia y contrareferencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Gestante referida, cuya atención por emergencia se encuentre registrada en su historia clínica

- Referencias y contrareferencias de gestantes con diagnósticos presuntivos y/o definitivos de emergencias obstétricas atendidas desde el 01 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022 en el Hospital nacional Daniel Alcides Carrión.

**Criterios de exclusión**

- Gestante referida, cuya atención no se encuentre en el período de estudio
- Gestante atendida cuya atención de emergencia en historia clínica no está descrita, y/o no figura

### 3.6 Variables y operacionalización

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Instrumento
Referencias y contrareferencias de emergencias obstétricas	Características sociodemográficas de pacientes referidas	Edad	Años	Numérica	Ficha de recolección de datos
		Edad gestacional	Semanas	Numérica	
		Paridad	Nulípara, primípara, multípara, gran multípara	Nominal	
		Grado de instrucción	Sin nivel, primaria, secundaria, superior	Ordinal	
		Estado civil	Soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda	Nominal	
	Referencia de las emergencias obstétricas	Referencia de las emergencias obstétricas	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia: Amenaza de aborto, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, otros.	Nominal	
			Mencionar el establecimiento de salud origen de la referencia.	Nominal	

Referencias y contrareferencias de emergencias obstétricas	Procedimiento de la referencia	Resultado de prueba para SARS – COV -2: Positivo, negativo	Nominal	Ficha de recolección de datos
		¿La referencia fue coordinada?: Sí, no	Nominal	
		Personal que coordina la referencia: Médico, personal de salud no médico, técnico en salud, otros.	Nominal	
		Personal que acompaña la referencia: Médico, personal de salud no médico, técnico en salud, otros.	Nominal	
		¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?: Sí, no, no especificado.	Nominal	
		¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?: Sí, no	Nominal	
	¿Estuvo llenada la hoja de contrareferencia, al	Nominal		

	Contrareferencia de las emergencias obstétricas	Contrareferencia de las emergencias obstétricas	momento del alta médica? Sí, no		
¿Existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar su tratamiento? Sí, no			Nominal		
La contrareferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido): Si, no			Nominal		

### **3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1 Técnica**

En el presente estudio se utilizó el análisis documentario, a través de la revisión de las historias clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en los años 2021 y 2022.

#### **3.7.2 Descripción**

El instrumento será la ficha de recolección de datos, el cual contiene la variable de estudio y sus dimensiones. Los datos, se ingresaron en una tabla de Excel para su análisis correspondiente.

Dicho instrumento consta de tres partes:

- 1) Características sociodemográficas de pacientes referidas.
- 2) Referencias de las emergencias obstétricas.
- 3) Contrareferencias de las emergencias obstétricas.

#### **3.7.3 Validación**

La ficha de recolección de datos fue elaborada a través de estudios previos realizados en el tema. Dicho instrumento fue sometido a juicio de expertos, antes del inicio de la recolección de datos. El método utilizado fue de Hernández – Nieto (ver anexo 4)

#### **3.7.4 Confiabilidad**

Luego de la realización del juicio de expertos, la información fue sometida al análisis a través del método Alfa de Cronbach, con un valor final de 0.72 (interpretación de confiabilidad: Buena) (ver anexo 5)

### **3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos a través de la ficha de recolección de datos fueron tabulados en el programa Excel. Una vez elaborada la base datos, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25 para el análisis estadístico. Así mismo, los gráficos se generaron tanto en SPSS como Excel

Para el análisis descriptivo de las variables se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión de ser cuantitativas, o frecuencias y porcentajes de ser categóricas

### **3.9 Aspectos éticos**

El trabajo de investigación fue presentado al comité de ética del hospital nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC); el cual, tras su evaluación, fue aprobado y se dio visto bueno para el inicio de la recolección de datos

Se respetaron en todo momento, los principios bioéticos:

- Beneficencia, ya que aportó información para conocer el proceso de referencias y contrareferencias en la región Callao
- No maleficiencia, no ocasionó ningún daño en el paciente, porque solo se recolectaron datos ya registrados
- Justicia, los datos que se obtuvieron fueron necesarios para la investigación; basándose en criterios de inclusión y exclusión
- Autonomía, por ser un estudio retrospectivo, no se aplicó consentimiento informado.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

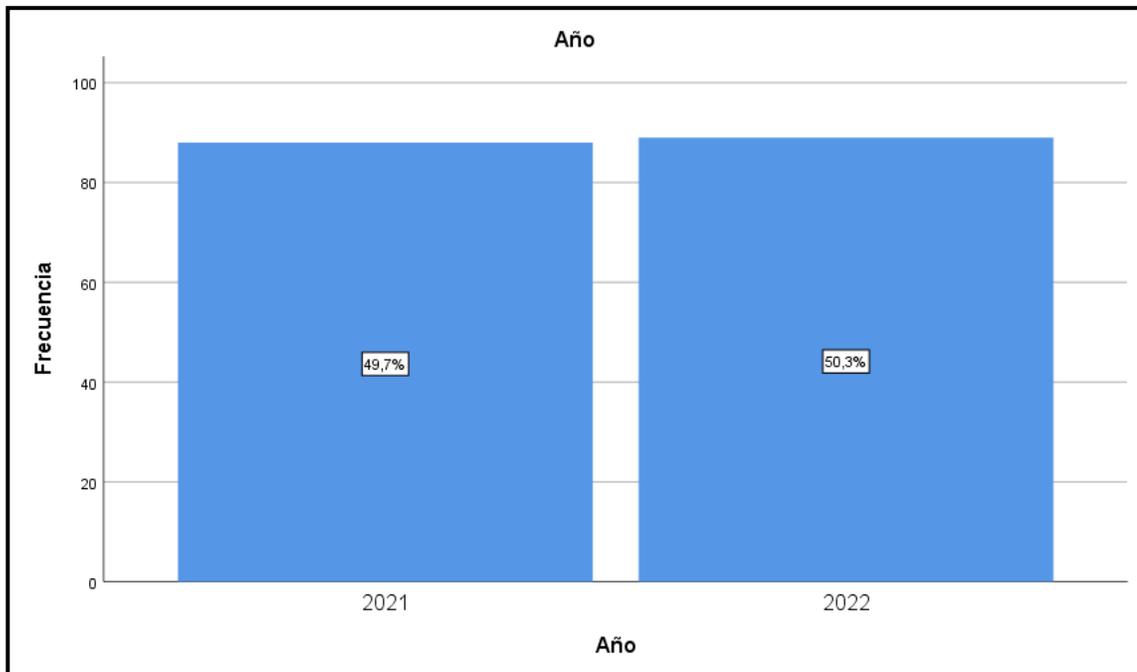
#### 4.1 Análisis descriptivos de los resultados

**Tabla N 4°:** Número de referencias por emergencias obstétricas válidas total y por año

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Año 2021	88	49,7
Año 2022	89	50,3
Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N° 1:** Porcentaje de referencias por emergencias obstétricas válidas total y por año



**Fuente:** Elaboración propia

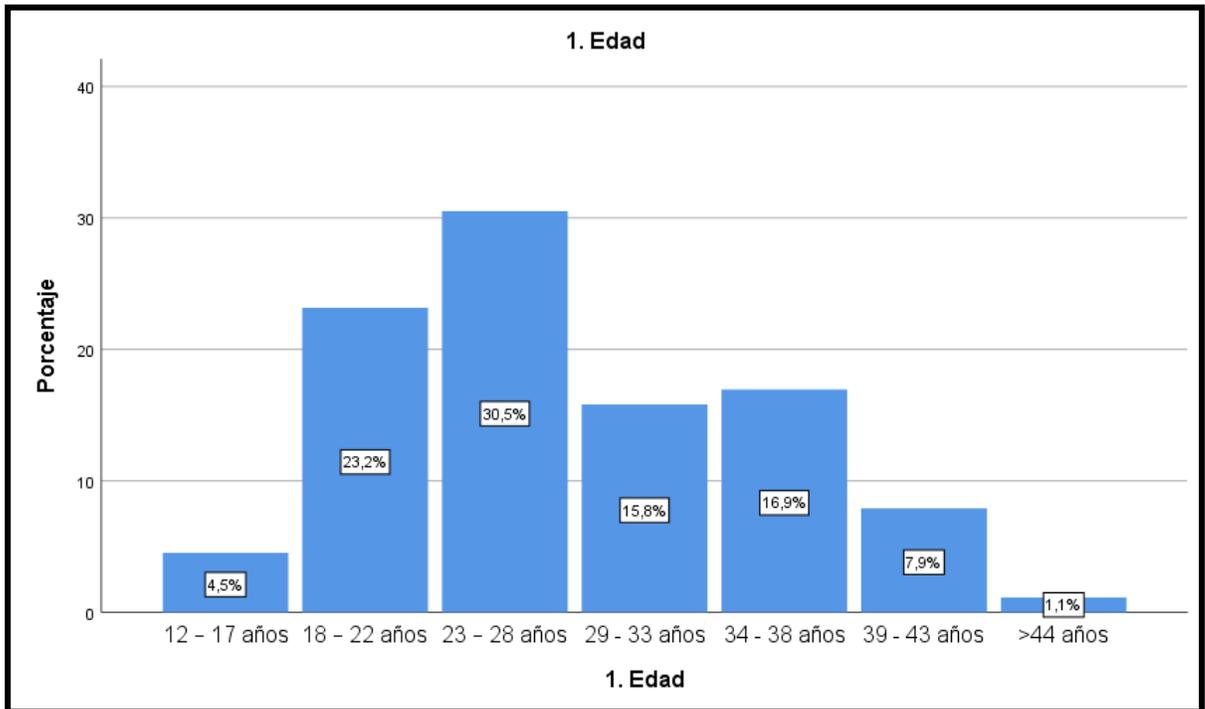
El número total de registros incluidos en el trabajo, fueron de 177. De las cuales, el 49.7% (n: 88) fueron del año 2021 y el 50.3% (n: 89) del 2022.

**Tabla N° 5:** Distribución de registros de acuerdo a grupo etáreo en total

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad		
12 – 17 años	8	4,5
18 – 22 años	41	23,2
23 – 28 años	54	30,5
29 - 33 años	28	15,8
34 - 38 años	30	16,9
39 - 43 años	14	7,9
>44 años	2	1,1
Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°2:** Distribución porcentual de registros de acuerdo a grupo etáreo total



**Fuente:** Elaboración propia

Las gestantes entre 23 a 28 años (30.5%), seguidas del grupo de 18 a 22 años (23.2%) y del 29 a 33 años (15.8%) fueron las que más referencias obstétricas por emergencias generaron entre el año 2021 y 2022. El 4.5% (n:8) corresponden a gestación adolescente; mientras que el 1.1% (n:2) correspondió a gestantes mayores de 44 años

**Tabla N°6:** Distribución de registros de acuerdo a edad específica en total

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	13	1	,6
	16	4	2,3
	17	3	1,7
	18	8	4,5
	19	8	4,5
	20	9	5,1
	21	7	4,0
	22	9	5,1
	23	11	6,2
	24	13	7,3
	25	11	6,2
	26	5	2,8
	27	7	4,0
	28	7	4,0
	29	4	2,3
Edad	30	5	2,8
	31	7	4,0
	32	5	2,8
	33	7	4,0
	34	8	4,5
	35	8	4,5
	36	6	3,4
	37	5	2,8
	38	3	1,7
	39	6	3,4
	40	2	1,1
	41	5	2,8
	42	1	,6
	44	1	,6
	46	1	,6
	Total	177	100,0

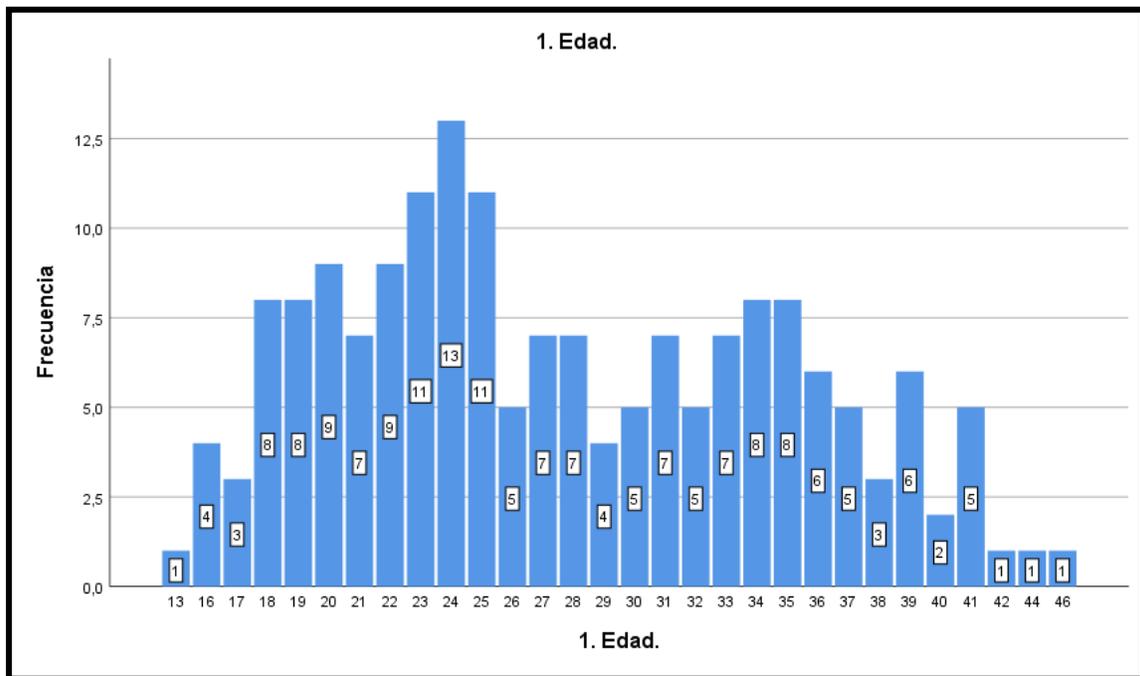
**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla N°7:** Medidas de tendencia central, de acuerdo a variable “edad” total

Medida central	Valor
Media	27,66
Mediana	26,00
Moda	24
Desviación	7,226
Varianza	52,214
Mínimo	13
Máximo	46

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°3:** Distribución de registros de acuerdo a edad de gestante referida total



**Fuente: Elaboración propia**

La edad mínima de gestantes referidas fue de 13 años, y la máxima de 46 años. La media fue de 27.66 años, y la mediana de 26 años. La edad de 24 años fue de mayor frecuencia de presentación (7.3% del total). El conjunto de 23 a 25 años, representan el 19.7% (n:35) del total.

**Tabla N° 8:** Edad gestacional total al momento de la referencia

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
	12	1	,6
	13	1	,6
	19	1	,6
	20	1	,6
	24	1	,6
	26	2	1,1
	27	7	4,0
	28	6	3,4
	29	6	3,4
	30	2	1,1
	31	6	3,4
	32	6	3,4
	33	11	6,2
	34	11	6,2
	35	16	9,0
	36	12	6,8
	37	15	8,5
	38	26	14,7
	39	27	15,3
	40	15	8,5
	41	3	1,7
	42	1	,6
Edad gestacional total al momento de la referencia	Total	177	100,0

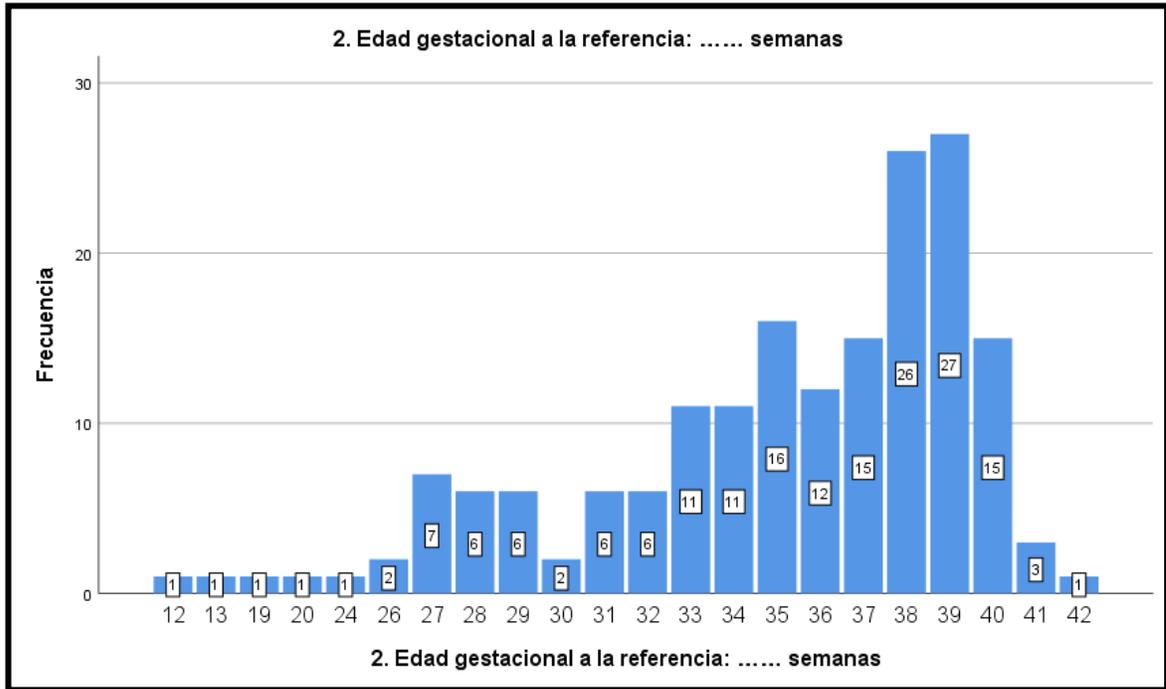
**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla N°9:** Medidas de tendencia central, de acuerdo a variable “edad gestacional” total

Medida central	Valor
Media	35,02
Mediana	36,00
Desviación	4,920
Mínimo	12
Máximo	42

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°4:** Distribución de registros, de acuerdo a edad gestacional (en semanas) total



**Fuente:** Elaboración propia

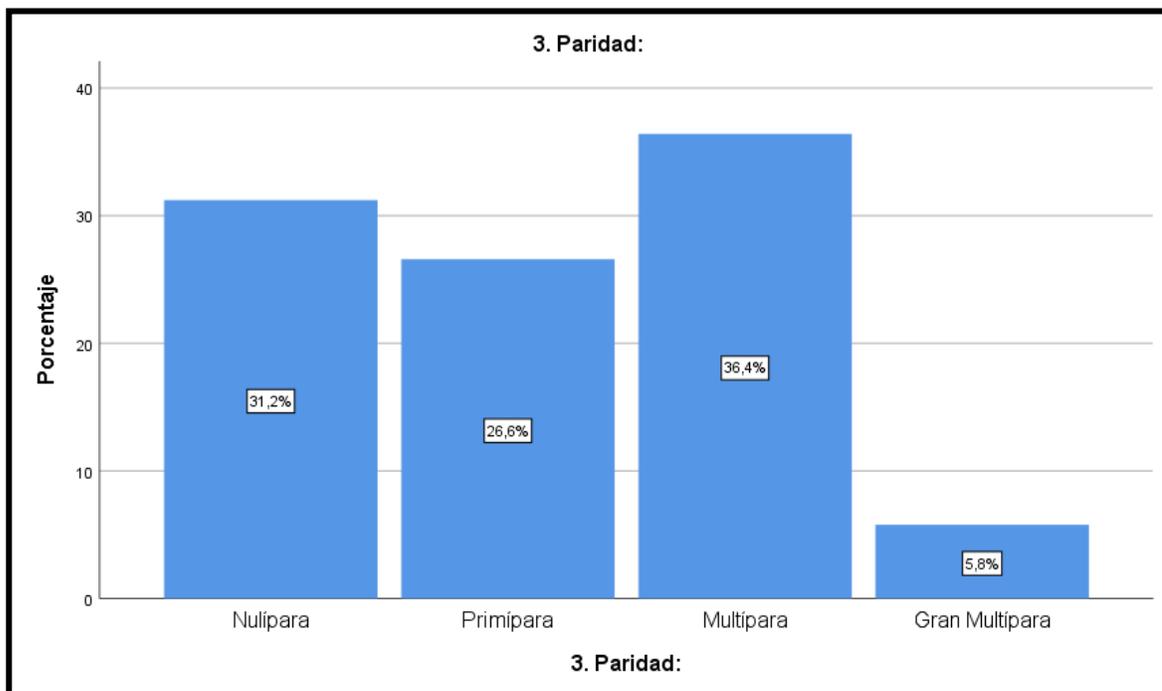
La edad gestacional mínima al momento de referencia fue de 12 semanas y la máxima de 42 semanas. La media fue de 35.02 semanas y la mediana de 36 semanas. El intervalo entre 35 a 39 semanas de gestación se presentaron 54.23% (n:96), siendo el mayor grupo respecto del total.

**Tabla N°10:** Distribución de registros de acuerdo paridad en gestantes referidas en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Paridad	Nulípara	54	30,5
	Primípara	46	26,0
	Múltipara	63	35,6
	Gran Múltipara	10	5,6
	Total	173	97,7
Perdidos	Sistema	4	2,3
	Total	177	100,0

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°5:** Distribución porcentual de registros válidos, de acuerdo a paridad en total



**Fuente: Elaboración propia**

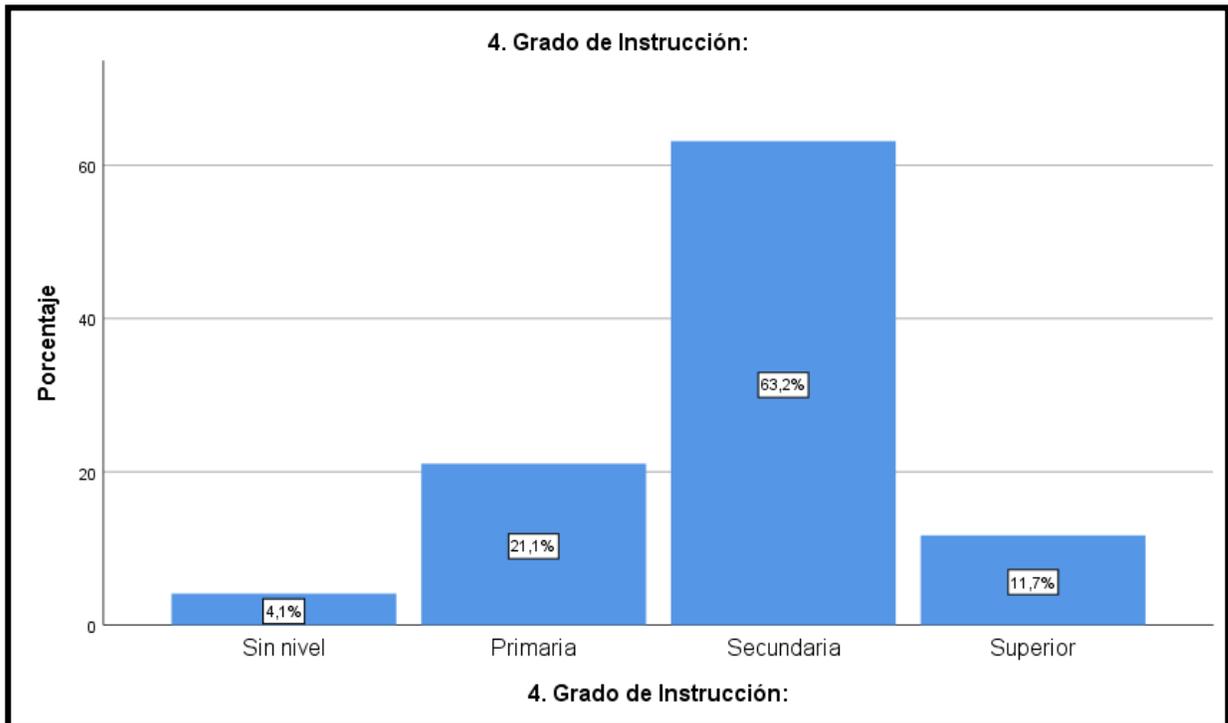
Las múltiparas representan el 36.4% (n: 63), las nulíparas 31.2% (n: 24), las primíparas 26.6% (n: 46) y las gran múltiparas (más de 06 hijos vivos) el 5.8% (n:10).

**Tabla N°11:** Distribución de registros de grado de instrucción en gestantes referidas en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grado de instrucción	Sin nivel	7	4,0
	Primaria	36	20,3
	Secundaria	108	61,0
	Superior	20	11,3
	Total	171	96,6
Perdidos	Sistema	6	3,4
	Total	177	100,0

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°6:** Distribución porcentual de registros válidos, de acuerdo a grado de instrucción de gestantes referidas en total



**Fuente: Elaboración propia**

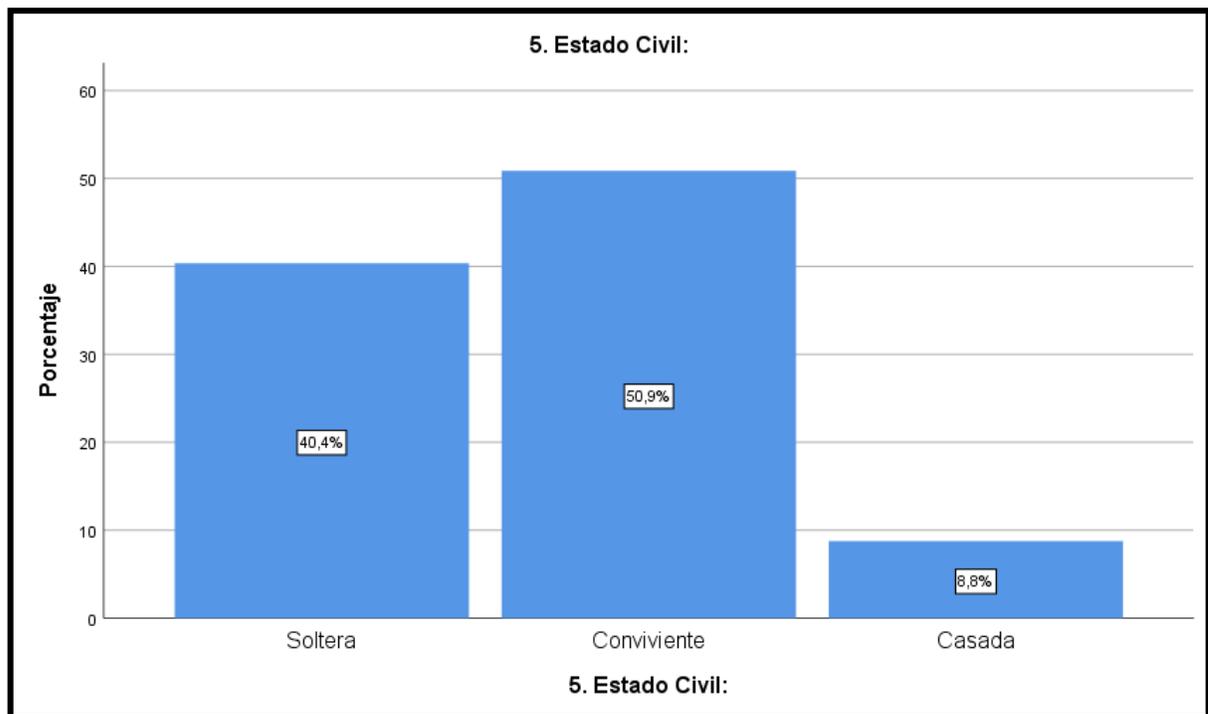
El 63.2% (n: 108) de todas las referencias válidas, presentaron un nivel secundario completo. El 21.1% (n:36), primaria completa; el 11.7% (n: 20), educación superior completa, y el 4.1% (n: 7), no tenían algún grado de estudios (analfabetas).

**Tabla N°12:** Distribución de registros de estado civil en gestantes referidas en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estado civil	Soltera	69	39,0
	Conviviente	87	49,2
	Casada	15	8,5
	Total	171	96,6
Perdidos	Sistema	6	3,4
	Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°7:** Distribución porcentual de registros válidos, de acuerdo a estado civil de gestantes referidas en total



**Fuente:** Elaboración propia

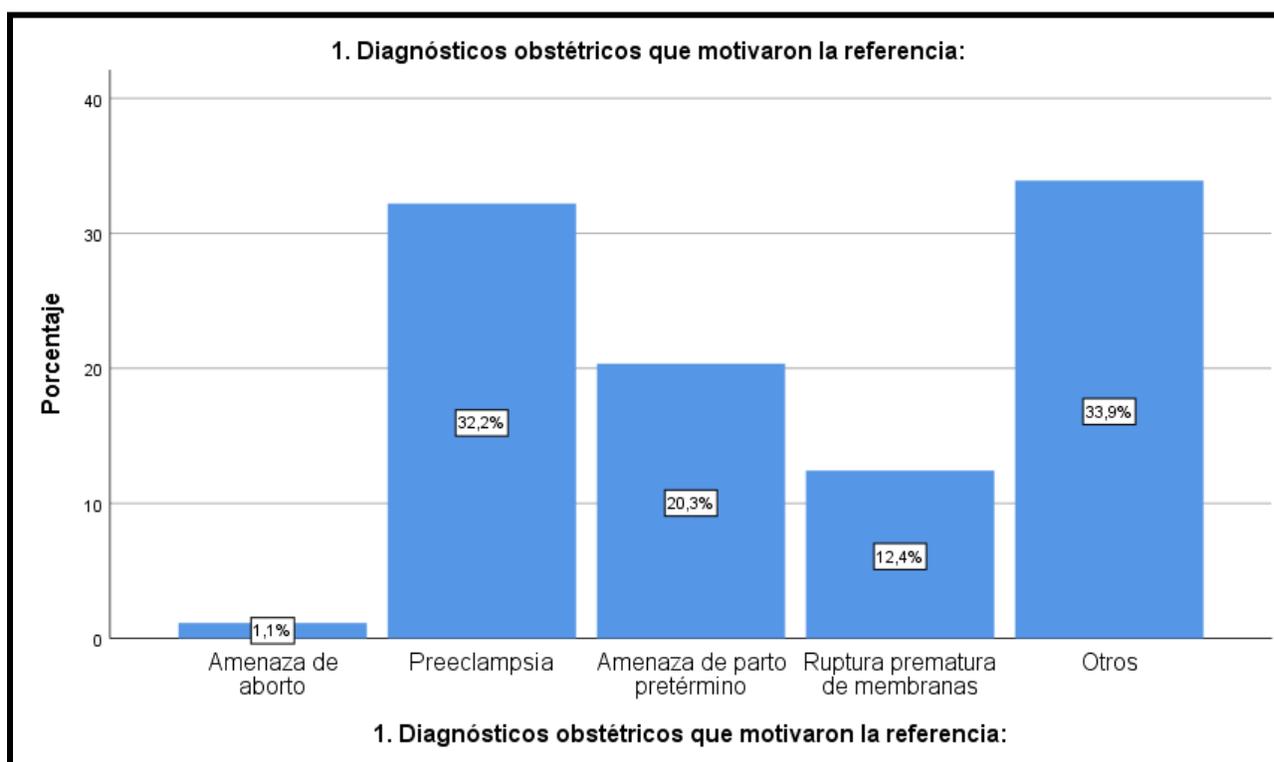
El 50.9% (n:87) son convivientes, el 40.4% (n: 69) y el 8.8% (n:15) con casadas. El mayor porcentaje de gestantes referidas fueron convivientes.

**Tabla N°13:** Distribución de registros de diagnósticos obstétricos en gestantes referidas en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia	Amenaza de aborto	2	1,1
	Preeclampsia	57	32,2
	Amenaza de parto pretérmino	36	20,3
	Ruptura prematura de membranas	22	12,4
	Otros	60	33,9
	Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°8:** Distribución porcentual de registros válidos, de acuerdo a diagnósticos obstétricos de gestantes referidas en total



**Fuente:** Elaboración propia

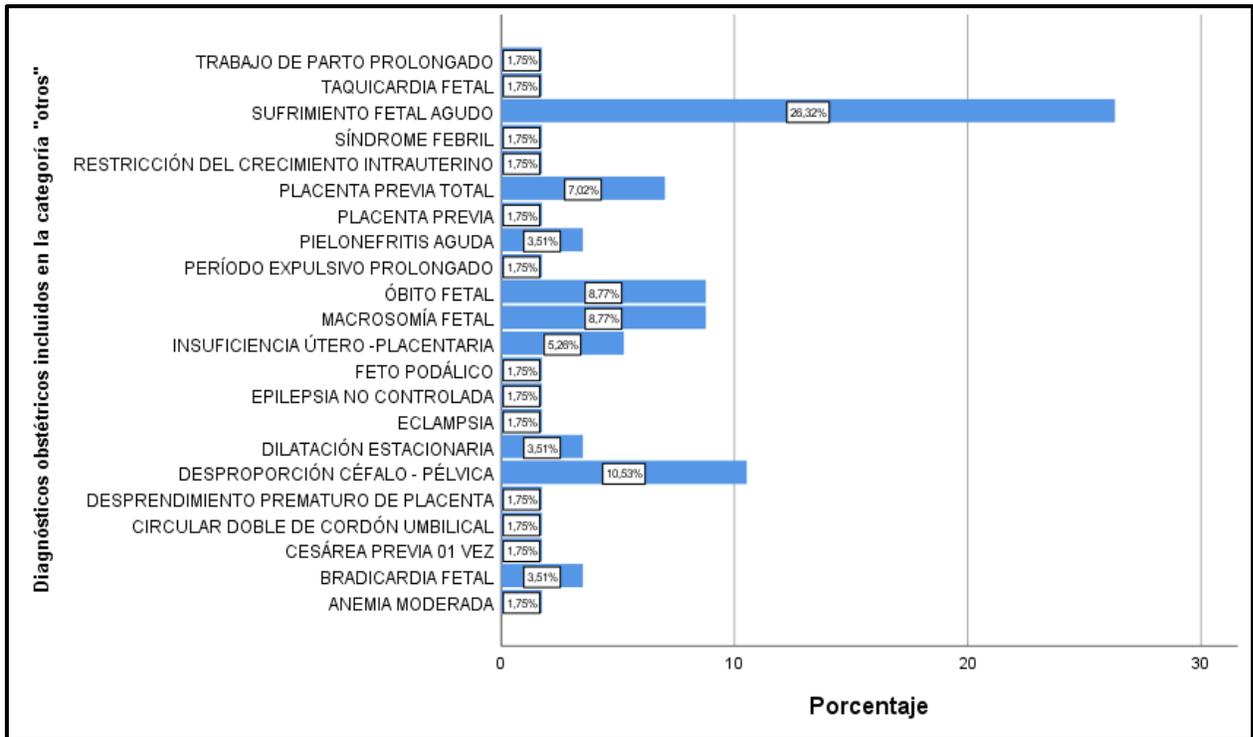
La categoría “otros” (n: 60) representó el 33.9% de todos los registros. El 32.2% (n:57) de diagnósticos fue por preeclampsia; seguido de un 20.3% (n: 36) de amenaza de parto pre - término, 12.4% (n: 22) de ruptura prematura de membranas y un 1.1% (n: 2) de amenaza de aborto

**Tabla N°14:** Distribución de diagnósticos de gestantes referidas incluidas en la categoría “Otros”.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Anemia moderada	1	1,8
Bradycardia fetal	2	3,5
Cesárea previa 01 vez	1	1,8
Circular doble de cordón umbilical	1	1,8
Desprendimiento prematuro de placenta	1	1,8
Desproporción céfalo - pélvica	6	10,5
Dilatación estacionaria	2	3,5
Eclampsia	1	1,8
Epilepsia no controlada	1	1,8
Feto podálico	1	1,8
Insuficiencia útero - placentaria	3	5,3
Macrosomía fetal	5	8,8
Óbito fetal	5	8,8
Período expulsivo prolongado	1	1,8
Pielonefritis aguda	2	3,5
Placenta previa	1	1,8
Placenta previa total	4	7,0
Restricción del crecimiento intrauterino	1	1,8
Síndrome febril	1	1,8
Sufrimiento fetal agudo	15	26,3
Taquicardia fetal	1	1,8
Trabajo de parto prolongado	1	1,8
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°9:** Distribución de diagnósticos de gestantes referidas incluidas en la categoría “Otros”.



**Fuente:** Elaboración propia

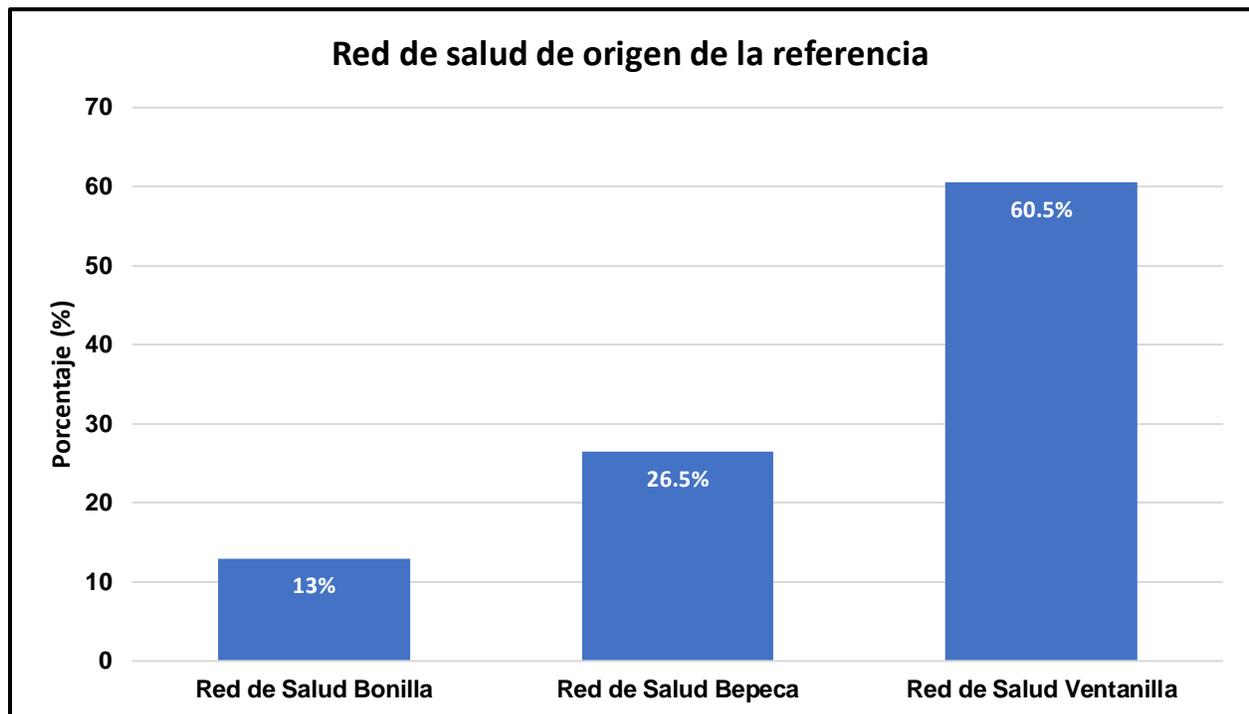
En la categoría otras, se incluyeron 60 registros válidos. El sufrimiento fetal agudo (26.32%), seguido de la desproporción céfalo – pélvica (10.53%), la macrosomía fetal (8.77%) y el óbito fetal (8.77%), representan el 51.6% de casos en este grupo (n: 31)

**Tabla N°15:** Distribución de referencias de acuerdo a red de salud de origen en total

Red de salud de origen	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Red de Salud Bonilla	23	13
Red de Salud Bepeca	47	26.5
Red de Salud Ventanilla	107	60.5
Total	177	100.0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°10:** Distribución porcentual de referencias, de acuerdo a red de salud de origen en total



**Fuente:** Elaboración propia

De un total de 177 registros válidos, el 60.5 % (n: 107) se originaron en la red de salud Ventanilla.

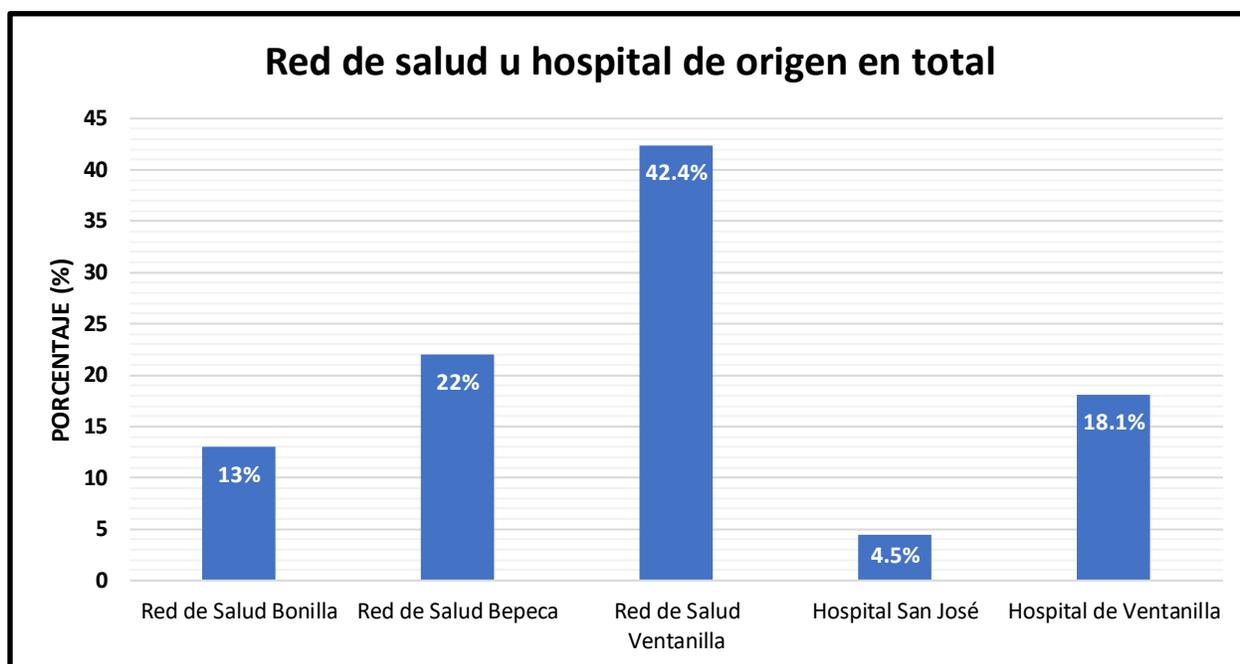
El 26.5% (n: 47) en la red de salud Bepeca y el 13% (n: 23) en la red de salud Bonilla.

**Tabla N°16:** Distribución de referencias de acuerdo a red de salud y hospital de origen en total

Red de salud de origen	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Red de Salud Bonilla	23	13
Red de Salud Bepeca	39	22
Red de Salud Ventanilla	75	42.4
Hospital San José	8	4.5
Hospital de Ventanilla	32	18.1
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°11:** Distribución porcentual de referencias, de acuerdo a red de salud y hospital de origen en total



**Fuente: Elaboración propia**

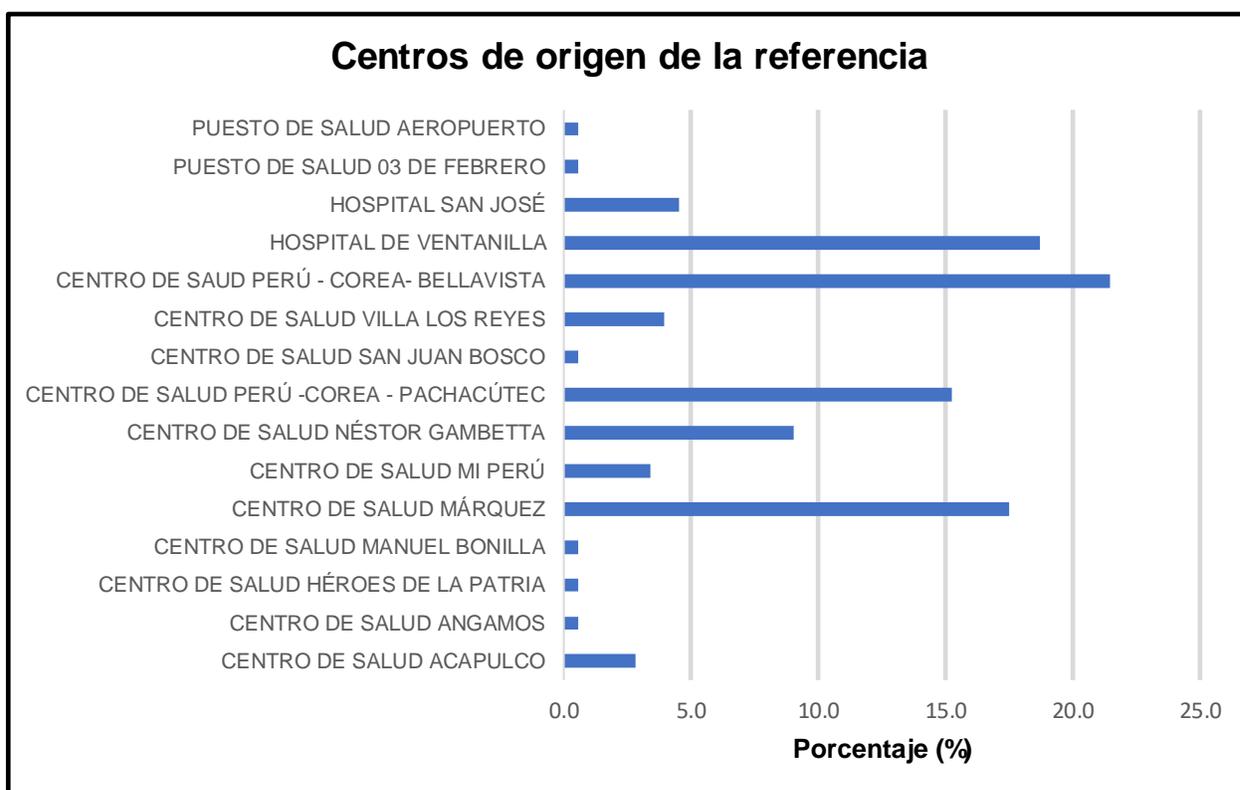
De un total de 177 registros válidos, el 42.4 % (n: 75) se originaron en la red de salud Ventanilla. El 22% (n: 39) en la red de salud Bepeca y el 13 % (n: 23) en la red de salud Bonilla. El hospital San José, generó el 4.5% (n:8) de referencias, mientras que el de Ventanilla, el 18.1% (n:32)

**Tabla N°17:** Distribución de referencias de acuerdo a centro de salud u hospital de origen en total

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Centro de salud Acapulco	5	2,8
Centro de salud Angamos	1	,6
Centro de salud Héroes de la Patria	1	,6
Centro de salud Manuel Bonilla	1	,6
Centro de salud Márquez	31	17,5
Centro de salud Mi Perú	6	3,4
Centro de salud Néstor Gambetta	16	9,0
Centro de salud Perú-Corea-Pachacútec	27	15,3
Centro de salud San Juan Bosco	1	,6
Centro de salud Villa los Reyes	7	4,0
Centro de salud Perú -Corea- Bellavista	38	21,5
Hospital de Ventanilla	33	18,7
Hospital San José	8	4,5
Puesto de salud 03 de febrero	1	,6
Puesto de salud Aeropuerto	1	,6
Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°12:** Distribución porcentual de referencias, de acuerdo a cada centro de salud u hospital de origen en total



**Fuente:** Elaboración propia

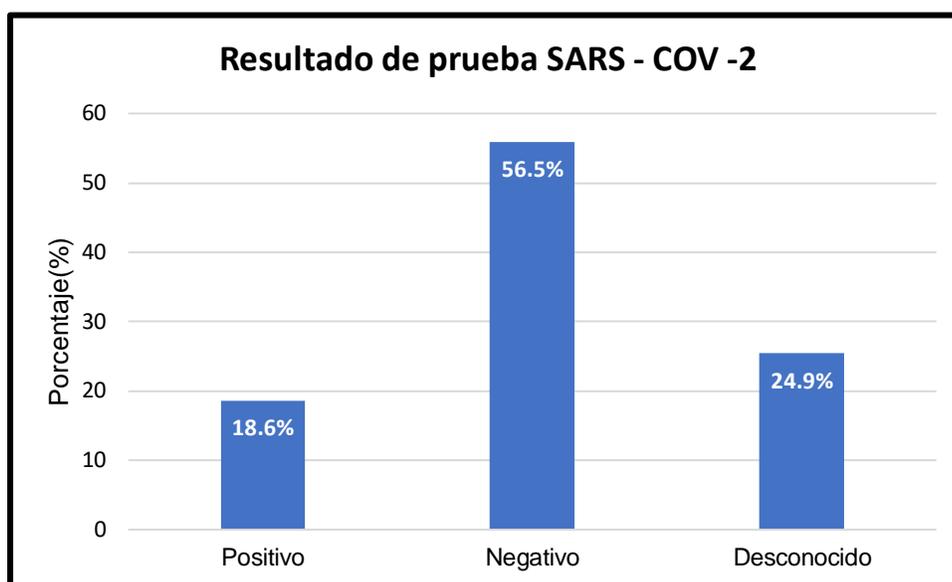
El centro de salud Perú -Corea -Bellavista, refirió el 21.5 % (n: 38) de gestantes por emergencias obstétricas al HNDAC. El hospital de Ventanilla, el 18.1% (n: 32), seguido del centro de salud Márquez con el 17.5% (n: 31) y el centro de salud Perú -Corea – Pachacútec con el 15.3% (n:27).

**Tabla N°18:** Distribución de resultados de prueba para infección por SARS -COV -2 en gestantes referidas en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Resultado de prueba para SARS – COV -2	Positivo	33	18,6
	Negativo	100	56,5
	Total	133	75,1
Perdidos	Desconocido	44	24,9
Total		177	100,0

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°13:** Distribución de resultados válidos de prueba para infección por SARS -COV -2 en gestantes referidas en total



**Fuente: Elaboración propia**

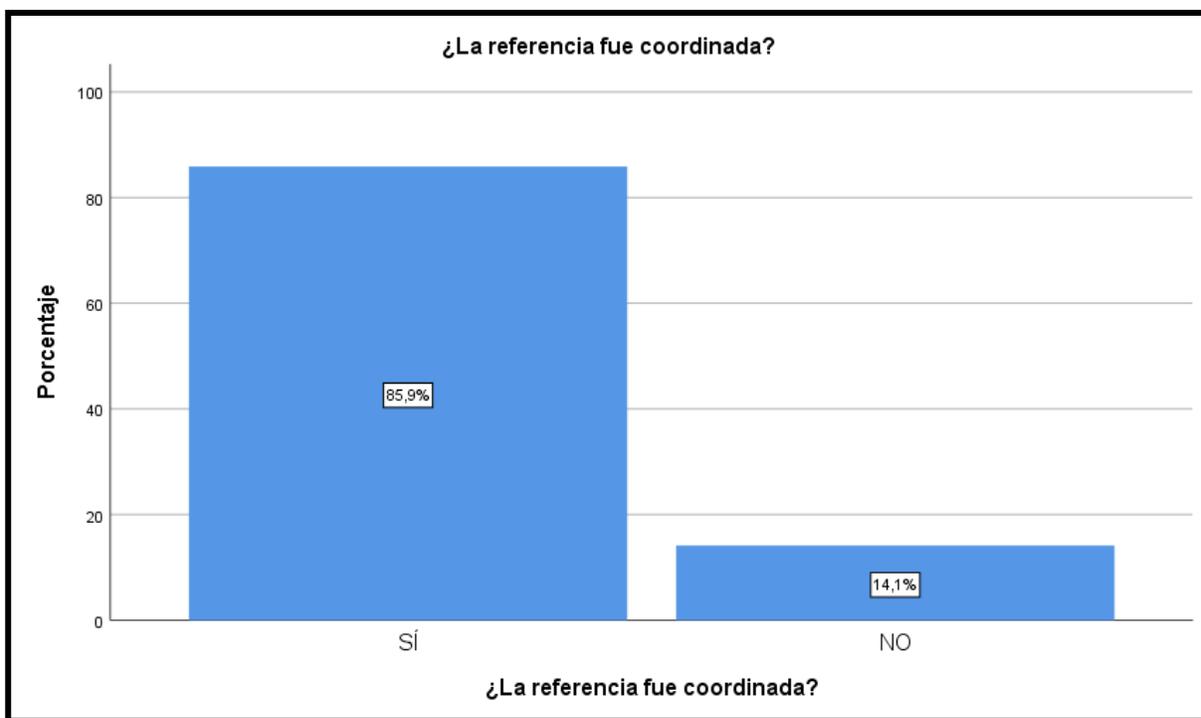
De un total de 177 resultados, el 56.5% (n: 100) tuvieron un resultado negativo para la prueba tomada. El 18.6% (n: 33), fueron resultados positivos. No se encontraron registros de resultados de estas pruebas en el 25.4% (n: 44) gestantes referidas

**Tabla N°19:** Distribución de referencias coordinadas en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿La referencia fue coordinada?	Sí	152	85,9
	No	25	14,1
	Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°14:** Distribución porcentual de referencias coordinadas en total



**Fuente:** Elaboración propia

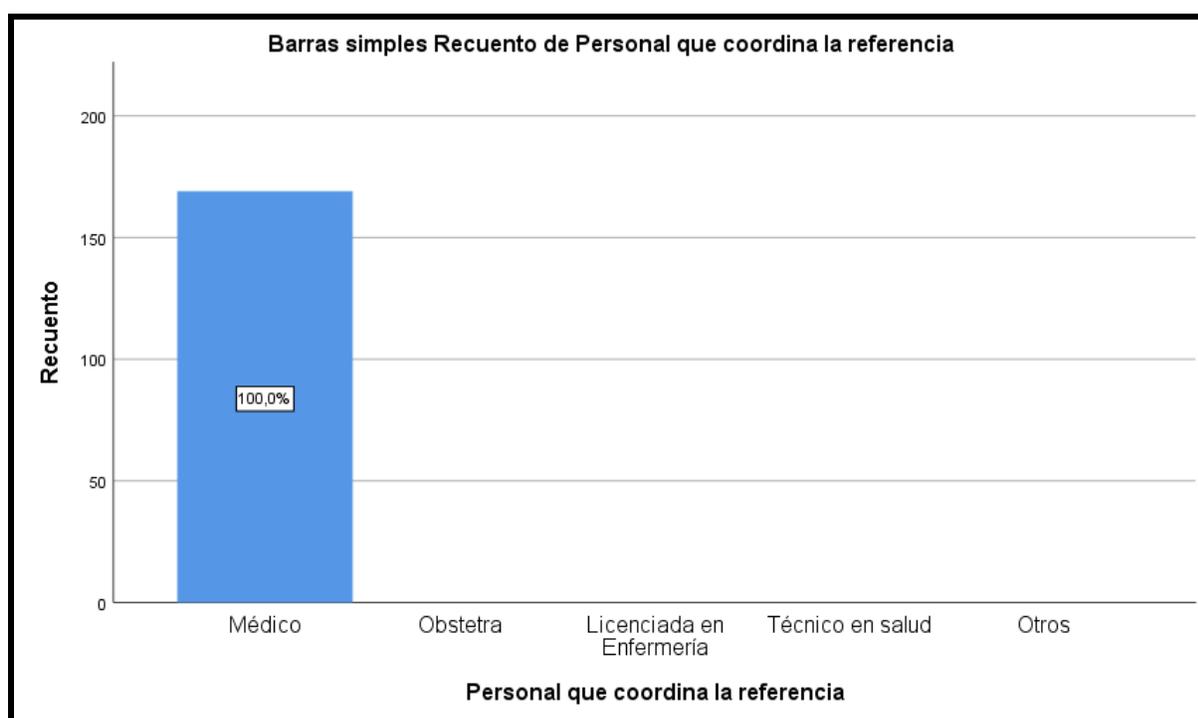
El 85.9% (n: 152) de todas las referencias al HNDAC por emergencias obstétricas fueron coordinadas; mientras que el 14.1% (n:25), no.

**Tabla N°20:** Distribución de personal que coordina la referencia en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Personal que coordina la referencia	Médico	169	95,5
Perdidos	Sistema	8	4,5
Total		177	100,0

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°15:** Distribución porcentual de datos válidos en razón a personal que coordina la referencia en total



**Fuente: Elaboración propia**

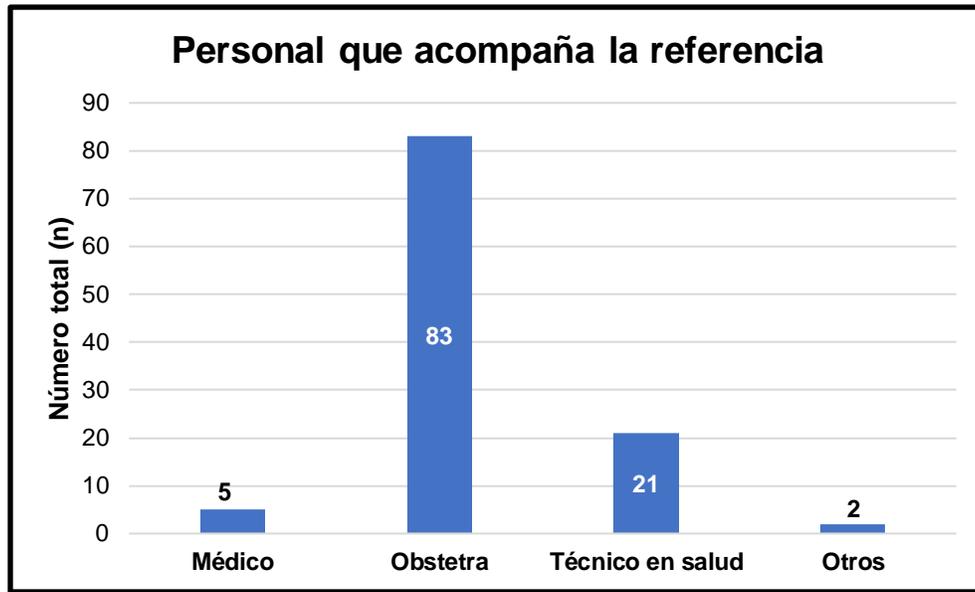
De un total de 169 datos válidos, el 100 % de referencias fueron coordinadas por personal médico.

**Tabla N°21:** Distribución de personal que acompaña la referencia en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Personal que acompaña la referencia	Médico	5	2,8
	Obstetra	83	46,9
	Técnico en salud	21	11,9
	Otros	2	1,1
	Total	111	62,7
Perdidos	Sistema	66	37,3
Total		177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°16:** Distribución de datos válidos en razón a personal que acompaña la referencia en total



**Fuente:** Elaboración propia

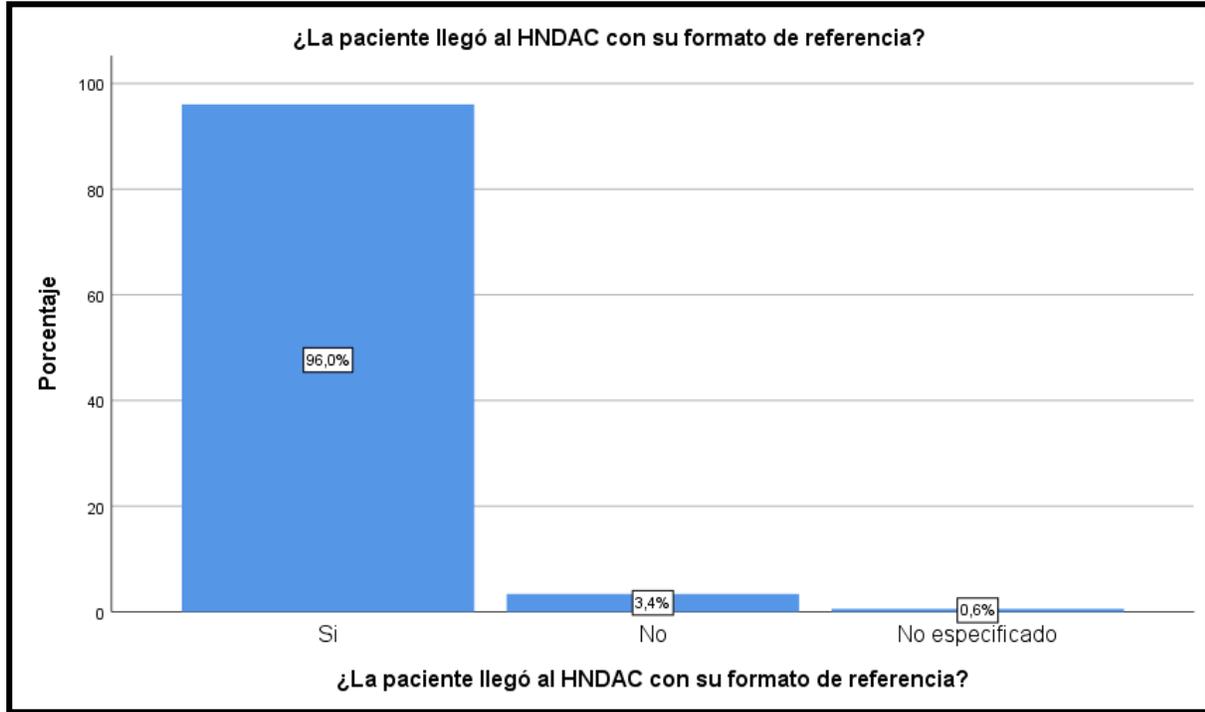
Del total de datos, el 46.9% (n:83) de referencias fueron acompañadas por licenciadas en Obstetricia, seguido de un 11.9% (n: 21) por personal técnico, el 2.8% (n: 5) por médicos y el 1.1% (n: 2) por otros (estos dos casos correspondieron a internos de medicina). No se registraron referencias acompañadas por las licenciadas en enfermería en todas las evaluadas.

**Tabla N°22:** Distribución de respuestas respecto si paciente llegó con formato de referencia al HNDAC en total

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?	Sí	170	96,0
	No	6	3,4
	No especificado	1	,6
	Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°17:** Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si paciente llegó con formato de referencia al HNDAC en total



**Fuente:** Elaboración propia

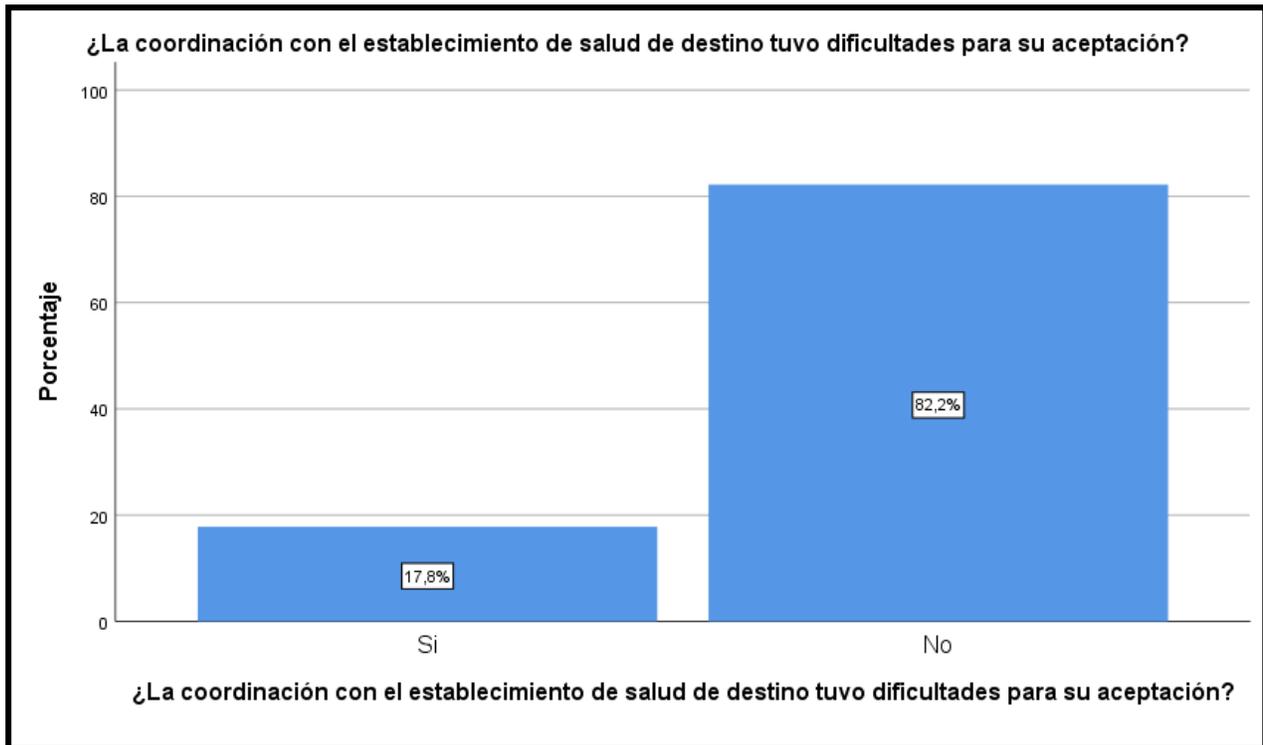
El 96% (n:170) de gestantes referidas llegaron al HNDAC con el formato de referencia; mientras que el 3.4% (n: 6), no. El 0.6% (n:1), se consideró no especificado ya que no se pudo localizar la hoja de referencia en la historia clínica; y de acuerdo a registro de la misma, sí figura como referencia coordinada y aceptada

**Tabla N°23:** Distribución de respuestas si hubo dificultades para aceptación de referencia al HNDAC

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?	Sí	31	17,5
	No	143	80,8
	Total	174	98,3
Perdidos	Sistema	3	1,7
Total		177	100,0

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°18:** Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si hubo dificultades para aceptación de referencia al HNDAC



**Fuente: Elaboración propia**

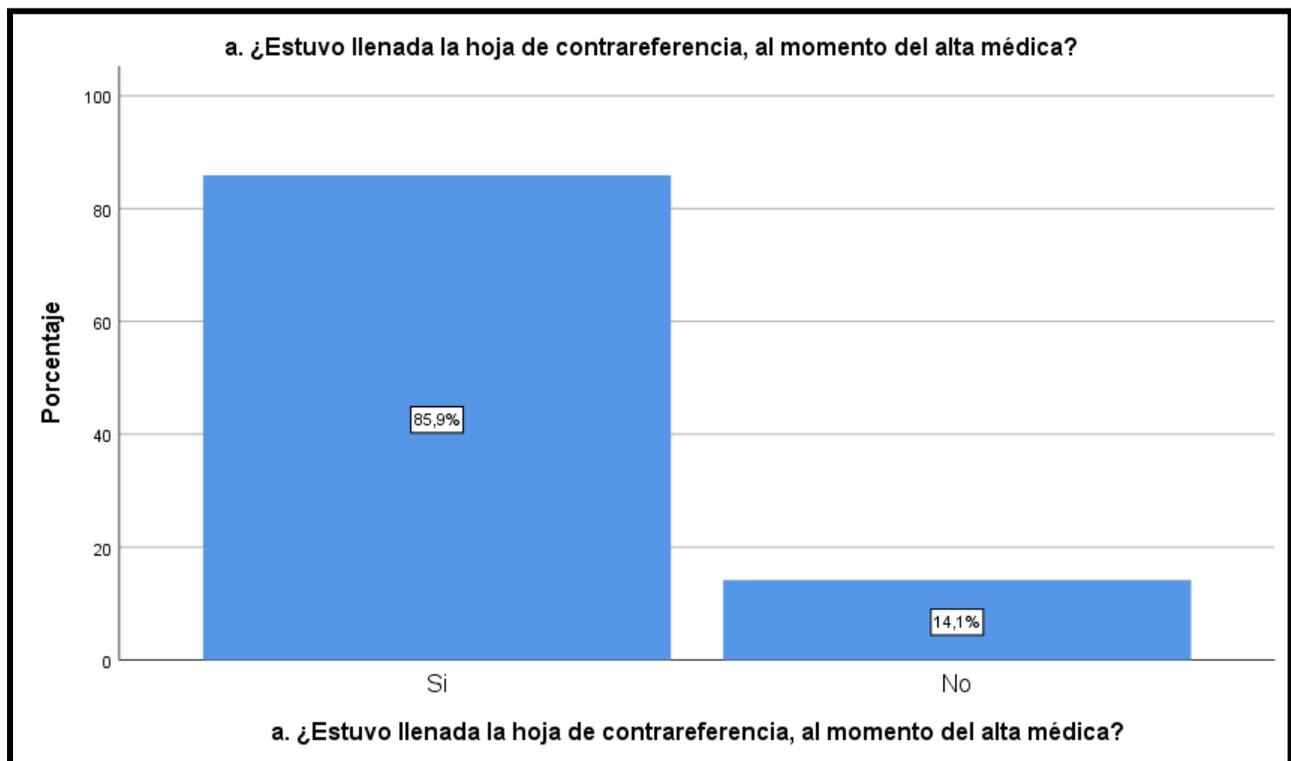
El 82.2% (n:143) de las referencias válidas (n:174), no presentaron dificultades para su aceptación; mientras que el 17.8% (n: 31), sí la presentaron. Las dificultades incluyeron: demora excesiva en respuesta de aceptación o negación, no poder aceptar en un momento determinado por falta de cupos en el servicio de Neonatología o en el mismo servicio de Gineco -obstetricia, etc.

**Tabla N°24:** Distribución de respuestas respecto si estuvo llena la hoja de contrareferencia al momento del alta médica

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿Estuvo llena la hoja de contrareferencia, al momento del alta médica?	Sí	152	85,9
	No	25	14,1
	Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°19:** Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si estuvo llena la hoja de contrareferencia al momento del alta médica



**Fuente:** Elaboración propia

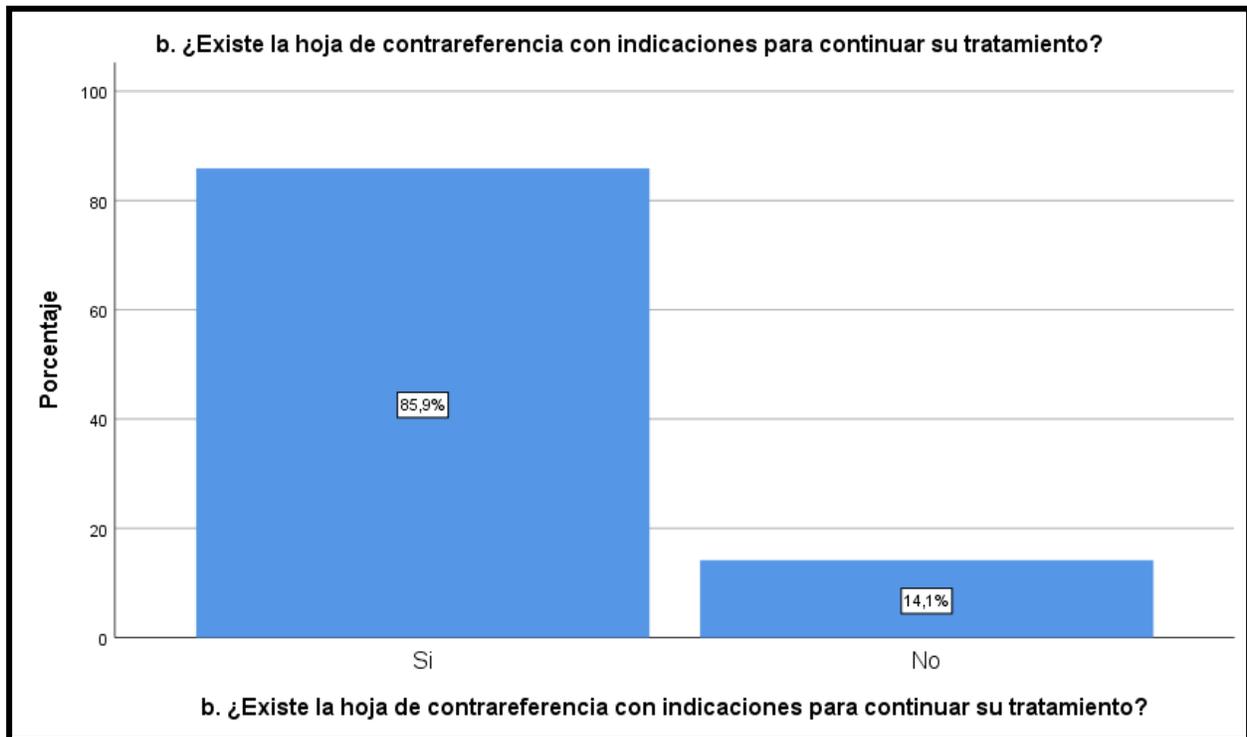
El 85.9% (n: 152) de historias clínicas, tuvieron la hoja de contrareferencia al momento de la alta médica; mientras que el 14.1% (n: 25), no se encontraron en los registros.

**Tabla N°25:** Distribución de respuestas respecto si existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar tratamiento

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿Existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar su tratamiento?	Sí	152	85,9
	No	25	14,1
	Total	177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°20:** Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar tratamiento



**Fuente:** Elaboración propia

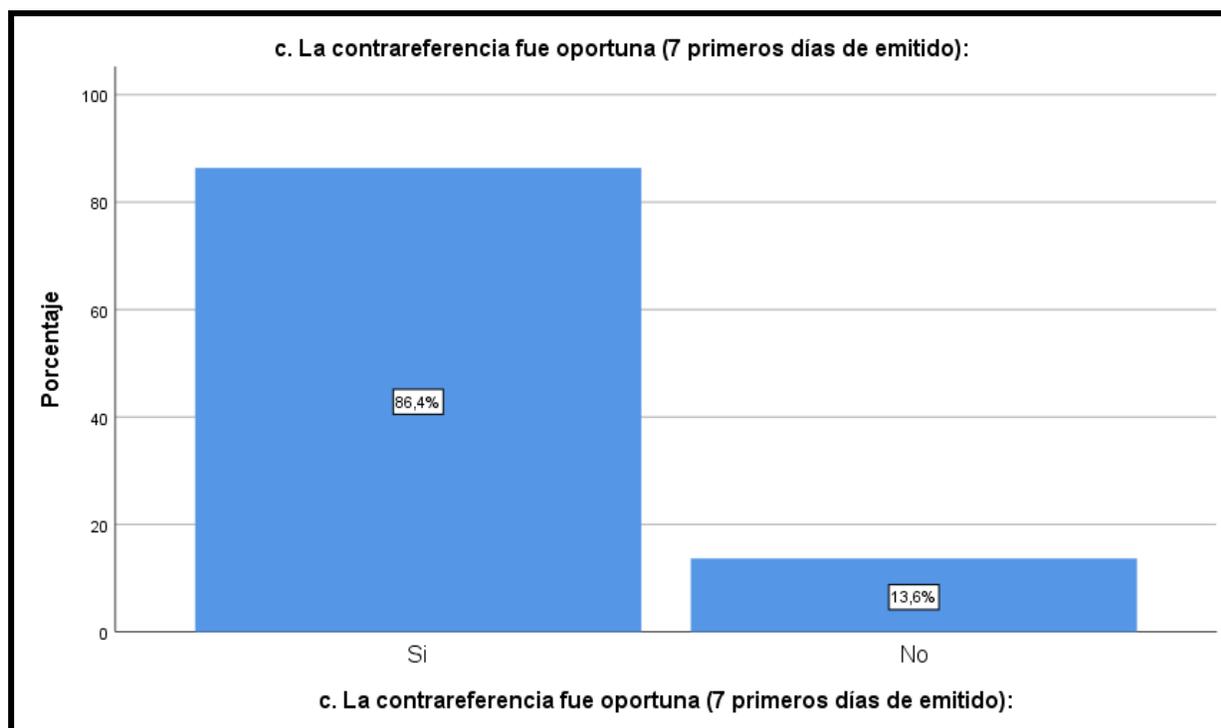
En el 85.9% (n: 152) de historias clínicas, existe la hoja de contrareferencia (formato); mientras que en el 14.1% (n: 25), no se encontraron.

**Tabla N°26:** Distribución de respuestas respecto si la contrareferencia fue oportuna

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
La contrareferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido)	Sí	152	85,9
	No	24	13,6
	Total	176	99,4
Perdidos	Sistema	1	,6
Total		177	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

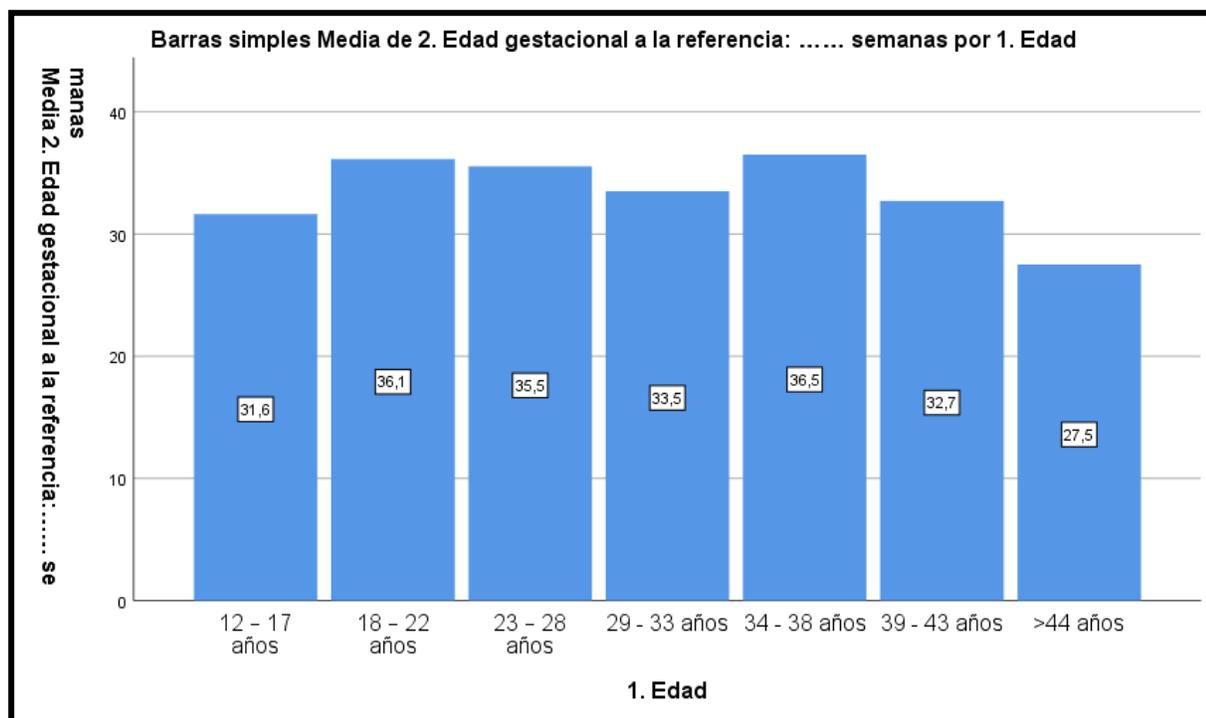
**Gráfico N°21:** Distribución porcentual de respuestas válidas respecto si la contrareferencia fue oportuna



**Fuente:** Elaboración propia

Del total de referencias válidas (n:176), el 86.4% (n: 152) tuvieron una contrareferencia oportuna, mientras que el 13.6% (n: 24), no lo tuvieron.

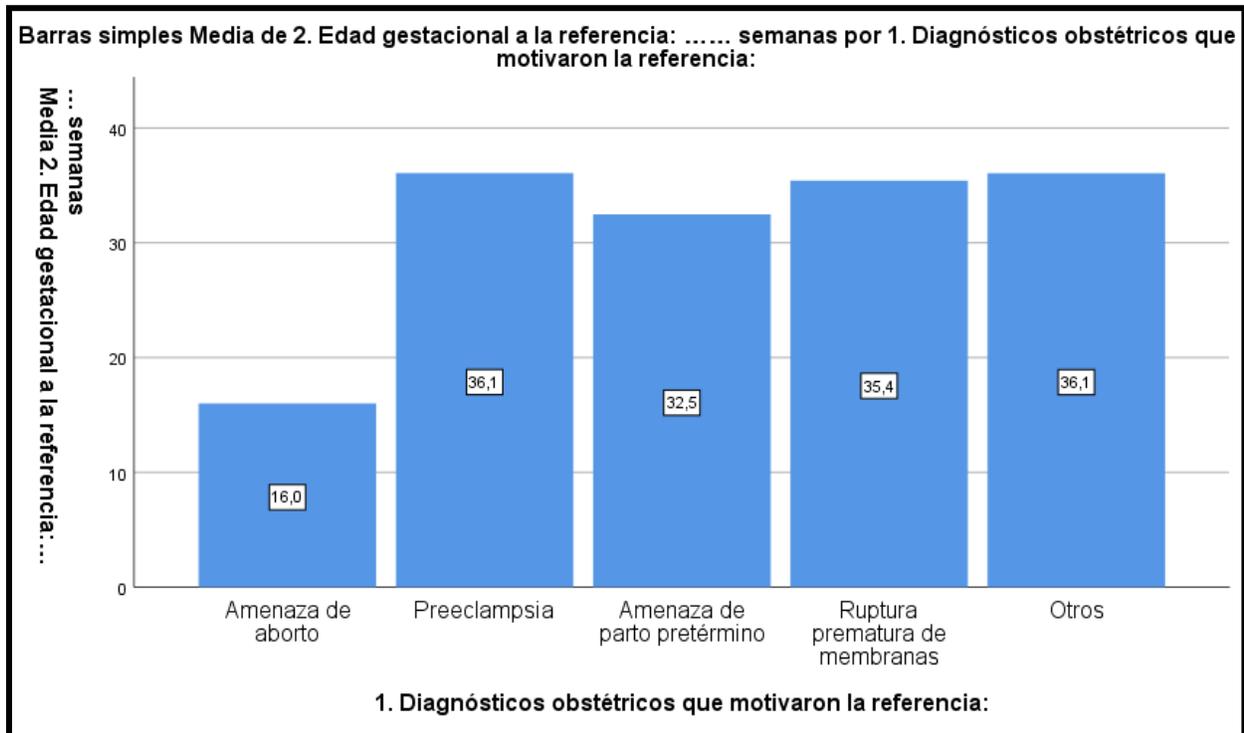
**Gráfico N°22:** Media de edad gestacional de acuerdo a grupos de edad al momento de referencia por emergencia obstétrica en total



**Fuente:** Elaboración propia

La media de edad gestacional en el grupo de 12 a 17 años fue de 31.6 semanas; en el de 18 a 22 años de 36.1 semanas, el de 23 a 28 años de 35.5 semanas. En el grupo de 29 a 33 años, la media fue de 33.5 semanas, en el de 34 a 38 años de 36.5 semanas; el de 39 a 43 años de 32.7 y finalmente en mayores de 44 años fue de 27.5 semanas.

**Gráfico N°23:** Media de edad gestacional de acuerdo a diagnóstico principal en emergencias obstétricas referidas al HNDAC en total



**Fuente:** Elaboración propia

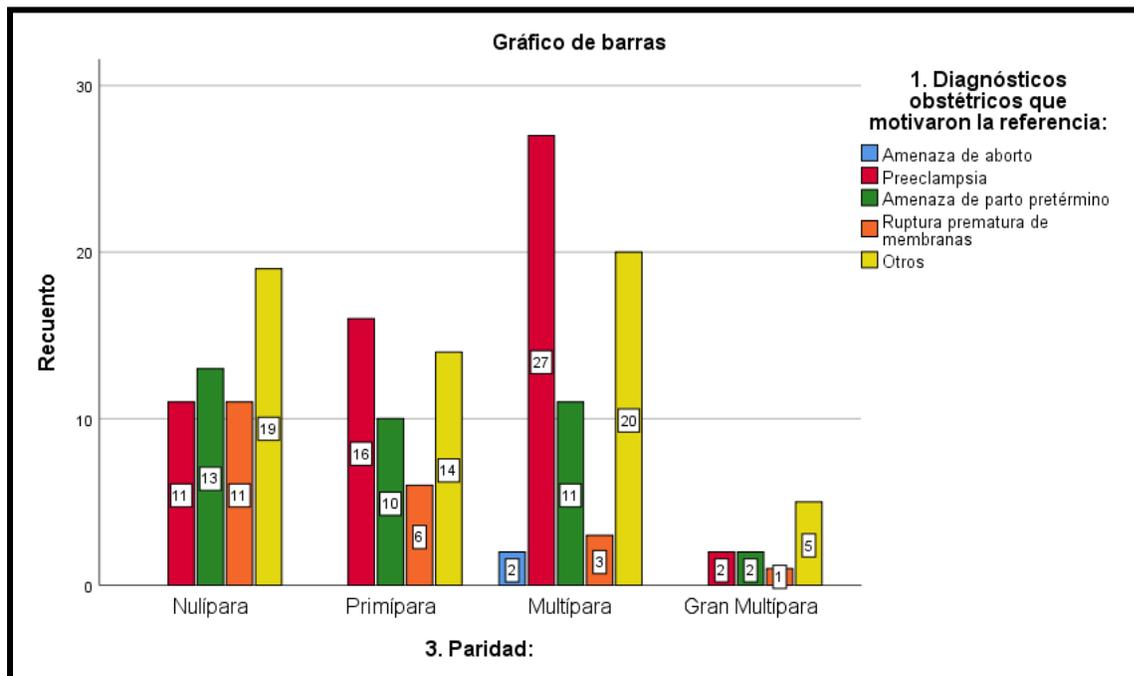
La media de edad gestacional para pre-eclampsia fue de 36.1 semanas, para ruptura prematura de membranas fue de 35.4 semanas. En el caso de amenaza de parto pre-término fue de 32.5 semanas y de 16 semanas para amenaza de aborto. Dentro de la categoría otros, la media fue de 36.1 semanas.

**Tabla N°27:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la paridad de la gestante en total

	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia					Total
	Amenaza de aborto	Preeclampsia	Amenaza de parto pretérmino	Ruptura prematura de membranas	Otros	
Nulípara	0	11	13	11	19	54
Primípara	0	16	10	6	14	46
Paridad Multípara	2	27	11	3	20	63
Gran Multípara	0	2	2	1	5	10
Total	2	56	36	21	58	173

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°24:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la paridad de la gestante en total



**Fuente:** Elaboración propia

En las nulíparas, la categoría “otros” (sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo -pélvica, óbito fetal, macrosomía fetal, etc.) presentó mayor cantidad de casos, seguido de amenaza de parto pre -término, pre -eclampsia y ruptura prematura de membranas. En las primíparas, la preeclampsia se presentó con mayor frecuencia, seguido de “otros”, amenaza de parto pre – término y en menor casos ruptura prematura de membranas.

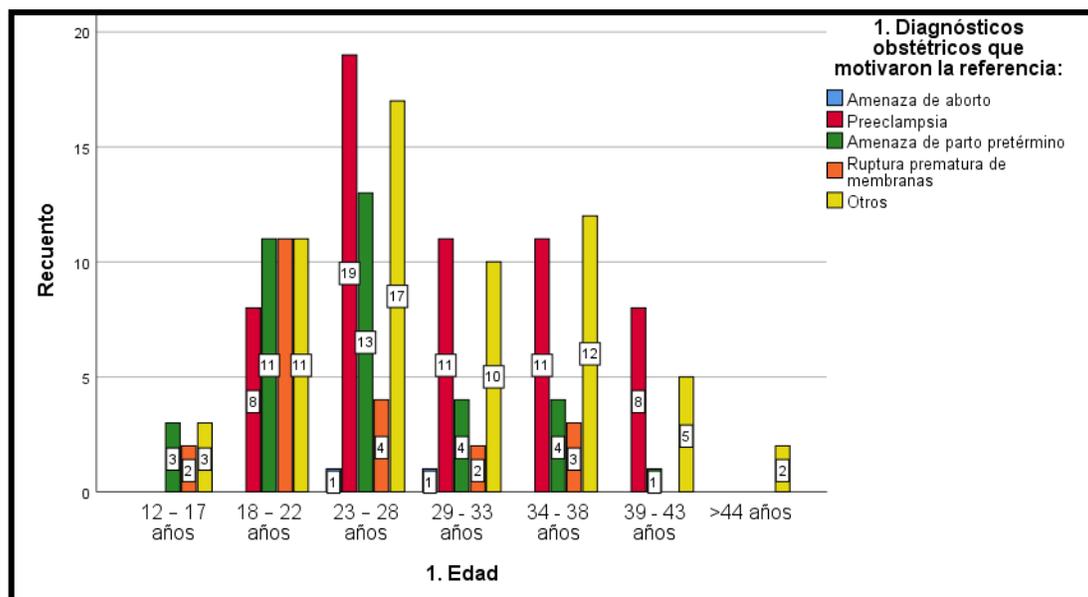
En el grupo de las múltiparas, la preeclampsia presentó la mayor cantidad de casos, seguido de “otros”, amenaza de parto pre -término, ruptura prematura de membranas y en menor casos, amenaza de aborto. En las gran múltiparas, la categoría “otros” tuvo la mayor cantidad de casos, seguido de la pre- eclampsia, amenaza de parto pre – término y ruptura prematura de membranas.

**Tabla N°28:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en total

	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia:					Total
	Amenaza de aborto	Preeclampsia	Amenaza de parto pretérmino	Ruptura prematura de membranas	Otros	
12 – 17 años	0	0	3	2	3	8
18 – 22 años	0	8	11	11	11	41
23 – 28 años	1	19	13	4	17	54
Edad 29 - 33 años	1	11	4	2	10	28
34 - 38 años	0	11	4	3	12	30
39 - 43 años	0	8	1	0	5	14
>44 años	0	0	0	0	2	2
Total	2	57	36	22	60	177

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico N°25:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en total



**Fuente:** Elaboración propia

En el grupo etáreo de 12 a 17 años, los principales diagnósticos de referencia fueron de amenaza de parto pre -término y ruptura prematura de membranas. La categoría otros, también estuvo incluida. En las edades de 18 a 22 años, la amenaza de parto pre- término, junto con la ruptura prematura de membranas y la categoría “otros” tuvieron la mayor frecuencia de casos. El diagnóstico de pre -eclampsia tuvo la menor frecuencia.

Entre los 23 a 28 años, la pre -eclampsia ocupó la mayor frecuencia, seguido de la categoría “otros”, amenaza de parto pre -término, ruptura prematura de membranas y en menor frecuencia amenaza de aborto. Entre los grupos de 29 –33 y 34 – 38 años, la pre -eclampsia ocupa la mayor frecuencia de casos, seguido de la categoría “otros”, amenaza de parto pre -término y ruptura prematura de membranas.

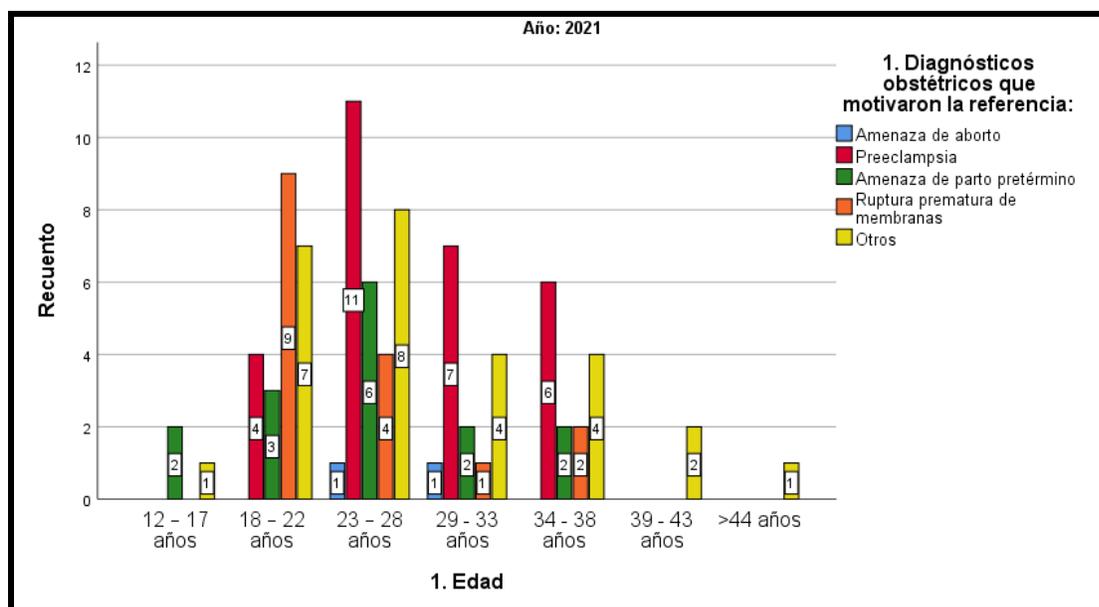
En el grupo de 39 a 43 años, la mayor frecuencia correspondió al diagnóstico de pre -eclampsia, seguido de la categoría “otros” y 01 solo caso de amenaza de parto pre -término. En gestantes mayores de 44 años, la categoría “otros”, fue la única verificada.

**Tabla N°29:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en el año 2021

	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia Año 2021					Total
	Amenaza de aborto	Preeclampsia	Amenaza de parto pretérmino	Ruptura prematura de membranas	Otros	
Edad						
12 – 17 años	0	0	2	0	1	3
18 – 22 años	0	4	3	9	7	23
23 – 28 años	1	11	6	4	8	30
29 - 33 años	1	7	2	1	4	15
34 - 38 años	0	6	2	2	4	14
39 - 43 años	0	0	0	0	2	2
>44 años	0	0	0	0	1	1
Total	2	28	15	16	27	88

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N°26:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en el año 2021



Fuente: Elaboración propia

En el grupo etáreo de 12 a 17 años, los principales diagnósticos de referencia fueron de amenaza de parto pre -término y la categoría “otros”. En las edades de 18 a 22 años, la ruptura prematura de membranas y la categoría “otros” tuvieron la mayor frecuencia de casos. El diagnóstico de pre -eclampsia tuvo la menor frecuencia, junto con el de amenaza de parto pre -término.

Entre los 23 a 28 años, la pre -eclampsia ocupó la mayor frecuencia, seguido de la categoría “otros”, amenaza de parto pre -término, ruptura prematura de membranas y en menor frecuencia amenaza de aborto. Entre los grupos de 29 –33 y 34 – 38 años, la pre -eclampsia ocupa la mayor frecuencia de casos, seguido de la categoría “otros”, amenaza de parto pre -término y ruptura prematura de membranas.

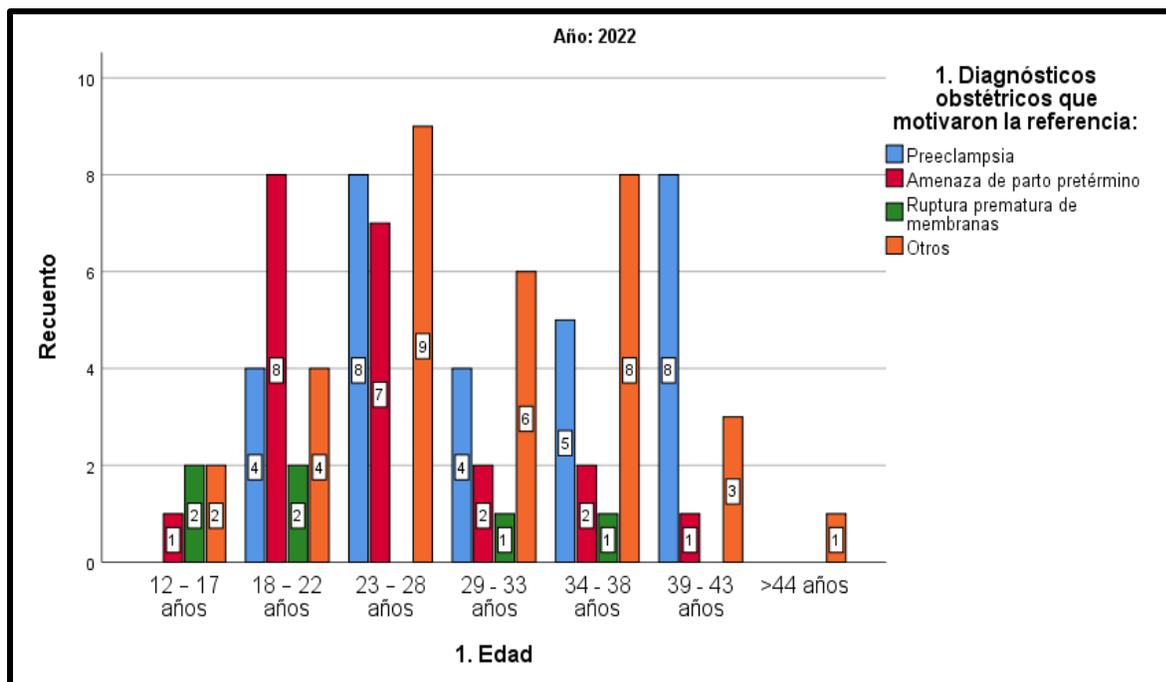
En el grupo de 39 a 43 años y gestantes mayores de 44 años, la categoría “otros”, fue la única en frecuencia.

**Tabla N°30:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en el año 2022

		Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia				Total
		Año 2022				
	Edad	Preeclampsia	Amenaza de parto pretérmino	Ruptura prematura de membranas	Otros	
	12 – 17 años	0	1	2	2	5
	18 – 22 años	4	8	2	4	18
	23 – 28 años	8	7	0	9	24
	29 - 33 años	4	2	1	6	13
	34 - 38 años	5	2	1	8	16
	39 - 43 años	8	1	0	3	12
	>44 años	0	0	0	1	1
	Total	29	21	6	33	89

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°27:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón al grupo etáreo de la gestante en el año 2022



**Fuente:** Elaboración propia

En el grupo etáreo de 12 a 17 años, los principales diagnósticos de referencia fueron de ruptura prematura de membranas, “otros” y amenaza de parto pre -término. En las edades de 18 a 22 años, la amenaza de parto pre -término tuvo la mayor frecuencia de casos; seguidos por pre -eclampsia y la categoría “otros”. El diagnóstico de ruptura prematura de membranas tuvo la menor frecuencia.

Entre los 23 a 28 años, la categoría “otros” ocupó la mayor frecuencia, seguido de pre -eclampsia y amenaza de parto pre -término. Entre los grupos de 29 –33 y 34 – 38 años, la categoría “otros” ocupa la mayor frecuencia de casos, seguido de pre -eclampsia, amenaza de parto pre -término y ruptura prematura de membranas.

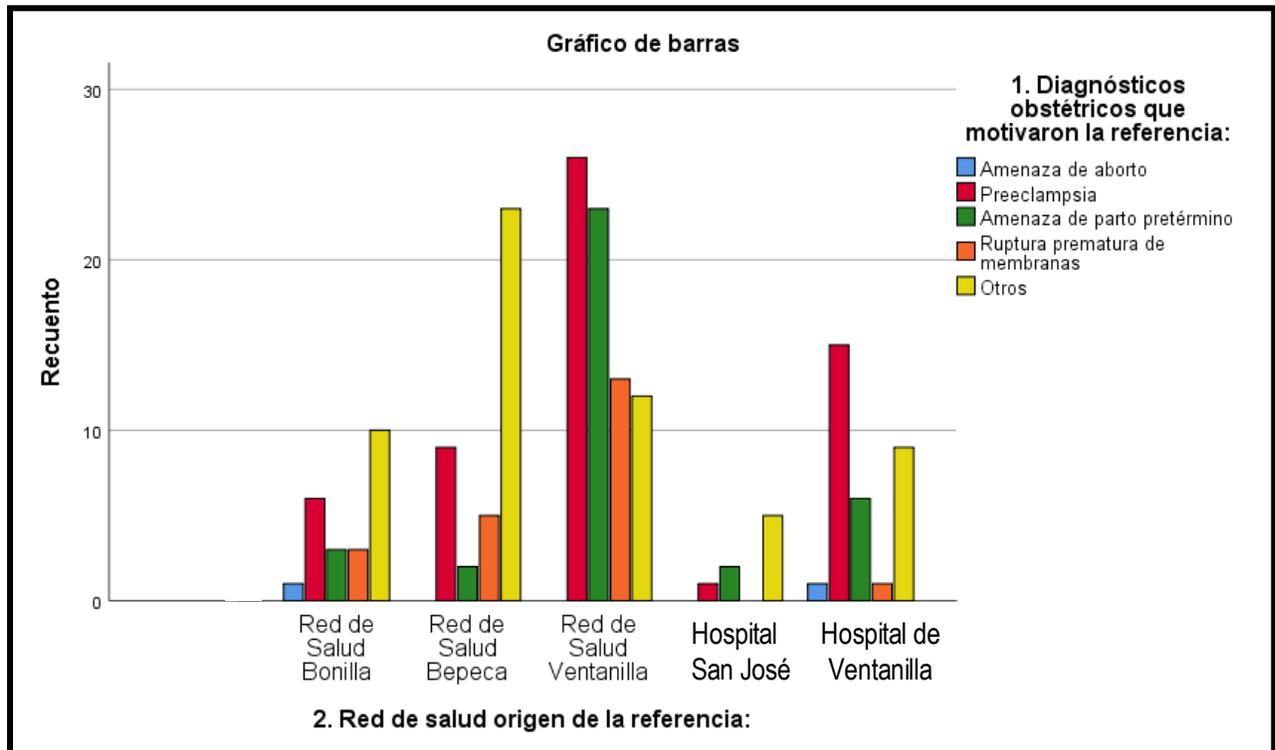
En el grupo de 39 a 43 años la pre -eclampsia fue el diagnóstico de mayor frecuencia, seguido de “otros” y 01 sólo caso de amenaza de parto pre -término. En gestantes mayores de 44 años, sólo 01 diagnóstico, incluido en la categoría “otros”.

**Tabla N°31:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen total

Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia							
	Centro de origen	Amenaza de aborto	Preeclampsia	Amenaza de parto pretérmino	Ruptura prematura de membranas	Otros	Total
Red de salud origen de la referencia	Red de Salud Bonilla	1	6	3	3	10	23
	Red de Salud Bepeca	0	9	2	5	23	39
	Red de Salud Ventanilla	0	26	23	13	12	74
	Hospital San José	0	1	2	0	5	8
	Hospital de Ventanilla	1	15	6	1	10	33
	Total	2	57	36	22	60	177

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°28:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen total



**Fuente: Elaboración propia**

La red de salud Bonilla, refirió en mayor frecuencia la categoría “otros” (n: 10), seguido de pre – eclampsia (n:6), amenaza de parto pre -término (n:3), ruptura prematura de membranas (n:3); y 01 sólo caso de amenaza de aborto. La red de salud Bepeca, refirió en mayor cantidad diagnósticos incluido en “otros” (n:23), seguido de pre -eclampsia (n:9), ruptura prematura de membranas (n:5) y amenaza de parto pre -término (n: 2).

La red de salud Ventanilla, refirió con mayor frecuencia pre -eclampsia (n: 26), seguido de amenaza de parto pre -término (n:23), ruptura prematura de membranas (n:13) y 12 pacientes incluidas en la categoría “otros”.

El hospital San José, refirió un total de 08 pacientes, siendo los diagnósticos más frecuentes “otros” (n:5), seguido de amenaza de parto pre -término (n:2) y sólo 01 caso de pre -eclampsia.

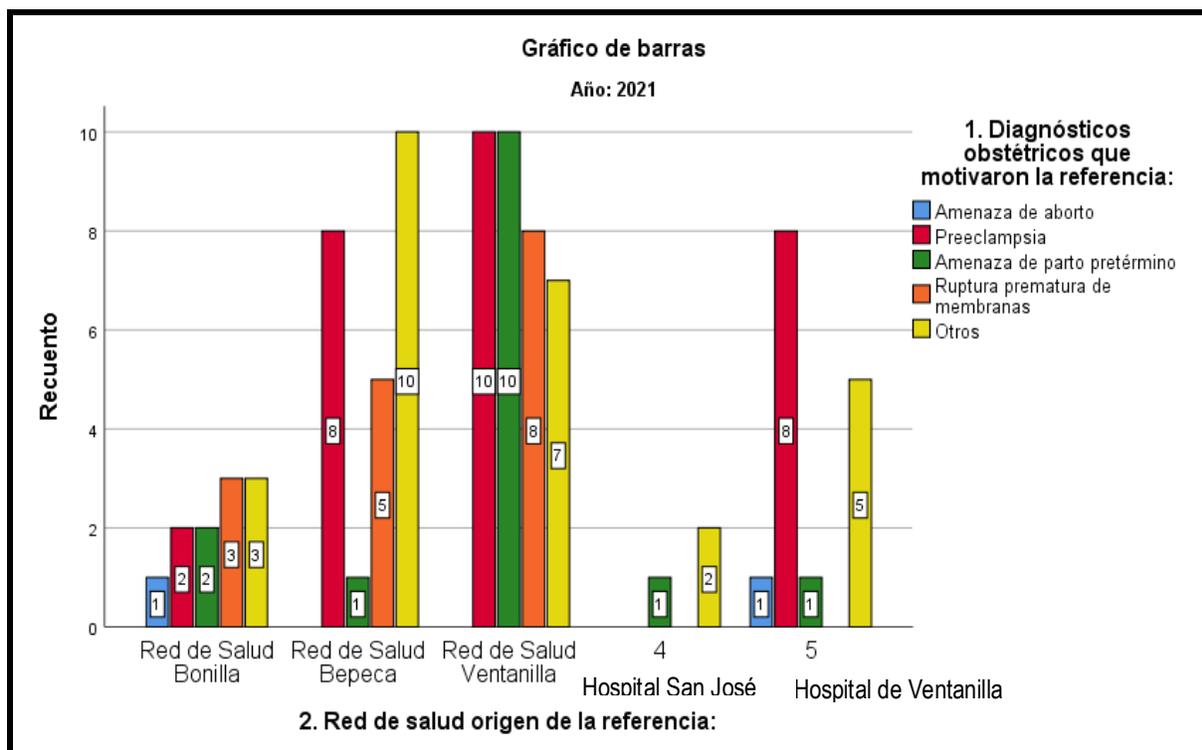
El hospital de Ventanilla, refirió en mayor frecuencia gestantes con diagnósticos de pre -eclampsia (n: 15), seguido por la categoría “otros” (n:10), amenaza de parto pre -término (n:6) y sólo 01 caso para amenaza de aborto y ruptura prematura de membranas, respectivamente.

**Tabla N°32:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen en el año 2021

Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia - Año 2021							
	Centro de origen	Amenaza de aborto	Preeclampsia	Amenaza de parto pretérmino	Ruptura prematura de membranas	Otros	Total
Red de salud origen de la referencia	Red de Salud Bonilla	1	2	2	3	3	11
	Red de Salud Bepeca	0	8	1	5	10	24
	Red de Salud Ventanilla	0	10	10	8	7	35
	Hospital San José	0	0	1	0	2	3
	Hospital de Ventanilla	1	8	1	0	5	15
	Total	2	28	15	16	27	88

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°29:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen en el año 2021



**Fuente:** Elaboración propia

La red de salud Bonilla, refirió en mayor frecuencia la categoría “otros” (n: 3) y ruptura prematura de membranas (n: 3), seguido de pre – eclampsia (n:2), amenaza de parto pre -término (n:2), y 01 sólo caso de amenaza de aborto. La red de salud Bepeca, refirió en mayor cantidad diagnósticos incluido en “otros” (n:10), seguido de pre -eclampsia (n:8), ruptura prematura de membranas (n:5) y amenaza de parto pre -término (n: 1).

La red de salud Ventanilla, refirió con mayor frecuencia pre -eclampsia (n: 10), y amenaza de parto pre -término (n:10), seguido de ruptura prematura de membranas (n:8) y 07 pacientes incluidas en la categoría “otros”.

El hospital San José, refirió un total de 03 pacientes, siendo los diagnósticos más frecuentes “otros” (n:2), seguido de amenaza de parto pre -término (n:1).

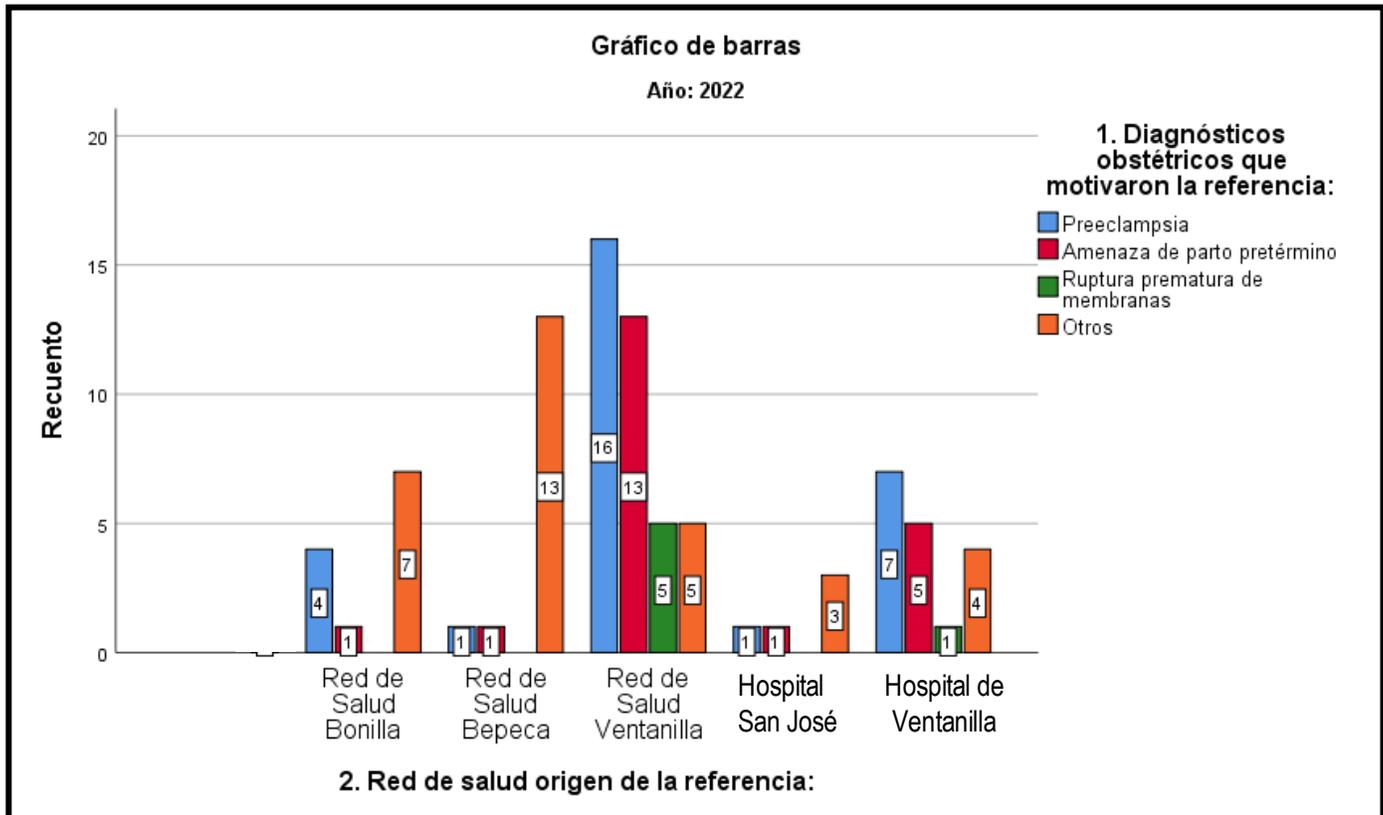
El hospital de Ventanilla, refirió en mayor frecuencia gestantes con diagnósticos de pre -eclampsia (n: 8), seguido por la categoría “otros” (n:5), amenaza de parto pre -término (n:1) y sólo 01 caso para amenaza de aborto.

**Tabla N° 33:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen en el año 2022

Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia -Año 2022						
Red de salud origen de la referencia		Preeclampsia	Amenaza de parto pretérmino	Ruptura prematura de membranas	Otros	Total
		Red de Salud Bonilla	4	1	0	7
Red de Salud Bepeca		1	1	0	13	15
Red de Salud Ventanilla		16	13	5	5	39
Hospital San José		1	1	0	3	5
Hospital de Ventanilla		7	5	1	5	18
Total		29	21	6	33	89

**Fuente: Elaboración propia**

**Gráfico N°30:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a la red de salud de origen en el año 2022



**Fuente: Elaboración propia**

La red de salud Bonilla, refirió en mayor frecuencia la categoría “otros” (n: 7) y pre -eclampsia (n: 4), seguido de amenaza de parto pre -término en un 01 sólo caso. La red de salud Bepeca, refirió en mayor cantidad diagnósticos incluido en “otros” (n:13), seguido de pre -eclampsia (n:1) y amenaza de parto pre -término (n: 1).

La red de salud Ventanilla, refirió con mayor frecuencia pre -eclampsia (n: 16), y amenaza de parto pre -término (n:13), seguido de ruptura prematura de membranas (n:5) y 05 pacientes incluidas en la categoría “otros”.

El hospital San José, refirió un total de 05 pacientes, siendo los diagnósticos más frecuentes “otros” (n:3), seguido de pre -eclampsia (n:1) y amenaza de parto pre -término (n:1).

El hospital de Ventanilla, refirió en mayor frecuencia gestantes con diagnósticos de pre -eclampsia (n: 7), seguido por amenaza de parto pre -término (n: 5) m la categoría “otros” (n:4), y sólo 01 caso de ruptura prematura de membranas.

**Tabla N°34:** Distribución de diagnósticos obstétricos al momento de referencia; en razón a puesto, centro de salud u hospital de origen de la referencia, en total

		Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia					Total
		Amenaza de aborto	Preeclampsia	Amenaza de parto pretérmino	Ruptura prematura de membranas	Otros	
Red de salud origen de la referencia	Centro de salud Acapulco	0	1	1	2	1	5
	Centro de salud Angamos	0	0	0	0	1	1
	Centro de salud Héroes de la Patria	0	0	0	0	1	1
	Centro de salud Manuel Bonilla	0	1	0	0	0	1
	Centro de salud Márquez	0	11	6	3	11	31
	Centro de salud Mi Perú	0	0	2	1	3	6
	Centro de salud Néstor Gambetta	0	4	6	2	4	16
	Centro de salud Perú-Corea-Pachacútec	0	8	6	3	10	27
	Centro de salud San Juan Bosco	0	0	0	1	0	1
	Centro de salud Villa los Reyes	0	3	0	1	3	7
	Centro de salud Perú -Corea-Bellavista	2	12	8	4	12	38
	Hospital de Ventanilla	0	13	4	5	11	33
	Hospital San José	0	3	1	1	3	8
	Puesto de salud 03 de febrero	0	0	1	0	0	1
	Puesto de salud Aeropuerto	0	0	1	0	0	1
		Total	2	57	36	22	60

**Fuente:** Elaboración propia

El centro de salud Perú -Corea-Bellavista, generó 38 referencias en total, seguido del hospital de Ventanilla (n: 33), centro de salud Márquez (n:31), centro de salud Perú -Corea -Pachacútec (n: 27), y el centro de salud Néstor Gambetta (n: 16).

## 5.2 Discusión de los resultados

La mortalidad materna de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como la muerte de la mujer durante la etapa de gestación, parto o dentro de los 42 días postparto, no considera dentro de esta definición aquellos decesos producidos por accidentes. Dentro de las causas, se clasifican como directas o indirectas, las de tipo directa incluyen todas aquellas complicaciones durante la gestación, parto o puerperio, las de tipo indirecta son todas aquellas muertes producidas por una enfermedad preexistente que apareció durante el período de gestación, parto y/o puerperio, pero no como causa directa de las mismas<sup>27</sup>.

La mortalidad materna continúa siendo un problema grave con gran impacto tanto en la esfera familiar como en la salud pública. Desde décadas atrás se han elaborado y ejecutado acciones para evitar ello, aún múltiples factores influyen en seguir reportando casos. Como parte de estas propuestas se estableció como quinto objetivo del Desarrollo del Milenio poder reducir la mortalidad materna en un 75% de todos los casos entre 1990 al 2015. Datos publicados indican que la razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó de 385 a 216 muertes por 100.000 nacidos vivos (NV) en este lapso de tiempo<sup>27,28</sup>.

En países en vías de desarrollo para el 2015 la razón era de 239 por 100.000 NV, mientras que en los países desarrollados era de 12 por 100.000 NV<sup>2</sup>. A pesar de que ha existido una disminución, la OMS indicó para el año 2018 aún el quinto objetivo del milenio no se ha logrado cumplir<sup>27,28</sup>.

La OMS ha estimado que aproximadamente 830 mujeres mueren diariamente por complicaciones propias de la gestación y parto, muchos de estos casos se producen en países en vías de desarrollo, el 85% de todas estas muertes son prevenibles<sup>29,30</sup>.

El Ministerio de Salud (MINSA) reportó 302 casos de muerte materna para el año 2019, este total había sido el más bajo desde el año 2000. Sin embargo, para el año 2020 (inicio de la pandemia por virus SARS – COV -2), el número aumentó a 439 casos, uno de cada seis casos fue por la infección COVID -19 (29). Para el año 2021, la cifra aumentó hasta 493 muertes<sup>31</sup>. En el año 2022 se reportarían 289 casos de muerte materna, esta cifra representó la cifra más baja en las estadísticas del Perú, la razón fue aproximada de 60 muertes maternas por cien mil nacidos vivos. Los departamentos de Piura, Lima, La Libertad, Ucayali, Lambayeque fueron las zonas donde se han reportaron más caso de acuerdo con los acumulados<sup>31</sup>.

La región Callao reportó que desde el 2017 al 2022 hubo 64 casos en total. En el año 2020 y 2021 se presentaron 16 y 15 casos respectivamente, esta sumatoria total representan el 2.83% de la mortalidad materna en dicho intervalo de tiempo<sup>32</sup>.

Esta investigación describe el manejo de las referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante los años 2021 y 2022. Se aplicó el análisis documental mediante la revisión de una muestra de historias clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante los años 2021 y 2022. Los hallazgos de la presente investigación muestran que las referencias por emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en los años 2021 y 2022 estudiadas fueron 177, de las cuales 88 (49.7%) se atendieron en 2021 y 89 (50.3%) en 2022.

Con respecto a las características sociodemográficas de las gestantes, se identificó que el promedio de edad de las gestantes fue 27.66 años, encontrándose 54 (30.5%) de las gestantes en el rango de edad de 23 a 28 años, el promedio de edad gestacional fue de 35.02 semanas, 63 (35.6%) fueron

multíparas, 108 (61%) de las gestantes presentaba nivel secundario completo y 87 (49.2%) eran convivientes. En un estudio similar desarrollado por *Pomacarhua y Reyes* describieron en una muestra de 132 gestantes atendidas en el Hospital Provincial de Acobamba en Huancavelica que 113 (85.6%) presentaban edades entre 19 a 34 años, 59 (44.7%) edad gestacional menor a 37 semanas, 63 (47.7%) eran primíparas, 76 (57.6%) contaban con primaria completa y 120 (90.9%) eran convivientes<sup>15</sup>. Las características sociodemográficas rango de edad, paridad y grado de instrucción posiblemente presentaron variaciones, debido al contexto social diverso en ambos grupos.

Se estima que en el 75% de casos de muertes maternas a nivel mundial las principales complicaciones incluyen la enfermedad hipertensiva durante la gestación, hemorragias obstétricas, intercorrientes infecciosas, aborto, así como complicaciones durante la labor de parto<sup>29</sup>.

De acuerdo con los reportes del Ministerio de Salud para los años 2020 al 2022 la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos durante la gestación fueron las dos principales causas de muerte materna directa. Para el año 2022 estas dos patologías ocuparon el primer y segundo puesto en frecuencia respectivamente, la información es concordante con la casuística a nivel mundial<sup>27,33,34,35</sup>.

*Tarqui, C. et al* (2019) en un estudio descriptivo de las muertes maternas producidas en la región Callao durante los años 2000 a 2015 encontró que en las causas directas el 32,8 % fueron por trastornos hipertensivo del embarazo, el 12,2 % por hemorragia obstétrica y el 10,7 % por aborto (muestra constituida por 131 casos)<sup>27</sup>.

En el presente estudio, la categoría “otros” representó la mayor cantidad de diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia por emergencia con un total de 60 casos (33.9%) en donde

15 de las referencias fueron por sufrimiento fetal agudo. Así mismo, el diagnóstico de preeclampsia representó un total de 57 (32.2%) de las referencias siendo el promedio de edad gestacional de 36.1 semanas; estos resultados difieren a lo presentado por *Díaz* que identificó en una muestra de 110 gestantes referidas al Hospital II EsSalud Tarapoto en 2022 que 28 (25%) fueron referidas por diagnóstico de hemorragia vaginal y uterina anormal<sup>13</sup> y *Cárdenas* que observó en una muestra de 69 gestantes atendidas en el Hospital Rural de Lamas durante el 2018 que 20 (39%) de las gestantes presentaron como diagnóstico en las referencias aborto incompleto<sup>2</sup>. Podemos identificar que los diagnósticos principales que derivaron las referencias por emergencia en los estudios fueron diferentes, por lo que se estima que cada establecimiento de salud de acuerdo a su jurisdicción territorial, presentan porcentajes diferentes al momento de los diagnósticos que originan las emergencias obstétricas

No se puede determinar con precisión qué mujer presentará alguna complicación durante la gestación, ni en qué momento. La pobreza, el nivel sociocultural y la distancia geográfica son algunos de los muchos factores, que pueden influenciar en la muerte materna<sup>31</sup>. Por este motivo las políticas públicas tienen que estar planificadas y orientadas para un adecuado acceso y tratamiento en los servicios sanitarios, esto no sólo permitiría seguir disminuyendo las muertes maternas, sino que ayudarían a mejorar la calidad de vida<sup>30</sup>.

De acuerdo con el censo del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) en el año 2017 la población total del Callao ascendía a 994 449 habitantes. Se reportaron que 508 712 eran mujeres y 485 782 eran varones. En el año 2022, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) encontró que el 30.8% de habitantes se encontraban en condición de pobreza total y el 4.1% en pobreza extrema<sup>36</sup>. Así mismo, los distritos de Ventanilla, Mi Perú y Callao tuvieron el mayor porcentaje

de pobreza distrital; con el 26.1, 23.9 y 14.2%, respectivamente (basado en datos del mapa de pobreza del año 2018)<sup>36</sup>.

El Seguro Integral de Salud (SIS) se crea en el año 2001 como parte de la unión del seguro escolar gratuito y el seguro materno infantil. A través de los años se desarrollaron múltiples reformas en este programa, manteniéndose hasta la actualidad como uno de los principales seguros de salud de la población peruana<sup>37</sup>. Existen 5 planes de seguro otorgado por el SIS: gratuito, para todos, independiente, microempresas y emprendedor. El seguro de tipo gratuito está dirigido para todas las personas en condición de pobreza, pobreza extrema, madres gestantes, niños, bomberos. Esta afiliación es normada por las leyes peruanas<sup>38</sup>. Para diciembre del año 2022 aproximadamente 25 173 770 peruanos se encontraban afiliados al SIS. En la región Callao se calcularon 697 149 afiliados a este seguro, por lo que un gran porcentaje de pobladores de esta zona son dependientes de este seguro, así como los procedimientos que implica su uso<sup>39</sup>.

La Dirección regional de Salud (DIRESA) cuenta con 3 direcciones de red de salud: Bonilla– La Punta, Bepeca y Ventanilla. Los hospitales de referencia regional son el de Ventanilla (II -1), San José (II -2) y Daniel Alcides Carrión (III -1), la atención es gratuita a los usuarios de SIS, quienes son el grupo de mayor atención. La red Ventanilla, tiene como órgano desconcentrado el Hospital de Ventanilla. La red Bepeca, a los hospitales San José y de Rehabilitación. La red Bonilla-La punta, no cuenta con algún establecimiento principal de referencia<sup>40</sup>. En la DIRESA Callao, existen centros maternos-infantiles, que cuentan con atención permanente todos los días de la semana. Estos son: Mi Perú, Villa Los Reyes, Néstor Gambetta, Márquez, Perú–Corea–Bellavista y Perú–Corea-Pachacútec. Cuentan con la especialidad de Gineco–Obstetricia y Pediatría<sup>41</sup>. Tanto el Hospital San José, como de Ventanilla, cuentan con los servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría-Neonatología, Anestesiología, así como sala de operaciones. Sin embargo, la capacidad resolutive

puede variar de acuerdo con los diagnósticos a manejar, insumos, recursos humanos, etc.; por lo que, el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) al ser un establecimiento de categoría III -1 constituye el principal hospital de referencia en toda la región Callao.

En nuestro estudio, la Red de Salud Ventanilla refirió 107 gestantes (60.5%), la Red de Salud Bepeca 47 (26.5%) y la Red de Salud Bonilla 23 (13%). Los establecimientos de salud que más referencias realizaron fueron el Centro de Salud Perú-Corea-Bellavista refiriendo 38 (21.5%) gestantes, el Hospital de Ventanilla con 33 (18.7%) gestantes referidas y el Centro de Salud Márquez que refirió a 31 (17.5%) gestantes.

Estos datos serían esperados ya que al ser centros maternos-infantiles y con atención permanente existen mayores casos de gestantes y, por tanto, mayor riesgo de patología en esta etapa. La presencia de especialistas ayuda a mejorar la atención y reconocimiento temprano de complicaciones que requieran mayor nivel de atención por complejidad.

Es probable que la red de salud Bonilla haya presentado el menor porcentaje de origen de referencia puesto que el grupo poblacional perteneciente a esta zona se encuentran relativamente cerca al HNDAC y, por tanto, las gestantes opten por acudir en primera instancia a este hospital antes que al centro de salud adscrito.

Es necesario mencionar que en los registros publicados por la DIRESA Callao reportaron para el año 2021 (con datos actualizados al 19/08/2022) 280 referencias por emergencias en general (en todos los grupos de edad) de los cuales la Red Bonilla sólo emitieron 2, la Red Bepeca 3 y la Red Ventanilla (sin incluir al hospital) 2. El Hospital de Ventanilla emitió 229 referencias y el Hospital San José, 29.<sup>42</sup> Para el año 2022 (con datos actualizados al 28/03/2023) el total de referencias emitidas por emergencias (en todos los grupos de edad) fue de 318, la Red Bonilla realizó 24

referencias, la Red Bepeca 30 y la Red Ventanilla 6. El Hospital San José emitió 31 referencias y el de Ventanilla 215<sup>43</sup>. Esta información discordante plantea la posibilidad que los registros y monitoreo de referencias en el primer y segundo nivel de atención en la DIRESA Callao, no se estaría llevando adecuadamente, con fuga de información importante.

Como parte del proceso de compresión de la morbilidad y mortalidad materna, se describió el modelo de las demoras, cuando la gestante presenta una emergencia obstétrica<sup>44</sup>.

Se identificaron 04 tipos de “demoras” que impactan negativamente en la gestante y su familia. La primera de ellas es poder reconocer cuándo se presenta un signo de alarma que requiera atención de urgencia (sangrado vaginal, cefalea, no sentir movimientos fetales, fiebre, etc.), la segunda demora consiste en la decisión de buscar ayuda en algún establecimiento de salud, la tercera demora es el tiempo que tarda en que la gestante pueda llegar al centro de salud y la cuarta demora es poder recibir el tratamiento óptimo<sup>30</sup>.

Muchas de estas demoras tienen múltiples factores que influyen en una o varias de ellas. Estos serían la distancia geográfica, el apoyo familiar y de la pareja, el grado de instrucción de los padres, la cultura, la percepción del proceso salud-enfermedad, etc.<sup>31</sup>.

De acuerdo con datos obtenidos en base a la aplicación “Google Maps”, se pudo calcular que los principales centros de referencia, pertenecientes a la red Bonilla-La Punta y Bepeca toman un promedio en llegar al HNDAC de entre 5 a 15 minutos. Sin embargo, el tiempo de demora en llegar de los establecimientos de salud de la red Ventanilla al HNDAC, puede ser entre 30 minutos hasta 1 hora en promedio. Esto es tiempo importante, puesto que, en razón al diagnóstico principal podría aumentar la morbilidad en la gestante.

Llama la atención el tiempo que existe en referir del centro de Salud Perú -Corea -Pachacútec (red Ventanilla), así como la mayoría de los centros de salud pertenecientes a esta red de salud, al HNDAC con un tiempo de demora aproximada de 59 minutos; en comparación en llegar al hospital Ventanilla que son 15 minutos aproximadamente. Existe una demora importante (geográfica) que puede impactar negativamente en la gestante.

Mas aún, entre la red de salud Ventanilla, en conjunto con hospital de ventanilla, representan aproximadamente el 60% de todas las referencias estudiadas. La preeclampsia (n:41) y la amenaza de parto pretérmino (n: 29) fueron los principales diagnósticos. Por lo que, se plantea que las referencias de este centro de salud no fueron dirigidas prioritariamente al hospital de Ventanilla, porque a pesar de contar con los servicios específicos, no cuentan con todos los recursos logísticos y humanos para la atención oportuna. Es una demora tipo III y IV real.

Se observó que 100 (56.5%) de las gestantes presentaron resultados negativos en la prueba para infección por SARS-COV-2, 33 (18.6%) presentaron resultados positivos y 44 (24.9%) de las historias clínicas no contaban con esta información. Una limitante del presente estudio fue no considerar los signos y/o síntomas asociados que pudieran presentar las gestantes con prueba positiva; así como la evolución y destino posterior a su atención por emergencia. Sin embargo, se considera que la mayoría de ellas estuvieron asintomática; y se correlaciona con lo esperado a nivel mundial<sup>45, 46,47,48</sup>.

El proceso de referencia de la gestante inicia con el reconocimiento de la patología que genera la emergencia. Una vez identificado el problema y al no tener la capacidad resolutive en el lugar de evaluación se coordina con los hospitales o centros que puedan brindar la atención adecuada y oportuna, cuando se obtiene la aceptación del centro receptor la paciente es llevada acompañada

por personal de salud. Todo este proceso va acompañado por la hoja de referencia, la cual es un formato único a nivel nacional y es usado en los establecimientos normados por el ministerio de salud (MINSA). Esta hoja debe de estar llena adecuadamente para poder comprender el estado de la paciente y motivo que conlleva la referencia<sup>17</sup>.

El HNDAC cuenta con una oficina de referencias y contrareferencias, en ella se toma conocimiento y se coordinan todas las referencias por emergencia, consulta externa y apoyo al diagnóstico, tanto a nivel del Callao como de todo el Perú. Así mismo, se lleva el registro de manera digital en una base de datos de todas ellas y si tuvieron aceptación o no. Al llegar la documentación por vía correo electrónico de una referencia dirigida a Gineco-Obstetricia de emergencia se presenta el caso al jefe de guardia del servicio mencionado para que determine si procede o no la referencia al HNDAC. Es importante mencionar que muchas de las aceptaciones y negaciones guardan amplia relación con la capacidad del servicio de Neonatología para recibir el recién nacido en caso se produzca el nacimiento.

Las contrareferencias emitidas por el HNDAC pasan a ser verificadas por el médico auditor, en conjunto con los papeles de alta correspondientes. Esta documentación es necesaria para efectivizarse el alta por el SIS.

Del total de referencias estudiadas en la actual investigación 152 (85.9%) fueron coordinadas previamente, 169 (95.5%) fueron coordinadas por personal médico, 83 (46.9%) de las gestantes fueron acompañadas por Obstetras (46.9%), 170 (96%) llegaron con formato de referencia y 143 (80.8%) no presentaron dificultad para la aceptación de la referencia; información similar es brindada por *Pomacarhua* y *Reyes* en su investigación donde describieron que 123 (93.2%) de las referencias fueron coordinadas por personal médico y 132 (100%) de gestantes con referencia

fueron acompañadas por Obstetras.<sup>15</sup> Igualmente *Cárdenas* en su estudio identificó que 27 (39%) de las gestantes fueron referidas por obstetras y que el nivel de cumplimiento de la norma técnica de referencias y contrareferencias fue regular en 23 (34%) de los casos.<sup>2</sup> Podemos identificar que en nuestro país que los profesionales de medicina y obstetricia son los que más referencias de emergencias obstétricas realizan y que los Obstetras son quienes más acompañan a las gestantes en sus referencias.

En condiciones ideales, toda gestante referida debe contar con la aceptación formal de los profesionales que la atenderán, así como que el hospital cuente con las condiciones adecuadas para su manejo clínico -quirúrgico. Sin embargo, el 14.5% de nuestras referencias fueron referidas sin una aprobación, ni conocimiento del caso de manera oportuna. Esto conlleva a un riesgo alto de complicaciones durante el traslado de esta, así como demoras en el enfoque y manejo inicial del hospital receptor. El ser acompañado por Obstetras ayudaría a disminuir las tasas de complicaciones, a pesar de esto en 66 (37.3%) de las referencias se desconoce qué personal lo acompañó.

Del total de referencias estudiadas, 170 (96%) llegaron con formato de referencia y 143 (80.8%) no presentaron dificultad para la aceptación de la referencia, estos datos son similares a los presentados en el estudio de *Rojas* en donde observaron en una muestra de 700 gestantes atendidas en la Red de Salud Sur N°5 de Bolivia durante el 2018 y 2019 que 86 (83.7%) de las referencias se realizaron sin demora y de manera oportuna,<sup>8</sup> en cambio en la investigación de *Mendoza* a una muestra de 1400 pacientes referidas y atendidas en las Redes de Salud Corea y Red 5 Sur de Bolivia durante 2018 y 2019 identificó que durante el 2018 la calidad de la referencia de la Red Corea fue malo (56%) en comparación con la Red 5 Sur que fue regular (82.3%) y durante el 2019 la calidad de la referencia de la Red Corea fue en su mayoría regular (50%) al igual que la Red 5 Sur (81.4%),

también *Inta* estudió una muestra de 83 referencias gineco obstétricas que se realizaron desde Centro de salud Franz Tamayo de Bolivia a hospitales de segundo y tercer nivel durante el primer semestre de 2019 en donde describió que 85.5% de las referencias fueron poco adecuadas, 69.9% contaban con diagnóstico pertinente y 75.9% fueron oportunas.<sup>10</sup> En comparación con las referencias realizadas por establecimientos de salud bolivianos, las referencias realizadas por establecimientos de la DIRESA Callao presentaron mejor calidad y fueron oportunas.

Se puede considerar que la necesidad urgente de trasladar a la gestante a un hospital con capacidad resolutive adecuada conlleva a no cumplir adecuadamente con todo el procedimiento (hojas de referencias ausentes, no llenadas de acuerdo con lo estipulado), así como condiciones de traslado no adecuadas (sin vía periférica, sin apoyo oxigenatorio, etc.). Se plantea que sí es necesario de manera obligatoria informar al centro receptor del caso que está siendo trasladado y/o tener la aceptación formal del mismo, de esta manera el equipo de guardia se prepara y gestiona los procedimientos que realizarán.

Con relación a las contrareferencias estudiadas, el 152 (85.9%) de las historias clínicas presentaban el formato de contrareferencia con las indicaciones para continuar su tratamiento y fueron oportunas, es decir fueron emitidas durante los 7 primeros días, similares resultados presentan *Pomacarhua* y *Reyes* en su estudio en donde identificaron que 99 (75%) de las historias clínicas presentaban el formato de contrareferencia con las indicaciones para continuar su tratamiento y 79 (59.8%) de las contrareferencias fueron oportunas, siendo este último resultado menor en comparación a lo encontrado en el estudio actual.<sup>15</sup> Así mismo, *Mamani* en su estudio desarrollado de enero a junio del 2022 en una muestra de 80 pacientes atendidas en el Centro de Salud José Antonio Encinas de Puno observó que 48 (92%) de las gestantes referidas con diagnóstico obstétrico de riesgo presentaron un manejo de la contrareferencia justificado.<sup>14</sup> Podemos observar

que en los establecimientos de salud mencionados, las contrareferencias presentaron un manejo oportuno a excepción del estudio de *Pomacarhua* y *Reyes*.

Existe aún brechas y limitaciones para la atención a gestantes por emergencia. Muchos de los procesos usados tienen aún deficiencias y errores. Si bien es cierto, cada año se siguen haciendo esfuerzos para disminuir la morbilidad y mortalidad materna que han generado efectos positivos aún no es totalmente suficiente. Los factores como distancia geográfica, nivel de pobreza, nivel sociocultural, grado de instrucción, etc.; son algunos de los que no permiten avanzar un poco más.

El presente trabajo buscó describir una realidad diaria en la región del Callao. Conocer estos hechos pueden ayudar a tomar decisiones de planificación y mejoras continuas para mejorar la atención, pero sobre todo acceso oportuno para el binomio madre-niño.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

- 1) Se observó que de las 177 referencias por emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en los años 2021 y 2022 que se analizaron en el presente estudio las edades que predominaron fueron de 23 a 28 años, en promedio presentaron 35.02 semanas de edad gestacional, prevalecieron gestantes multíparas, el grado de instrucción en su mayoría fue secundaria y cerca a la mitad fueron convivientes.
- 2) Los diagnósticos obstétricos más frecuentes que motivaron la referencia por emergencia al HNDAC fueron preeclampsia, amenaza de parto pre -término, ruptura prematura de membranas y sufrimiento fetal agudo.
- 3) La Red de Salud Ventanilla refirió la mayor cantidad de gestantes, siendo los establecimientos de salud que más referencias realizaron, el centro de salud Perú-Corea-Bellavista, el hospital de Ventanilla y el centro de salud Márquez.
- 4) Más de la mitad de gestantes (56.5%) presentaron resultados negativos en la prueba para detectar coronavirus.
- 5) La mayoría de las referencias (85.9%) fueron coordinadas con anticipación, todas fueron coordinadas por personal médico (100%), acompañadas gran parte por Obstetras y casi todas las gestantes acudieron con su formato de referencia (96%) sin presentar dificultades en la aceptación de esta.
- 6) La mayoría de historias clínicas presentaron la hoja de contrareferencia llena al momento del alta médica (85.9%), las indicaciones para continuar su tratamiento y fueron emitidas de manera oportunas.

## 5.2 Recomendaciones

1. Capacitar al personal del área de Referencias y Contrareferencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con respecto al correcto y completo registro de datos en el sistema, de tal manera que concuerden con los datos presentes en la historia clínica en físico.
2. Debido a que la preeclampsia es uno de los diagnósticos obstétricos más frecuentes que motivaron la referencia por emergencia al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se recomienda la evaluación y capacitación permanente de los profesionales de salud de los diferentes establecimientos que pertenecen a la DIRESA Callao para la identificación y manejo clínico-farmacológico de las emergencias obstétricas, hasta poder llegar al centro con capacidad resolutive.
3. Contar de manera permanente con los medicamentos e insumos para el manejo de preeclampsia (clave azul), hemorragia obstétrica (clave roja) o infecciones (clave amarilla) en los diferentes establecimientos que pertenecen a la DIRESA Callao.
4. Es necesario evaluar y ampliar la cartera de servicios del Hospital de Ventanilla debido a que la mayor cantidad de casos referidos pertenecen a la Red Ventanilla, así como los recursos logísticos y humanos con que cuentan. En promedio son 45 minutos de demora adicional en llegar de Ventanilla al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en comparación con dirigirse al Hospital de Ventanilla, este tiempo prolongado podría impactar en la salud de la gestante y el niño por nacer.

5. Debido a que el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es el hospital de referencia de la región Callao, se recomienda continuar ampliando la oferta de camas de hospitalización y de emergencia, así como los recursos humanos para evitar demoras en la atención de las gestantes referidas; estas mejoras van de la mano con el servicio de Neonatología ya que permite que la atención sea la adecuada para el binomio madre niño.
6. Supervisar y verificar el cumplimiento del proceso de referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión para dar continuidad en la atención de la paciente y garantizar una atención adecuada y coordinada en la DIRESA Callao.
7. Capacitar, supervisar y verificar el cumplimiento de los procesos de referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas de los centros de salud pertenecientes a la DIRESA Callao; para garantizar que se lleve un adecuado registro y seguimiento de los mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) González M, Soto J. Mortalidad Materna: Análisis médico forense. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. 2017 [citado 16 de marzo de 2023]; 34 (1). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-112.pdf>
- 2) Cárdenas Urrelo R. Sistema de Referencia y Contrareferencia en el manejo de las emergencias obstétricas en el Hospital Rural de Lamas, año 2018 [tesis de especialidad en Internet]. Perú: Universidad San Martín de Porres, 2020. [citado 20 de marzo de 2023]. 49 p. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6863/Cardenas%20 %20URP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6863/Cardenas%20%20URP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 3) Sub-Grupo de Trabajo “Salud Materno Neonatal”. Perú. Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes en el Contexto de COVID-19. Un problema de derechos humanos, inequidad y de desarrollo [Internet]. Perú: MCLCP; 2022 [citado 22 de marzo de 2023]. 43 p. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-07-25/mclcp-reporte-sobre-situacion-de-la-mortalidad-materna-junio-2022v14.pdf>

- 4) Organización Panamericana de Salud. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. 2<sup>da</sup> ed. Washington, D.C.: OPS; 2019. 86 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf>
- 5) Comité de oferta y demanda. Protocolo de referencia y contrareferencia [Internet]. Chile: Servicio de Salud Coquimbo; 2019 [citado 5 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.sccoquimbo.cl/gob-cl/procesos/files/21-04-2020/INFORMACION%20DE%20REFERENCIA%20Y%20CONTRAREFERENCIA/Manual%20Protocolo%20SRC\\_v04-convertido.pdf](https://www.sccoquimbo.cl/gob-cl/procesos/files/21-04-2020/INFORMACION%20DE%20REFERENCIA%20Y%20CONTRAREFERENCIA/Manual%20Protocolo%20SRC_v04-convertido.pdf)
- 6) Cabezas C. Pandemia de la Covid-19: Tormentas y retos. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2020; 37 (4): 603-604. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n4/603-604/es>
- 7) Ministerio de Salud [internet]. Lima: MINSA, c2019. Resolución Ministerial N° 658-2019; 19 de Julio del 2019 [Citado el 7 de abril de 2023]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_658-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_658-2019-MINSA.PDF)
- 8) Rojas Balderrama R. Calidad del Sistema de Referencia y Contrareferencia de la Red de Salud N°5 Sur de las gestiones 2018 y 2019 La Paz-Bolivia [tesis de maestría en Internet]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, 2022. [citado 20 de abril de 2023] 87 p. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/29835/TM-2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 9) [Mendoza Villanueva H. Sistema de Referencia y Contrareferencia en las redes de salud Cores y Red 5 Sur de los municipios de El Alto y La Paz-Gestaciones 2018 y 2019](#) [tesis

de maestría en Internet]. [Bolivia](#): Universidad Mayor de San Andrés, 2022. [citado 5 de mayo de 2023] 130 p. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/29310/TM-1978.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10) Inta Espejo F. Nivel de calidad de la referencia gineco-obstetricia en el Centro de Salud Franz Tamayo primer semestre 2019 [tesis de especialidad en Internet]. [Bolivia](#): Universidad Mayor de San Andrés, 2021. [citado 5 de mayo de 2023] 84 p. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/28947/TE-1907.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11) Córdova Sánchez E. Cumplimiento de referencias y/o derivaciones realizadas a pacientes gestantes de riesgo en el Centro de Salud Urbano Naranjito, Guayas, Ecuador, 2020 [tesis de maestría en Internet]. [Bolivia](#): Universidad Mayor de San Andrés, 2022. [citado 8 de mayo de 2023] 66 p. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59733/C%c3%b3rdova\\_SE-DR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59733/C%c3%b3rdova_SE-DR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

12) Amigo Acuña F. Diagnóstico y propuesta de mejora en la gestión de los procesos de referencia y contrareferencia: Caso de estudio de la provincia de Talagante del Servicio de Salud Metropolitano Occidente [tesis de maestría en Internet]. Chile: Universidad de Chile, 2018. [citado 12 de mayo de 2023] 150 p. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/168385/Diagn%c3%b3stico-y-propuesta-de-mejora-en-la-gesti%c3%b3n-de-los-procesos-de-referencia-y-contrarreferencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 13) Diaz Torres Panduro Wendy. Sistema de referencia y contrareferencia en las emergencias obstétricas en Hospital II EsSalud Tarapoto, 2022 [tesis de pregrado en Internet]. Perú: Universidad Nacional de San Martín, 2023. [citado 12 de mayo de 2023] 69 p. Disponible en: <https://tesis.unsm.edu.pe/bitstream/11458/4728/1/MED.%20HUMANA%20-%20Wendy%20Katherine%20Diaz%20Torres%20Panduro.pdf>
- 14) Mamani C, Flores V. Diagnóstico obstétrico relacionado al manejo de las referencias y contrareferencias C.S. José Antonio Encinas, Puno 2022 [tesis de pregrado en Internet]. Perú: Universidad Roosevelt, 2023. [citado 14 de mayo de 2023] 72 p. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/1429/TESIS%20MANI%20-%20FLORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 15) Pomacarhua R, Reyes T. Referencia y Contrareferencia de gestantes atendidas en el Hospital Provincial de Acobamba 2020 [tesis de especialidad en Internet]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica, 2022. [citado 17 de mayo de 2023] 61 p. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/fe4041e3-422f-42a9-8918-59f2d22aae22/content>
- 16) Altamirano Truyenque Ivan. Satisfacción de Usuarios del Sistema de Referencia en el Servicio de Cirugía, Hospital de Villa el Salvador, Lima 2020 [tesis de maestría en Internet]. Perú: Universidad César Vallejo, 2021. [citado 21 de mayo de 2023] 79 p. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/72748/Altamirano\\_TIA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/72748/Altamirano_TIA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- 17) Ministerio de Salud [Internet]. Lima; c2004. Norma técnica del sistema de referencia y contrareferencia de los establecimientos del ministerio de salud; 2004 [citado 21 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://lester.pe/pdf/REFERENCIACONTRAREFERENCIA.pdf>
- 18) Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: Ministerio de Salud; 2007. 158 p. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
- 19) Domínguez PR, Alva AN, Delgadillo MJJ, Enríquez LR, Flores PF, Portillo UEF et al. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y embarazo. Acta Med. 2020; 18 (4): 399-406. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am204j.pdf>
- 20) Arroyo AS, Marruffo MF, Mendiburu T, Paredes B et al. Gestantes con enfermedad por coronavirus 2019 y transmisión vertical intrauterina: una revisión sistemática. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020; 66(3): 10p. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v66n3/2304-5132-rgo-66-03-00011.pdf>
- 21) Centro de Medicina fetal y neonatal de Barcelona [Internet]. Barcelona: Clínica Barcelona; c2023 [citado 25 de mayo de 2023]; 42 p. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.pdf>
- 22) Hernández M, Carvajal A, Rísquez A, Guzmán M, Cabrera C, Drummond T et al. Consenso de la COVID-19 en el embarazo [Internet]. 2021 [citado 25 de mayo de 2023]; 32 (1): 7-26. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1255046/01-hernandez-m-7-26.pdf>

- 23) Valdés M, Bangoa E, Melera T, Coboa S, Hernández A, Caballero F, García L, Ribera L, Guirado P, Ferrera D, Salviad F, Figuerasa M, Palacio A et al. Guía de actuación para el manejo de la infección por COVID 19 durante en el embarazo [Internet]. 2020 [citado 28 de mayo de 2023]; 47(3): 118-127. Disponible en: [https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2020/08000/characteristics\\_and\\_outcomes\\_of\\_241\\_births\\_to.9.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2020/08000/characteristics_and_outcomes_of_241_births_to.9.aspx)
- 24) Sosa-Osorio A, Hernández-Cabrera Y, Alcaide-Guardado Y, Nualla-Pérez Y. Actualización sobre COVID-19 y embarazo. Medisur [revista en Internet]. 2022 [citado 28 de mayo de 2023]; 20(5): 946-955. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v20n5/1727-897X-ms-20-05-946.pdf>
- 25) Ministerio de Salud [Internet]. Lima; c2015. Norma técnica de salud N° 113-MINSA/DGIEM-V.01; 2015 [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3366.pdf>
- 26) Ministerio de Salud [Internet]. Lima; c2020. Norma Técnica de Salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por covid-19 en el Perú; 2020 [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1097064/rm\\_306-2020-minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1097064/rm_306-2020-minsa.pdf)
- 27) Tarqui, C.; Sanabria, H.; Portugal, W.; Pereyra, H.; Vargas, J. Calderón, M. Causas de muerte materna en la región de Callao, Perú. Estudio descriptivo 2000 – 2015. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2019; 70(1): 8 -18. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3123>

- 28) Ninahuaman C. Nivel de conocimientos sobre atención de paciente con emergencia obstétrica en internos de medicina 2022 de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2023. Disponible en : [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19573/Ninahuaman\\_nc.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20grado%20de%20conocimiento%20sobre,%20nivel%20intermedio%20\(65.6%25\).](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19573/Ninahuaman_nc.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20grado%20de%20conocimiento%20sobre,%20nivel%20intermedio%20(65.6%25).)
- 29) Verona,M.; Fernández,J.; Neciosup,E. Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención en casos de muerte materna, Región Lamayeque.2011 -2016. Revista del cuerpo médico del HNAA.2019;12 (2): 97 -103. DOI: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2019.122.504>
- 30) Mazza, M.; Vallejo, C.; Gonzáles, M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez.2012; 724: 233- 248
- 31) Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. UNFPA.2023 [citada 05 octubre de 2023]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/doc.pdf>
- 32) Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Número de muertes maternas anual y hasta la SE 52, 2000 – 2023. Ministerio de Salud. Hasta la SE 01 -2023. [Internet]. Lima; 2023. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE01/mmaterna.pdf>
- 33) Bayona Olivera G. Manejo de las Referencias y Contrareferencias de las Pacientes Obstétricas Atendidas en el Centro de Salud de Paucartambo- Cusco 2016 [Internet]. (Tesis de Licenciatura). Repositorio. Universidad Andina Del Cusco; 2018. Disponible en:

<https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/2562/RESUMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 34) Casalino Rojo E, Ochoa Amenabar E, Mujica OJ, Munayco CV. Desigualdades sociogeográficas en la mortalidad materna en Perú: 2001-2015. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018;35(2): 351-3. doi: 10.17843/rpmpesp.2018.352.3246
- 35) Ministerio de Salud. Situación de la mortalidad materna 2022 y 2023 [Internet]. Lima; 2023. Disponible en : <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>
- 36) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Reporte regional de indicadores sociales del departamento de Callao [Internet]. Lima; 2023. [citado 06 octubre de 2023]. Disponible en: <https://sdv.midis.gob.pe/redinforma/Upload/regional/callao.pdf>
- 37) Gómez G. Efectos del seguro integral de salud sobre el estado de salud: Aplicación de regresión discontinua [Tesis de post - grado]. Lima: Universidad del Pacífico. Post -grado en Economía; 2018. Disponible en : [https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2196/Grace\\_Tesis\\_Maestria\\_2018.pdf?sequence=4](https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2196/Grace_Tesis_Maestria_2018.pdf?sequence=4)
- 38) Gobierno del Perú. Planes del Seguro Integral de Salud (SIS) [Internet]. [citado 06 octubre de 2023]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/doc.pdf>
- 39) Gobierno del Perú. Estadística de asegurados por mes -diciembre 2022 [Internet] [citado 06 octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/informes-publicaciones/4148587-estadistica-de-asegurados-por-mes-diciembre-2022>

- 40) DIRESA Callao. Organigrama. [Internet]. [citado 07 octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/transparencia/organigrama/>
- 41) DIRESA Callao. Centros de salud maternos de DIRESA Callao brindan partos humanizados [Internet]. [citado 07 octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/portal/detallenoticia/1747/>
- 42) DIRESA Callao. Total, de referencias por UPS, a nivel de DIRESA -Anual 2021. [Internet]. [citado 07 octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/estadistica/Eli-FILE0014502022.pdf>
- 43) DIRESA Callao. Total, de referencias por UPS, a nivel de DIRESA- Anual 2022. [Internet]. [citado 07 octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/estadistica/FILE0005012023.pdf>
- 44) Morán,R.; López,F.; Pérez,A. Demoras en atención materna y complicaciones hipertensivas en el Hospital Sabogal, Callao, Perú, 2021.Estudio de caos y controles. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.2021 ; 72(4): 356- 367.DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3737>
- 45) Gianella C, Ruiz-Cabrejos J, Villacorta P, Castro A, Carrasco-Escobar G. Revertir cinco años de progreso: El impacto de la covid-19 en la mortalidad materna en Perú. CMI Brief [Internet]. 2021 Feb. [Citado 07 octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cmi.no/publications/file/7454-revertir-cinco-aos-de-progreso-el-impacto-de-la-covid-19-en-la-mortalidad-materna-en-pero.pdf>

- 46) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Mapa del embarazo y la maternidad de niñas y adolescentes en el Perú [Internet]. 2022 [citado 07 octubre de 2023]. Disponible en: [https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mapa del embarazo y la maternidad de ninas y adolescentes en el peru v10.pdf](https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mapa_del_embarazo_y_la_maternidad_de_ninas_y_adolescentes_en_el_peru_v10.pdf)
- 47) Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Número de muertes maternas anual y hasta la SE 52 , 2000 – 2023. Ministerio de Salud. Hasta la SE 18 -2023. [Internet]. Lima; 2023. [citado 07 octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE18/mmaterna.pdf>
- 48) Quispe, J. Complicaciones obstétricas más frecuentes en el embarazo adolescente [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la salud, Escuela Profesional de Obstetricia; 2022. Disponible en : [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7608/T061\\_77663150\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7608/T061_77663150_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **ANEXOS**

**Anexo 1: Matriz de consistencia**

**Título de la investigación: REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2021-2022**

<b>Formulación del problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Diseño metodológico</b>
<p align="center"><b><u>Problema general</u></b></p> <p>-¿Cómo fue el manejo de referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022?</p> <p align="center"><b><u>Problemas específicos</u></b></p> <p>-¿Cuáles fueron las características sociodemográficas de las gestantes con referencias y contrareferencias atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022?</p> <p>-¿Cuáles fueron los diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia por emergencia al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022?</p> <p>-¿Cuáles fueron los establecimientos de salud que tuvieron más referencias por emergencias obstétrica al hospital nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022?</p> <p>-¿Qué porcentaje de gestantes con emergencia obstétricas referidas al Hospital Nacional Daniel Alcides</p>	<p align="center"><b><u>Objetivo general</u></b></p> <p>-Describir el manejo de las referencias y contrareferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022.</p> <p align="center"><b><u>Objetivos específicos</u></b></p> <p>-Mencionar las características sociodemográficas de las gestantes referidas y contrareferidas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022.</p> <p>-Identificar los diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia por emergencia al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022.</p> <p>-Identificar los establecimientos de salud que tuvieron más referencias por emergencias obstétrica al hospital nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022</p> <p>-Establecer el porcentaje de gestantes con emergencia obstétricas referidas al Hospital</p>	<p>Al ser un trabajo descriptivo, no se plantearon hipótesis</p>	<p><b>Variable: Referencias y contrareferencias de emergencias obstétricas</b></p> <p align="center"><b><u>Dimensiones</u></b></p> <p>-Características sociodemográficas de pacientes referidas</p> <p>-Referencia de las emergencias obstétricas</p> <p>-Contrareferencia de las emergencias obstétricas</p>	<p align="center"><b><u>Tipo de investigación</u></b></p> <p>Enfoque de tipo cuantitativo y retrospectivo. Observacional, porque no se manipularon las variables</p> <p align="center"><b><u>Método y diseño de la investigación</u></b></p> <p>En el presente trabajo, se utilizó el método científico, a través del análisis documental para la obtención de la información analizada. Descriptivo transversal</p> <p align="center"><b><u>Población y muestra</u></b></p> <p align="center"><b>Población</b></p> <p>Se consideró como población las 324 referencias de la DIRESA Callao</p> <p>El tamaño muestral se calculó a través de la fórmula para una población finita.</p> <p>Se consideró un nivel de confianza de 95% (Z: 1.96), con una proporción esperada (p) de 50% (0.50); y una precisión de 5% (0.05)</p> <p>La muestra final estuvo constituida por 177 referencias en total</p>

<p>Carrión, presentaron infección por SARS – COV -2, durante los años 2021 y 2022? ¿Se cumplió el proceso de referencias en las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, así como lo detalla la Norma Técnica N° 018?</p> <p>-¿Se cumplió el proceso de contrareferencias en las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, así como lo detalla la Norma Técnica N° 018?</p>	<p>Nacional Daniel Alcides Carrión, que presentaron infección por SARS – COV -2, durante los años 2021 y 2022.</p> <p>-Verificar el cumplimiento del proceso de referencias en las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, así como lo detalla la Norma Técnica N° 018.</p> <p>-Verificar el cumplimiento del proceso de contrareferencias en las emergencias obstétricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante los años 2021 y 2022, así como lo detalla la Norma Técnica N° 018.</p>			<p>El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia. Se usaron criterios de inclusión y exclusión.</p> <p><b><u>Criterios de inclusión</u></b></p> <p>-Gestante con diagnósticos presuntivos y/o definitivos de emergencia obstétrica que figura en la base de datos de la oficina de referencia y contrareferencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.</p> <p>-Referencias y contrareferencias de gestantes con diagnósticos presuntivos y/o definitivos de emergencias obstétricas atendidas desde el 01 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022 en el Hospital nacional Daniel Alcides Carrión.</p> <p><b><u>Criterios de exclusión</u></b></p> <p>-Referencias y contrareferencias de gestantes con diagnósticos presuntivos y/o definitivos de emergencias obstétricas fuera del período de estudio</p> <p>-Gestante con emergencia obstétrica que acude por medios propios al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión</p> <p>-Gestante atendida cuya atención de emergencia en historia clínica no está descrita, y/o información incompleta.</p>
--	--	--	--	---

**Anexo 2: Matriz de operacionalización de las variables**

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA (NIVELES O RANGOS)	INSTRUMENTO
Referencias y contrareferencias de emergencias obstétricas	Características sociodemográficas de pacientes referidas	Edad	Numérica	Años	Ficha de recolección de datos
		Edad gestacional	Numérica	Semanas	
		Paridad	Nominal	Nulípara, primípara, múltipara, gran múltipara	
		Grado de instrucción	Ordinal	Sin nivel, primaria, secundaria, superior	
		Estado civil	Nominal	Soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda	
	Referencia de las emergencias obstétricas	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia	Nominal	Amenaza de aborto, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, otros	
		Red de pertenencia del establecimiento de salud origen de la referencia.	Nominal	Red Bonilla, Bepeca, Ventanilla	
		Resultado de prueba para SARS – COV -2: Positivo, negativo	Nominal	Positivo, negativo	
		¿La referencia fue coordinada?: Sí, no	Nominal	Sí, No	
		Personal que coordina la referencia: Médico, personal de salud no médico, técnico en salud, otros.	Nominal	Médico, Licenciada en Obstetricia, Licenciada en Enfermería, Técnica en Enfermería, otros	
		Personal que acompaña la referencia: Médico, personal de salud no médico, técnico en salud, otros.	Nominal	Médico, Licenciada en Obstetricia, Licenciada en Enfermería, Técnica en Enfermería, otros	

		¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?: Sí, no, no especificado.	Nominal	Sí, No	
		¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?: Sí, no	Nominal	Sí, No	
	Contrareferencia de las emergencias obstétricas	¿Estuvo llenada la hoja de contrareferencia, al momento del alta médica? Sí, no	Nominal	Sí, No	
		¿Existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar su tratamiento? Sí, no	Nominal	Sí, No	
		La contrareferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido): Si, no	Nominal	Sí, No	

### ANEXO 3: Instrumento de recolección de datos

**Título: REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE LAS EMERGENCIAS  
OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN, 2021-2022.**

N.º Hist. Clínica: .....

Año: .....

#### **I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES REFERIDAS**

##### **1. Edad**

- a) 12 – 17 años (1)
- b) 18 – 22 años (2)
- c) 23 – 28 años (3)
- d) 29-33 años (4)
- e) 34-38 años (5)
- f) 39-43 años (6)
- g) >44 años (7)

**2. Edad gestacional a la referencia:** ..... semanas

##### **3. Paridad:**

a. Nulípara (1) b. Primípara (2) c. Multípara (3) d. Gran Multípara (4)

##### **4. Grado de Instrucción:**

- a. Sin nivel (1)
- b. Primaria (2)
- c. Secundaria (3)
- d. Superior (4)

##### **5. Estado Civil:**

- a. Soltera (1)
- b. Conviviente (2)

- c. Casada (3)
- d. Divorciada (4)
- e. Viuda (5)

## **II. REFERENCIA DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

### **1. Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia:**

- a. Amenaza de aborto (1)
- b. Preeclampsia (2)
- c. Amenaza de parto pretérmino (3)
- d. Ruptura prematura de membranas (4)
- e. Otros: \_\_\_\_\_ (5)

### **2. Red de salud origen de la referencia:**

- a. Red de Salud Bonilla (1)
- b. Red de Salud Bepeca (2)
- c. Red de Salud Ventanilla (3)

### **3. Resultado de prueba para SARS – COV -2:**

- a. Positivo (1)
- b. Negativo (2)

### **4. Procedimiento de la referencia**

**¿La referencia fue coordinada?**

SÍ (1)            NO (2)

**Personal que coordina la referencia**

- a. Médico (1)
- b. Obstetra (2)
- c. Licenciada en Enfermería (3)
- d. Técnico en salud (4)
- e. Otros: \_\_\_\_\_ (5)

**Personal que acompaña la referencia**

- a. Médico (1)
- b. Obstetra (2)
- c. Licenciada en Enfermería (3)
- d. Técnico en salud (4)
- e. Otros: \_\_\_\_\_ (5)

**¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?**

Si (1)            No (2)            No especificado (3)

**¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?**

Si (1)            No (2)

### **III. CONTRAREFERENCIA DE LAS GESTANTES REFERIDAS**

**a. ¿Estuvo llenada la hoja de contrareferencia, al momento del alta médica?**

Si (1)            No (2)

**b. ¿Existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar su tratamiento?**

Si (1)            No (2)

**c. La contrareferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido):**

Si (1)            No (2)

## ANEXO 4

### Validez del instrumento

#### VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (MÉTODO HERNÁNDEZ - NIETO)

NÚMERO	JUECES					CÁLCULOS				INTERPRETACIÓN	
	N° 1	N°2	N°3	N° 4	N°5	Sxi	Mx	CVCi	Pei	CVCte	
ÍTEM 1.1	15	15	15	14	15	74	4.933	0.987	0.00032	<b>0.986</b>	EXCELENTE
ÍTEM 1.2	15	15	13	13	12	68	4.533	0.907	0.00032	<b>0.906</b>	BUENA
ÍTEM 1.3	15	15	13	14	12	69	4.600	0.920	0.00032	<b>0.920</b>	EXCELENTE
ÍTEM 1.4	15	15	15	15	15	75	5.000	1.000	0.00032	<b>0.9997</b>	EXCELENTE
ÍTEM 1.5	15	15	15	15	15	75	5.000	1.000	0.00032	<b>0.9997</b>	EXCELENTE
ÍTEM 2.1	15	15	15	15	15	75	5.000	1.000	0.00032	<b>0.9997</b>	EXCELENTE
ÍTEM 2.2	15	15	15	13	15	73	4.867	0.973	0.00032	<b>0.973</b>	EXCELENTE
ÍTEM 2.3	15	15	13	12	13	68	4.533	0.907	0.00032	<b>0.906</b>	BUENA
ÍTEM 2.4	15	15	15	14	15	74	4.933	0.987	0.00032	<b>0.986</b>	EXCELENTE
ÍTEM 2.5	15	15	15	14	15	74	4.933	0.987	0.00032	<b>0.986</b>	EXCELENTE
ÍTEM 2.6	15	15	15	15	15	75	5.000	1.000	0.00032	<b>0.9997</b>	EXCELENTE
ÍTEM 2.7	15	15	15	14	15	74	4.933	0.987	0.00032	<b>0.986</b>	EXCELENTE
ÍTEM 2.8	15	15	15	15	15	75	5.000	1.000	0.00032	<b>0.9997</b>	EXCELENTE
ÍTEM 3.1	15	15	15	14	15	74	4.933	0.987	0.00032	<b>0.986</b>	EXCELENTE
ÍTEM 3.2	15	15	15	14	15	74	4.933	0.987	0.00032	<b>0.986</b>	EXCELENTE
ÍTEM 3.3	15	12	15	15	15	72	4.800	0.960	0.00032	<b>0.960</b>	EXCELENTE

$$CVC_t = \sum \left[ \frac{\sum S_{xi}/J}{VM_j} - P_{ei} \right] (1/N)$$

$$P_{ei} = \left(\frac{1}{J}\right)^J$$

Donde:

N: Número total de ítems del instrumento de recolección de datos

Sxi: Sumatoria de los puntajes asignados por cada juez J a cada uno de los ítems i

Pei: Probabilidad del error por cada ítem (probabilidad de concordancia aleatoria entre jueces)

J: Número de jueces o expertos

#### Baremo de CVC

Menos de 0,4	Validez y concordancia inaceptable
Igual o mayor a 0,61 y menor o igual a 0,7	Validez y concordancia deficiente
Igual o mayor a 0,71 y menor o igual a 0,8	Validez y concordancia aceptable
Igual o mayor a 0,81 y menor o igual a 0,9	Validez y concordancia buena
Igual o mayor a 0,91 y hasta 1	Validez y concordancia excelente

## ANEXO 5

### Confiabilidad del instrumento

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ALFA DE CRONBACH)

NÚMERO	ÍTEM 1.1	ÍTEM 1.2	ÍTEM 1.3	ÍTEM 1.4	ÍTEM 1.5	ÍTEM 2.1	ÍTEM 2.2	ÍTEM 2.3	ÍTEM 2.4	ÍTEM 2.5	ÍTEM 2.6	ÍTEM 2.7	ÍTEM 2.8	ÍTEM 3.1	ÍTEM 3.2	ÍTEM 3.3	SUMA
JUEZ N°1	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	240
JUEZ N°2	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	12	237
JUEZ N° 3	15	13	13	15	15	15	15	13	15	15	15	15	15	15	15	15	234
JUEZ N°4	14	13	14	15	15	15	13	12	14	14	15	14	15	14	14	15	226
JUEZ N° 5	15	12	12	15	15	15	15	13	15	15	15	15	15	15	15	15	232
VARIANZAS	0.16	1.440	1.360	0	0	0	0.64	1.44	0.16	0.16	0	0.16	0	0.16	0.16	1.44	7.28

K (NÚMERO DE ÍTEMS)	16
Vi (VARIANZA DE CADA ÍTEM)	7.28
Vt (VARIANZA TOTAL)	22.56
<b>VALOR FINAL DE ALFA (<math>\alpha</math>):</b>	<b>0.72245863</b>
<b>INTERPRETACIÓN DE CONFIABILIDAD:</b>	<b>BUENA</b>

Baremo de Alfa de Cronbach	
Muy baja	De 0 a 0.2
Baja	De 0.21 a 0.4
Moderada	De 0.41 a 0.6
Buena	De 0.61 a 0.8
Alta	De 0.81 a 1

ANEXO 6 Constancias de evaluación de ficha de recolección de datos, por método de juicio de expertos

"Referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021-2022."

N° de Ítem	Dimensiones	Pertinencia (1)					Relevancia (2)					Claridad (3)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>1</b>	<b>Características sociodemográficas de pacientes referidas</b>															
1.1	Edad (años)					✓					✓					✓
1.2	Edad gestacional (semanas).				✓					✓						✓
1.3	Paridad (Nulípara, primípara, multípara, gran multípara).				✓					✓						✓
1.4	Grado de instrucción (Sin nivel, primaria, conviviente, casada, divorciada, viuda)					✓					✓					✓
1.5	Estado civil (Soltera, casada, divorciada, viuda).					✓					✓					✓
<b>2</b>	<b>Referencia de las emergencias obstétricas</b>															
2.1	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia: Amenaza de aborto, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, otros.					✓					✓					✓
2.2	Red de salud origen de la referencia: Bonilla, Bepeca, Ventanilla.					✓					✓					✓
2.3	Resultado de prueba para SARS – COV -2: Positivo, negativo				✓					✓						✓
2.4	¿La referencia fue coordinada?: Sí, no					✓					✓					✓
2.5	Personal que coordina la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.					✓					✓					✓
2.6	Personal que acompaña la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.					✓					✓					✓
2.7	¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?: Sí, no, no especificado.					✓					✓					✓
2.8	¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?: Sí, no					✓					✓					✓
<b>3</b>	<b>Contrarreferencia de las emergencias obstétricas</b>															
3.1	¿Estuvo llenada la hoja de contrarreferencia, al momento del alta médica? Sí, no					✓					✓					✓
3.2	¿Existe la hoja de contrarreferencia con indicaciones para continuar su tratamiento? Sí, no					✓					✓					✓
3.3	La contrarreferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido): Si, no					✓					✓					✓

1. Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Cada ítem será evaluado bajo la siguiente puntuación:

- 1: Inaceptable
- 2: Deficiente
- 3: Regular
- 4: Bueno
- 5: Excelente

Observaciones y sugerencias: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombres del juez validador: Barayama Jelado Ana Isabel

DNI: 46703284

... de Julio de 2023.

  
Firma y sello del experto informante



Firma y sello del experto informante

REFERENCIAS Y  
UNIPREFERENCIA

"Referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021-2022."

N° de ítem	Dimensiones	Pertinencia (1)					Relevancia (2)					Claridad (3)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>1</b>	<b>Características sociodemográficas de pacientes referidas</b>															
1.1	Edad (años)					✓					✓					✓
1.2	Edad gestacional (semanas).				✓					✓						✓
1.3	Paridad (Nulípara, primípara, multipara, gran multipara).				✓					✓						✓
1.4	Grado de instrucción (Sin nivel, primaria, conviviente, casada, divorciada, viuda)					✓					✓					✓
1.5	Estado civil (Soltera, casada, divorciada, viuda).					✓					✓					✓
<b>2</b>	<b>Referencia de las emergencias obstétricas</b>															
2.1	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia: Amenaza de aborto, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, otros.					✓					✓					✓
2.2	Red de salud origen de la referencia: Bonilla, Bepeca, Ventanilla.					✓					✓					✓
2.3	Resultado de prueba para SARS – COV -2: Positivo, negativo				✓					✓						✓
2.4	¿La referencia fue coordinada?: Sí, no					✓					✓					✓
2.5	Personal que coordina la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.					✓					✓					✓
2.6	Personal que acompaña la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.					✓					✓					✓
2.7	¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?: Sí, no, no especificado.					✓					✓					✓
2.8	¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?: Sí, no					✓					✓					✓
<b>3</b>	<b>Contrareferencia de las emergencias obstétricas</b>															
3.1	¿Estuvo llenada la hoja de contrareferencia, al momento del alta médica? Sí, no					✓					✓					✓
3.2	¿Existe la hoja de contrareferencia con indicaciones para continuar su tratamiento? Sí, no					✓					✓					✓
3.3	La contrareferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido): Sí, no					✓					✓					✓

1. Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Cada ítem será evaluado bajo la siguiente puntuación:

- 1: Inaceptable
- 2: Deficiente
- 3: Regular
- 4: Bueno
- 5: Excelente

Observaciones y sugerencias: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombres del juez validador: María Gabriela Pimentel Ferrández

DNI: 71956135

26 de Julio de 2023.

  
Médica Especialista Obstetra  
OBSTETRA  
COP 30757

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del experto informante



REFERENCIAS Y  
CONTRAREFERENCIA

"Referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021-2022."

N° de Ítem	Dimensiones	Pertinencia (1)					Relevancia (2)					Claridad (3)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>1</b>	<b>Características sociodemográficas de pacientes referidas</b>															
1.1	Edad (años)				✓											✓
1.2	Edad gestacional (semanas).				✓											✓
1.3	Paridad (Nulípara, primípara, multipara, gran multipara).				✓											✓
1.4	Grado de instrucción (Sin nivel, primaria, conviviente, casada, divorciada, viuda)				✓											✓
1.5	Estado civil (Soltera, casada, divorciada, viuda).				✓											✓
<b>2</b>	<b>Referencia de las emergencias obstétricas</b>															
2.1	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia: Amenaza de aborto, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, otros.				✓						✓					✓
2.2	Red de salud origen de la referencia: Bonilla, Bepeca, Ventanilla.				✓						✓					✓
2.3	Resultado de prueba para SARS – COV -2: Positivo, negativo				✓						✓					✓
2.4	¿La referencia fue coordinada?: Sí, no				✓						✓					✓
2.5	Personal que coordina la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.				✓						✓					✓
2.6	Personal que acompaña la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.				✓						✓					✓
2.7	¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?: Sí, no, no especificado.				✓						✓					✓
2.8	¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?: Sí, no				✓						✓					✓
<b>3</b>	<b>Contrarreferencia de las emergencias obstétricas</b>															
3.1	¿Estuvo llenada la hoja de contrarreferencia, al momento del alta médica? Sí, no				✓						✓					✓
3.2	¿Existe la hoja de contrarreferencia con indicaciones para continuar su tratamiento? Sí, no				✓						✓					✓
3.3	La contrarreferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido): Si, no				✓						✓					✓

1. Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Cada ítem será evaluado bajo la siguiente puntuación:

- 1: Inaceptable
- 2: Deficiente
- 3: Regular
- 4: Bueno
- 5: Excelente

Observaciones y sugerencias: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombres del juez validador: MANRIQUE MARTINEZ ELIZABETH LILIANA

DNI: 46491643

28 de JULIO de 2023.

  
Elizabeth L. Manrique Martinez  
OBSTETRA  
COP 33113

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del experto informante



“Referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021-2022.”

N° de Ítem	Dimensiones	Pertinencia (1)					Relevancia (2)					Claridad (3)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Características sociodemográficas de pacientes referidas															
1.1	Edad (años)					X					X					✓
1.2	Edad gestacional (semanas).					X				X						X
1.3	Paridad (Nulípara, primípara, multipara, gran multipara).					X				X						X
1.4	Grado de instrucción (Sin nivel, primaria, conviviente, casada, divorciada, viuda)					X				X						X
1.5	Estado civil (Soltera, casada, divorciada, viuda).					X				X						X
2	Referencia de las emergencias obstétricas															
2.1	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia: Amenaza de aborto, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, otros.					X				X						X
2.2	Red de salud origen de la referencia: Bonilla, Bepeca, Ventanilla.					X				X						X
2.3	Resultado de prueba para SARS – COV -2: Positivo, negativo					X				X						X
2.4	¿La referencia fue coordinada?: Sí, no					X				X						X
2.5	Personal que coordina la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.					X				X						X
2.6	Personal que acompaña la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.					✓				X						X
2.7	¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?: Sí, no, no especificado.					X				X						X
2.8	¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?: Sí, no					X				X						X
3	Contrarreferencia de las emergencias obstétricas															
3.1	¿Estuvo llenada la hoja de contrarreferencia, al momento del alta médica? Sí, no					X				X						X
3.2	¿Existe la hoja de contrarreferencia con indicaciones para continuar su tratamiento? Sí, no					X				X						X
3.3	La contrarreferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido): Sí, no				X					X				X		

1. Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Cada ítem será evaluado bajo la siguiente puntuación:

- 1: Inaceptable
- 2: Deficiente
- 3: Regular
- 4: Bueno
- 5: Excelente

Observaciones y sugerencias: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombres del juez validador: Mendoza Torre Lorena Rolio

DNI: 43086874

26 de Julio de 2023.

  
-----  
Lic. Lorena R. Mendoza Torre  
OBSTETRICIA  
COP N° 28817  
-----

Firma y sello del experto informante



REFERENCIAS Y  
CONTRAREFERENCIAS

"Referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021-2022."

N° de Ítem	Dimensiones	Pertinencia (1)					Relevancia (2)					Claridad (3)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>1</b>	<b>Características sociodemográficas de pacientes referidas</b>															
1.1	Edad (años)					✓					✓					✓
1.2	Edad gestacional (semanas).				✓						✓					✓
1.3	Paridad (Nulípara, primípara, múltipara, gran múltipara).					✓					✓					✓
1.4	Grado de instrucción (Sin nivel, primaria, conviviente, casada, divorciada, viuda)					✓					✓					✓
1.5	Estado civil (Soltera, casada, divorciada, viuda).*					✓					✓					✓
<b>2</b>	<b>Referencia de las emergencias obstétricas</b>															
2.1	Diagnósticos obstétricos que motivaron la referencia: Amenaza de aborto, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, otros.					✓					✓					✓
2.2	Red de salud origen de la referencia: Bonilla, Bepeca, Ventanilla.				✓						✓					✓
2.3	Resultado de prueba para SARS – COV -2: Positivo, negativo				✓						✓					✓
2.4	¿La referencia fue coordinada?: Sí, no					✓					✓					✓
2.5	Personal que coordina la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.					✓					✓					✓
2.6	Personal que acompaña la referencia: Médico, obstetra, licenciada en enfermería, técnico en salud, otros.					✓					✓					✓
2.7	¿La paciente llegó al HNDAC con su formato de referencia?: Sí, no, no especificado.					✓					✓					✓
2.8	¿La coordinación con el establecimiento de salud de destino tuvo dificultades para su aceptación?: Sí, no					✓					✓					✓
<b>3</b>	<b>Contrarreferencia de las emergencias obstétricas</b>															
3.1	¿Estuvo llenada la hoja de contrarreferencia, al momento del alta médica? Sí, no					✓					✓					✓
3.2	¿Existe la hoja de contrarreferencia con indicaciones para continuar su tratamiento? Sí, no				✓						✓					✓
3.3	La contrarreferencia fue oportuna (7 primeros días de emitido): Sí, no					✓					✓					✓

1. Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Cada ítem será evaluado bajo la siguiente puntuación:

- 1: Inaceptable
- 2: Deficiente
- 3: Regular
- 4: Bueno
- 5: Excelente

Observaciones y sugerencias: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombres del juez validador: Yessenia Yulissa Mancique Pacheco

DNI: 4553742

26 de Julio de 2023.

  
Yessenia Mancique Pacheco  
OBSTETRA  
COP-34877

Firma y sello del experto informante



## ANEXO 7: Aprobación del comité de ética



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN  
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



### CONSTANCIA DE APROBACION N° 035-2023-CEI-HNDAC

A : BACH. GLADYS MARGOT LEON VILLANUEVA  
Investigadora Principal

CENTRO DE INVESTIGACIÓN - HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

N° MIEMBROS DEL QUÓRUM: 12 / SUSCRITO AL INS: CEI-HNDAC- Registro N°001

LISTADO DE MIEMBROS QUE PARTICIPARON EN LA DECISIÓN Y DECLARACIÓN EXPLÍCITA DE AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERESES

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGOS	CONFLICTO DE INTERESES
1. DR. CÉSAR BONILLA ASALDE	Presidente del CEI	Ninguno
2. MG. LEONOR ANGELICA RIVERA CHAVEZ	Secretaría Técnica	Ninguno
3. DRA. ELIZABETH SONIA CHERO BALLÓN DE A.	Miembro Titular Interno	Ninguno
4. DRA. CLAUDIA MILAGROS ARISPE ALBURQUEQUE	Miembro Titular Externo	Ninguno
5. MG. CARLOS ALEXANDER ALVA DIAZ	Miembro Titular Interno	Ninguno
6. DRA. ROXANA OBANDO ZEGARRA	Miembro Titular Interno	Ninguno
7. ABG. ROSA NELIDA ALAGON OROS	Miembro Titular Interno	Ninguno
8. SRA. MERY BERTILA PAUCARCAJA VALVERDE	Miembro Titular Externo (comunidad)	Ninguno
9. DRA. RUTH AMERICA ALIAGA SANCHEZ	Miembro Alterno Interno	Ninguno
10. DRA. JUANA CECILIA MATUMAY AGAPITO	Miembro Alterno Interno	Ninguno
11. ESP. ISABEL ANGELICA PINEDO TORRES	Miembro Alterno Interno	Ninguno
12. SR. MELECIO MAYTA CCOTA	Miembro Alterno Externo (comunidad)	Ninguno



C. BONILLA A.

FECHA DE REUNIÓN O SESIÓN : 28/08/2023

EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACION (CEI) ADSCRITO A LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HNDAC, DEJA CONSTANCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:

"REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, 2021-2022"

Se otorga la presente CONSTANCIA DE APROBACION por revisión expedita, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos en nuestro Reglamento y Manual de Procedimientos. La versión aprobada se encuentra en nuestros archivos el cual se ejecutará y estará bajo la responsabilidad del autor.

La aprobación tendrá VIGENCIA de 12 (doce meses) contados desde la fecha de autorización por la Dirección General para la ejecución del proyecto.

El presente PROTOCOLO solo podrá iniciarse en el Centro de Investigación del HNDAC, bajo la conducción de la investigadora principal GLADYS MARGOT LEON VILLANUEVA, después de obtenerse la aprobación por el Comité de Ética en Investigación.

"Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño"

Av. Guardia Chalaca N° 2176 - Callao 02 - Lima - Perú / Teléfono: 614-7474 Anexos 3303 - 3312  
Email: [cei.hndac@gmail.com](mailto:cei.hndac@gmail.com) / [oadi@hndac.gob.pe](mailto:oadi@hndac.gob.pe)



Anexo 8: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

 **GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**  
**HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN**  
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



Callao, 17 AGO 2023

**OFICIO N° 2831 -2023-HNDAC-C-DG/OADI/CEI**

Bach.  
**GLADYS MARGOT LEON VILLANUEVA**  
Investigadora Principal  
Presente. -

Asunto : Autorización para Ejecución de Proyecto de Investigación  
Referencia : MEMORANDUM N° 074-2023-CEI-HNDAC  
CARTA N° 437-2023-DFCS-UPNW - Reg. HR-012390  
Título : "REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, 2021-2022"

Estimada:

Es grato dirigirme a usted saludándole cordialmente y en atención a los documentos de la referencia, mediante el cual solicita la aprobación del proyecto de investigación denominado:

**"REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, 2021-2022"**

En vista que la investigadora cumplió con la entrega de la documentación requerida de acuerdo a los estándares considerados en el MAPRO del CEI-HNDAC, y no habiéndose encontrado objeciones fueron evaluados y aprobados en revisión expedita.

En tal sentido, la Dirección General contando con la opinión técnica favorable del CEI adscrito a la OADI, da la **AUTORIZACIÓN** para la ejecución del Proyecto de Investigación en nuestra Institución. La aprobación tendrá vigencia de **12 (doce meses)** contados desde la fecha de la presente autorización.

Sin otro particular, hago llegar a usted las muestras de mi especial consideración y aprecio personal.

Atentamente,

 **GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**  
**HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION**  
**OFICINA DE ESTADÍSTICA**  
28 AGO 2023  
Hors: *[Signature]* Folio: *[Signature]*  
Firma: *[Signature]*

 **GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**  
**HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION**  
**Dra. ELENA DEL ROSARIO FIGUEROA COZ**  
Directora General  
C.M.P. 22493 R.N.E. 12837

*Gladys Leon Villanueva*  
25493443  
18.8.23.

EFC/JAB/K/EXBA/maz  
Cc: OADI, CEI, Archivo

"Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño"  
Av. Guardia Chalaca N° 2176 - Callao 02 - Lima - Perú Teléfono: 614-7474 Anexos 3303 - 3312  
Email: [cei.hndac@gmail.com](mailto:cei.hndac@gmail.com) / [oadi@hndec.gob.pe](mailto:oadi@hndec.gob.pe)

## Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin

Reporte de similitud		
<b>● 15% de similitud general</b>		
Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:		
<ul style="list-style-type: none"><li>• 14% Base de datos de Internet</li><li>• Base de datos de Crossref</li><li>• 4% Base de datos de trabajos entregados</li><li>• 3% Base de datos de publicaciones</li><li>• Base de datos de contenido publicado de Crossref</li></ul>		
FUENTES PRINCIPALES		
Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.		
1	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	2%
2	<b>hdl.handle.net</b> Internet	2%
3	<b>apirepositorio.unh.edu.pe</b> Internet	1%
4	<b>1library.co</b> Internet	<1%
5	<b>vdocuments.mx</b> Internet	<1%
6	<b>uwiener on 2023-03-29</b> Submitted works	<1%
7	<b>scribd.com</b> Internet	<1%
8	<b>es.slideshare.net</b> Internet	<1%