

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CAUSAS DE REFERENCIAS OBSTETRICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
PUBLICA, DIAGNOSTICO Y RESOLUCION.**

**GABRIEL ROGELIO LÓPEZ MEDINA**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en  
Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en  
Ginecología y Obstetricia  
Enero 2017**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.078.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Gabriel Rogelio López Medina

Carné Universitario No.: 199810648


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas, con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS: **CAUSAS DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN**

Que fue asesorado: Dra. Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez MSc.

Y revisado por: Dra. Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez MSc.


Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2017**.

Guatemala, 16 de noviembre de 2016

  
Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado

  
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

Cuilapa, Santa Rosa 28 de septiembre de 2016

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz  
Coordinador General  
Escuela de Estudios de Post-Grados  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Guatemala, Ciudad

Respetable Dr. Ruiz:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **Gabriel Rogelio López Medinacarné 199810648**, de la carrera de Maestría en Ginecología y Obstetricia, la cual se titula "CAUSAS DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN".

Luego de la asesoría, hago constar que el doctor **Gabriel Rogelio López Medina**, ha concluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudio de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

*Dra. Sofia Vela Q.*  
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
COL. 13.314

**Dra. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñonez MSc.**  
Asesor de Tesis



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

Cuilapa, Santa Rosa 28 de septiembre de 2016

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz  
Coordinador General  
Escuela de Estudios de Post-Grados  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Guatemala, Ciudad

Respetable Dr. Ruiz:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **Gabriel Rogelio López Medinacarné 199810648**, de la carrera de Maestría en Ginecología y Obstetricia, la cual se titula "CAUSAS DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN".

Luego de la revisión, hago constar que el doctor **Gabriel Rogelio López Medina**, ha concluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudio de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

*Dra. Sofia Vela Q.*  
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
COL. 13,314

**Dra. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñonez MSc.**  
Revisor de Tesis

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS:** al creador de la sabiduría, con su guía, su fortaleza culmino este triunfo.

**A LA VIRGEN DE GUADALUPE:** Por su guía e intercesión y cobijo en tiempos difíciles durante mi caminar.

**A MIS PADRES:** Juan y María del Carmen, Por su tolerancia, paciencia, sus oraciones y sus consejos que me permiten llegar a este momento.

**A MIS HERMANOS Y HERMANAS:** Francisco, Petronila, Eduardo, Maribel, Juan y Diego por su apoyo moral y cariño.

**A MI ESPOSA E HIJO:** Paula Jeannette y Juan Diego, por su amor, tolerancia, paciencia y mi fuente de inspiración.

**A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:** Por su amistad y cariño

**A MIS MAESTROS:** Dra. Vela, Dra. Carolina, Dra. Marisol, Dr. Carlos, Dr. Quintanilla, Por su paciencia y enseñanzas.

**A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS:** Hospital Regional de Cuilapa, por ser mi alma mater.

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>PAGINAS</b>
I. INTRODUCCIÓN -----	01
II. ANTECEDENTES -----	02
III. OBJETIVOS-----	18
IV. MATERIAL Y METODOLOGIA -----	19
V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS -----	21
VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS -----	28
6.1 CONCLUSIONES -----	30
6.2 RECOMENDACIONES -----	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	34
VIII. ANEXOS -----	40

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

### PAGINAS

I.	TABLA Y GRAFICA 1 -----	21
II.	TABLA Y GRAFICA 2 -----	22
III.	TABLA Y GRAFICA 3 -----	23
IV.	TABLA Y GRAFICA 4 -----	24
V.	GRAFICA           5 -----	25
VI.	TABLA Y GRAFICA 6 -----	26
VII.	GRAFICA           7 -----	27

## RESUMEN

Las principales emergencias obstétricas pueden ser: las hemorragias del embarazo, parto, puerperio, los estados hipertensivos y las infecciones obstétricas graves que son las principales causa de mortalidad materna.

**Objetivos:** Causas de referencias obstétricas de los servicios de salud pública, diagnóstico y resolución en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa.

**Material y Métodos:** Estudio con diseño descriptivo, prospectivo transversal, la población a estudio fueron mujeres embarazadas de 12 a 45 años de edad, que son referidas, de algún servicio de salud como: puesto de salud, centro de salud, centro de atención permanente, centro de atención maternoinfantil y otros hospitales, que se presentaron en el Hospital Regional de Cuilapa, la información fue recopilada, a través de una ficha de recolección de datos, hojas de referencias de los servicios de salud y hoja de atención, luego fue analizada y procesada electrónicamente.

**Resultados:** Durante el periodo de los meses de julio a diciembre del 2014, se presentaron 230 referencias, los resultados fueron así: la morbilidad de mayor referencia fue: el embarazo a término en 18.70%, que contrasta con las principales emergencias obstétricas. El grupo etario de 25- 39 años de edad, fue de mayor incidencia en 34.78%. El servicio de salud que hace mayor uso de las referencias fue: el Centro de Atención Permanente en un 40%, el área geográfica de mayor referencia es el Municipio de Nueva Santa Rosa, con 21.30%, seguido por el Departamento de Jutiapa en 16.52%. Del total de las referencias 73.91%, fueron hospitalizadas, el tratamiento recibido son: parto eutócico simple 48.26%, medico asistencial 29.13%, cesárea 17.83%, y las referencias recibidas el 71.74%, no fueron justificadas, tan solo el 28.26%, lo fueron.

**Conclusiones:** La falta de conocimiento sobre las principales emergencias obstétricas por parte del personal de los servicios de salud pública, los niveles de atención de salud, el buen uso de las referencias, repercuten en el servicio de atención en el tercer nivel.



## I. INTRODUCCION

Un aspecto clave durante la emergencia, contingencia y desastre, es determinar el o los mecanismos de comunicación, que permite al momento de identificar una urgencia, el traslado y referencia oportuna, para la cual debe tener el mapeo actualizado de la red de servicios de salud y capacidad resolutive del área. Generalmente, los países diseñan la organización de la oferta de servicios con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención, mejorando la organización de la atención según niveles de complejidad. (1,2)

Un sistema de referencia y contrarreferencia constituye una herramienta que pone a disposición a los trabajadores de salud, criterios y procedimientos homogéneos que permiten precisamente canalizar la demanda por servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención. (3,4)

En septiembre de 2000, los jefes de Estado y el Gobierno de 189 países. Incluida Guatemala, adquirieron en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, el compromiso de construir un mundo diferente para el año de 2015, mediante el cumplimiento de los objetivos del Desarrollo del Milenio. El objetivo 5 que hace mención sobre mejorar la salud materna. La mortalidad materna representa un buen indicador de la calidad asistencial y es uno de los indicadores que mejor definen las diferencias socioeconómicas entre países. Las causas de mortalidad materna en Guatemala en orden de frecuencia: hemorragia, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones y abortos en condiciones de riesgo, según datos del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Guatemala ocupa el cuarto lugar en América Latina y el primer lugar a nivel Centro América en mortalidad materna, para ello debe de evaluar la atención de las principales emergencias obstétricas, según la publicación científica CLAP/SMR No.1594. Por ende es importante investigar las causas de referencias obstétricas de los servicios de Salud Pública que se presentaron en la emergencia de Ginecología y Obstetricia, diagnóstico y resolución del Hospital Regional de Cuilapa. (5,6,10,12,13,14,15).

Para este estudio se utilizó un diseño de investigación descriptivo prospectivo transversal, la población a estudio fueron mujeres embarazadas de 10 a 49 años de edad, que son referidas, de algún servicio de salud pública como: puesto de salud, centro de salud, centro de atención permanente, centro de atención materno infantil y otros hospitales, que se presentaron en el Hospital Regional de Cuilapa, la información fue recopilada, a través de una ficha de recolección de datos, luego fue analizada y procesada electrónicamente.

## **II. ANTECEDENTES.**

### **Contextualización Del Área De Estudio**

#### **Generalidades del Departamento de Cuilapa Santa.**

El Departamento de Santa Rosa, se encuentra en la región sudeste de la ciudad de Guatemala, su cabecera departamental es Cuilapa, conocido como el ombligo de América, por encontrarse en el centro del continente, los primeros habitantes de la región en la época prehispánica fueron los Xincas, colinda al norte con los departamentos de Guatemala y Jalapa, al sur con el océano pacífico, al Este con el departamento de Jutiapa y al Oeste con el departamento de Escuintla su ubicación geográfica es variada con alturas que oscilan de 214 y 1330 MSNM, con un clima variada desde clima templada en las zonas montañosas y cálido en la zona del pacífico, con una extensión territorial de 365 kilómetros cuadrados. Esta ciudad fue fundada oficialmente según decreto del 8 de mayo de 1,852, su fiesta titular es el 24 y 25 de diciembre en honor al niño Dios, conformado con 14 municipios los cuales son: Cuilapa, Barberena, Casillas, Chiquimulilla, Guazacapán, Nueva Santa Rosa, Oratorio, Pueblo Nuevo Viñas, San Juan Tecuaco, San Rafael las Flores, Santa Cruz Naranjo, Santa María Ixhuatán, Santa Rosa de Lima, Taxisco, cuenta con ríos, lagunas y el canal de Chiquimulilla que presta numerosos servicios a los habitantes, su población es de aproximadamente 332,724 personas. (16, 17,18, 39).

#### **Objetivos Del Milenio**

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas son ocho objetivos. En septiembre de 2000, los jefes de Estado y de Gobierno de 189 países, incluida Guatemala, adquirieron en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, el compromiso de construir un mundo diferente para el 2015, mediante el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM-. Los dirigentes mundiales deciden a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer.

Uno de los objetivos del milenio en su numeral 5 menciona: “mejorar la salud materna”, la meta para este objetivo es reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas

partes, los indicadores para monitorearla son: la tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos y el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado. (5,6)

Todos los países miembros, se comprometieron a elaborar informes para medir el avance hacia el cumplimiento de los ODM (Objetivos del desarrollo del Milenio). (7)

## **Niveles De Atención De Salud En Guatemala**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por Ley es la autoridad rectora de la prestación de servicios de salud en el país. Tiene dentro de su red en el primero, segundo y tercer nivel con 1,492 servicios de salud.

A fin de hacer buen uso de esta red de servicios, maximizando tanto su eficiencia como la equidad en el acceso a la salud, resulta crucial asegurar una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención.

### **Primer Nivel:**

Primer nivel de atención están realizando, principalmente, una acción curativa, sin embargo su actividad principal debiera ser de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, al primer nivel corresponden el 74% de los servicios, equivalente a 1,101 servicios divididos en: puestos de salud, puestos de salud fortalecidos con fin de semana. Adicionalmente en el primer nivel de atención el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social financia el funcionamiento de 415 jurisdicciones que realizan sus actividades en 4,618 centros de convergencia. Estos utilizan infraestructura no perteneciente al MSPAS, y en su mayoría no cuentan con los servicios mínimos que permiten proveer una atención digna a las personas.

### **Segundo Nivel:**

El segundo nivel cuenta con servicios de encamamiento. Sin embargo, en la actualidad únicamente se cuenta con 1,200 camas, principalmente para la atención del parto.

Al segundo nivel corresponde el 23% de los servicios, en un total de 346, divididos en: centros de atención permanente, centros de salud, centros de atención al paciente

ambulatorio, centros de atención integral materno-infantil, centros de urgencias médicas, maternidades cantonales, clínicas periféricas y servicios especializados.

### **Tercer Nivel:**

El tercer nivel representa el 3% de los servicios con un total 45 hospitales, distribuidos de la siguiente manera: 13 hospitales distritales, 10 hospitales departamentales, 13 hospitales regionales y 9 hospitales de referencia nacional o de especialidades; en hospitales suman 7,718 camas. (1, 19, 20,21).

### **Sistema De Referencia Y Contra Referencia en el Servicio de Salud**

Un aspecto clave durante la emergencia, contingencia y desastre, es determinar el o los mecanismos de comunicación, que permitan al momento de identificar una urgencia, el traslado y referencia oportuna, para la cual debe tener el mapeo actualizado de la red de servicios de salud y capacidad resolutive del área de influencia y de otras instituciones de apoyo a las acciones de salud.

Un sistema de referencia y contrarreferencia (SRC) constituye una herramienta que pone a disposición de los trabajadores de salud criterios y procedimientos homogéneos que permiten precisamente canalizar la demanda por servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención.

Un sistema de referencia y contrarreferencia es una herramienta central a fin de lograr una integración vertical del sistema de salud y mejorar así su desempeño global. En primer lugar, un sistema de referencia y contrarreferencia promueve la eficiencia en el sector de salud; tanto la eficiencia productiva como la eficiencia económica. A fin de hacer buen uso de los recursos de un sistema de salud, es importante velar porque los problemas de salud se atiendan en el nivel que corresponde a su complejidad. En segundo lugar, un SRC promueve la equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios de salud. Si el SRC no existiese o no funcionase bien, la utilización de los recursos del segundo y tercer nivel de atención para resolver problemas sencillos, impediría una atención oportuna de casos complejos y originaría listas de espera, corrupción, insatisfacción de usuarios y mayores costos al sistema (sobre todo en los hospitales especializados).

Las principales motivaciones de las autoridades de salud para promover la aplicación de un SRC se basan en tres grandes ámbitos de preocupación: garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; controlar los costos y el uso de recursos escasos; así como asegurar la satisfacción tanto de los pacientes como de los proveedores.

### **Propósito De Referencia Y Contrarreferencia**



### **Protocolos De Atención Para Cada Nivel**

Los protocolos de atención determinan el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes de laboratorio y el diagnóstico por imágenes necesario con relación a la patología y de acuerdo al nivel correspondiente. Los protocolos de atención establecen, a la vez, procedimientos y tratamientos homogéneos con el fin de garantizar una calidad similar en la producción de servicios.

### **Formularios De Referencias Y Contrarreferencias**

Una referencia a otro nivel de atención, este acto debe ser acompañado con la debida documentación del caso a fin de facilitar su tratamiento posterior. De tal manera, resulta importante dejar constancia de todo lo que se hizo en el establecimiento que recibió al paciente en primera instancia, incluyendo datos sobre su persona, el diagnóstico y

tratamiento ordenado. En el lugar de referencia, esta información se debe complementar con datos acerca de los exámenes y diagnósticos por imagen, igual que con las recomendaciones de tratamiento. (1, 2, 3, 4,19).

## **Definiciones.**

### **Mortalidad Materna**

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), muerte materna es la muerte de una mujer durante su embarazo o en los 42 días posteriores a la finalización del mismo, sin importar la duración y sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada, agravada por el mismo o su manejo, pero no causas accidentales o incidentales. La muerte materna es un evento que puede prevenirse, mediante a una vigilancia en salud pública, su ocurrencia afecta la integridad del núcleo familiar y por consecuencia la estructura social en general. La mortalidad materna tiene implicaciones en la esfera social, económica y sanitaria. Guatemala ha asumido el compromiso de reducir la mortalidad materna, el cual está basado en el convenio del milenio ratificado en el año 2000. (9)

Para el año 2000, según el estudio de línea basal de mortalidad materna, Guatemala presentaba una razón de mortalidad materna de 153 x 100,000 nacidos vivos, el perfil de la mujer que fallecía por estas causas era el de la mujer indígena, de área rural, pobre y sin educación, las causas biológicas por las que fallecía eran hemorragia, infección, hipertensión y aborto en el 96% de los casos.

Según información del SIGSA, el Centro Nacional de Epidemiología -CNE- y el Programa Nacional de Salud Reproductiva, se han reportado 383 muertes de mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio durante el año 2011. Los departamentos de Alta Verapaz (53 muertes), Huehuetenango (52 muertes), Quiché (42 muertes) y San Marcos (34 muertes) son los que más casos reportan. Estos departamentos aglutinan al 65% de los casos. Al realizar la distribución por grupos de edad se establece que las mujeres de 40 a 44 años de edad presentan la tasa más alta (622 x 100,000 n.v.); seguida del grupo de 35-39 años (341 x 100,000n.v.)

Las causas principales de la mortalidad materna son hemorragias (40%), trastornos hipertensivos en el embarazo (26%) y sepsis (11%). (10,)

Según datos del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Guatemala ocupa el cuarto lugar en América Latina como uno de los países con las más elevadas tasas de mortalidad materna con un registro de 153 mujeres fallecidas por causa relacionadas con el embarazo o parto y a nivel Centro América, Guatemala es el país con mayor índice de mortalidad materna (120x1000); seguido de Honduras y Nicaragua, con 100 y 95 x cada 1000 niños nacidos vivos. A nivel mundial, Guatemala se compara con países como África y Asia que a nivel mundial cuentan con los mayores índices de mortalidad materna. (13,14).

En México para el periodo de 2003 a 2007, la secretaría de salud informa una morbilidad hospitalaria de 3.75% para los trastornos hipertensivos del embarazo en su conjunto, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el cual atiende alrededor de 40% de los nacimientos hospitalarios del país y da una cobertura a cerca de 40 millones de personas, que durante el periodo de 2000 a 2003 tuvo una morbilidad hospitalaria de 2.9% por padecimiento mencionado.

La organización Mundial de salud (OMS) informa que en los países de Latinoamérica y el caribe, la enfermedad hipertensiva constituye la primera causa de muerte materna y es responsable de 25.7% con variaciones que oscilan de 7.9 a 52.4% de estas defunciones en los últimos años. En México el sistema de salud nacional detecto para el año 2005 con una mortalidad de 25.5% de enfermedad hipertensiva durante el embarazo y hemorragia obstétrica de 24.2%. En el mismo año, fue responsable de 32.1% de las muertes maternas ocurridas en el IMSS. (22, 23,24).

### **Complicaciones Obstétricas (Tesis)**

Según la tesis de graduación de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el título de "factores clínicos y epidemiológicos asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, con un estudio analítico observacional que incluyo 35 pacientes con sus resultados de: los datos representan en el 4.5% del total de pacientes admitidos. Con una significancia estadística entre hipertensión arterial ( $p=0.0069$ ) y eclampsia; entre hipertensión arterial ( $p=0.0001$ ), hemorragia ( $p= 0.0001$ ) y shock hemorrágico obstétrico; entre sepsis ( $p=0.0286$ ) y shock séptico. Significancia estadística entre la paridad

( $p=0.0005$ ). No haber llevado control prenatal ( $p=0.0228$ ) con eclampsia; entre muerte materna ( $p=0.0353$ ) y shock cardiogénico. Se determinó que el principal factor clínico de pacientes con complicaciones obstétricas fue la hipertensión arterial. De los factores epidemiológicos de pacientes con complicaciones obstétricas, 37.14% llevó control prenatal en instituciones de primer nivel y 14.29% 3er nivel de salud. La prevalencia de las complicaciones obstétricas se dio por eclampsia (28.57%). Por cada 100,000 nacidos vivos mueren 71 pacientes por complicaciones obstétricas, durante el embarazo, parto y puerperio que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva. Conclusiones: Existe asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas, con una significancia estadística entre hipertensión arterial, no llevar control prenatal y ser primigesta para eclampsia. (25,26).

### **Impacto De La Mortalidad Materna**

El impacto sobre la mortalidad materna, tienen la planificación familiar, el control prenatal, la atención del parto por personal calificado y el tratamiento en servicios de emergencias obstétricas se encontró que el acceso a los servicios de emergencias obstétricas y a los servicios con atención segura del aborto, se asociaron significativamente con menor mortalidad materna, aún por encima de la disponibilidad de control prenatal y la buena atención del parto. (14)

### **Muerte Materna Directa.**

Muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

### **Muerte Materna Indirecta.**

Son aquellas que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravada por los efectos fisiológicos del mismo.



### **Muerte Materna Prevenible**

Son aquellas muertes que sucedieron debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención hospitalaria, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención.

### **Muerte Materna Potencialmente Prevenible**

Son aquellas muertes que presentaron una patología grave en las que se hizo un diagnóstico y un tratamiento adecuado tardío.

### **Muerte Materna No Prevenible**

Son aquellas muertes que sucedieron a pesar de un diagnóstico y tratamiento adecuado. (9, 19, 20,21).

### **Código Rojo**

Es un manual para el manejo de la hemorragia obstétrica. Según la organización mundial de salud (OMS), aproximadamente el 15% de las embarazadas pueden experimentar un alto riesgo de complicaciones del embarazo o del parto y éstas pueden ser lo suficientemente graves como para amenazar la vida.

La hemorragia obstétrica y sus complicaciones constituyen la primera causa de mortalidad materna en nuestro país y en un número considerable de casos es origen de secuelas orgánicas irreversibles. Es fundamental la comprensión de la magnitud del problema y establecer una metodología que establezca una conducta estándar en: 1. La identificación de factores de riesgo en todos los casos que sea posible. 2. El reconocimiento precoz de la hemorragia establecida y 3. La aplicación de un protocolo para el tratamiento de la misma.

## **Hemorragia Obstétrica**

Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse en el embarazo o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o el exterior (a través de los genitales externos).

### **Hemorragia Obstétrica Masiva**

A la pérdida de todo el volumen sanguínea en un período de 24 horas o una pérdida sanguínea que requiera la transfusión de más 10 unidades de sangre en un periodo de 24 horas. También se define como la pérdida de más 50% del volumen sanguínea en un período de 3 horas o una pérdida de más de 150 ml/min por 20 minutos. En esta situación es necesario a la transfusión masiva (TM) de componentes de la sangre en cantidades equiparables de los 3 hemocomponentes, en proporciones 1:1:1 de las células empacadas/plasma fresco/plaquetas. En la hemorragia masiva se presenta la triada letal (hipotermia, acidosis y coagulopatía) de forma más rápida, por lo que la meta es tratar a la paciente de forma agresiva y precoz con hemocomponentes a fin de evitar la exanguinación y la coagulopatía.

### **Factores De Riesgo**

Conociendo que el 66% de los casos no tienen factores de riesgos identificables para la hemorragia obstétrica, podemos afirmar que la hemorragia podría ocurrir en cualquier mujer en cualquier momento, sin embargo en el 33% de pacientes en donde se intervienen los factores de riesgo para hemorragia periparto es importante identificarlos para clasificarlos desde el ingreso hospitalario o cuando se detecta la paciente como mujer con riesgo de sangrar, con el objetivo que el equipo que brindara atención a la paciente que esté preparado para el manejo adecuado de esta emergencia obstétrica y con ello evitar el retraso en el diagnóstico, la referencia oportuna(según el nivel de resolución) y la aplicación del tratamiento adecuado.

### **Complicaciones De La Hemorragia Obstétrica**

Las dos complicaciones de la hemorragia obstétrica son:

1. Choque hipovolémico
2. Coagulación intravascular diseminada (CID).(28,29,30)

**Principales Emergencias Obstétricas (Publicación Científica Clap/Smr No. 1594)  
Centro Latinoamericano De Perinatología, Salud De La Mujer Y Reproductivo.**

**Atención De Las Principales Emergencia Obstétricas**

Las emergencia obstétricas pueden ser: infecciones obstétricas graves, las hemorragias del embarazo, parto y puerperio, las complicaciones graves de los estados hipertensivos del embarazo y a la asistencia en caso de paro cardiorrespiratorio en la embarazada.

Las principales causas de mortalidad materna, en el entendido que el correcto diagnóstico y manejo de las mismas puede evitar la muerte de la mujer gestante.

La razón de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de vida y asistencia sanitaria de una población y la casi totalidad de las mismas ocurre en países en vías de desarrollo (99%). La falta de educación, alimentación adecuada, soporte social y asistencia sanitaria se asocian fuertemente con la mortalidad materna, siendo un indicador de inequidad entre los ricos y los pobres. Así mismo, la mortalidad materna, evidencia las desigualdades de género, tanto en el acceso a la educación, la nutrición y la asistencia sanitaria. Esta situación evidencia el carácter prevenible de la muerte materna y la importancia de establecer acciones extrasectoriales que mejoren condiciones de vida e intrasectoriales que garanticen la calidad y el acceso a la asistencia sanitaria a toda la población. La muerte materna es una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida.

La mortalidad materna, en muchos países, se encuentra subestimada. Las razones de esta situación son múltiples y van desde la existencia de nacimientos en domicilio sin una adecuada asistencia sanitaria y cementerios clandestinos, hasta la falta de capacitación del personal de salud para reconocer y proceder al tratamiento de estos casos.

Se debe destacar que la muerte materna, a su vez, se relaciona con graves consecuencias para la familia y la comunidad. Se asocia con abandono infantil, desnutrición, violencia y falta de desarrollo social familiar y comunitario lo que conlleva a altos costos sanitarios y sociales, siendo una grave amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país. (15)

## **Hemorragia Postparto.**

### **Definición:**

Cualquier pérdida de sangre que tenga el potencial de producir o que produzca inestabilidad hemodinámica. El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. La importancia de un volumen determinado de pérdida de sangre varía según sea el nivel de hemoglobina de la mujer. Una mujer con un nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica.

La HPP (hemorragia postparto) es la principal causa de mortalidad materna directa a nivel mundial y es responsable del 25 al 30% de las muertes maternas. El tiempo desde el inicio de la HPP hasta el deceso en general es corto.

Es responsable del 22 al 55% de los casos de morbilidad materna extrema con incremento en la tasa de histerectomía, falla renal, sepsis y admisión a UCI.

### **Etiología**

#### **Causas Uterinas**

Son el 80% de las causas de hemorragia postparto: atonía, retención de fragmentos placentarios o de la placenta completa (placenta succenturiata, placenta acreta), ruptura e inversión uterinas.

#### **Causas No Uterinas**

Son lesiones del tracto genital inferior (desgarros, episiotomía), hematomas, coagulopatias (embolia de líquido amniótico, DPPNI, muerte fetal HIE, causas congénita, o adquirida, trombocitopenia, auto inmune, anti coagulación o pérdida masiva de sangre).

### **Clasificación**

#### **Temprana**

Dentro de los primeros minutos hasta las primeras 24 horas postparto.

## **Tardío**

Después de las 24 horas y hasta 6 semanas postparto.

### **Factores De Riesgo:**

#### **1) Atonía Uterina**

Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía), gran multiparidad, corioamnionitis, trabajo de parto precipitado o prolongado, (sulfato de magnesio, anestésicos halogenados).

#### **2) Retención De Restos Placentarios O Placenta Completa.**

Se presentan en los pacientes con antecedentes de cesárea, legrado uterino, fibromatosis uterina, adherencia anormal de la placenta, lóbulo placentario aberrante, mal alumbramiento.

#### **3) Ruptura Uterina**

Embarazo múltiple, presentación anormal, multiparidad (20 veces más frecuente), mal uso de oxitócicos y cicatriz uterina (cesáreas o miomectomías). Es la presencia de cualquier desgarró, fracción o solución de continuidad supra cervical en el útero.

### **Eminencia De Ruptura Uterina**

- **SIGNO DE BANDL** (Anillo de contracción patológica que se visualiza en el abdomen).
- **SHOEDER-FROMMEL** (Ligamentos redondos tensos y dolorosos)
- **PINARD** (Edema vulvar)
- **SIGNO DE CHIARI** (hemorragia vaginal)
- **SIGNOS DE SHOCK**
- **SFA** o muerte fetal, difícil palpación del feto vía abdominal.
- Hemorragia obscura y escasa.

La ruptura uterina provoca una hemorragia interna, anemia aguda, signos de shock hipovolémico, dolor agudo, cese de contracciones en forma repentina, presentación móvil, feto muerto, feto en abdomen feto no palpable por vía vaginal, palpación directa de la ruptura uterina, signo de Clark (crepitación al palpar el abdomen por hemorragia en cavidad abdominal), presencia de asas intestinales en conducto vaginal, útero lateralizado, tenesmo urinario.

### **Complicaciones**

- Shock Hipovolémico, lesión de la vagina, vejiga o recto, Peritonitis, Shock Séptico, CID, Muerte Fetal y/o materna.

### **4) Inversión Uterina.**

Tracción violenta del cordón o no hacer contra-tracción.

Es la introducción espontánea o provocada del fondo uterino dentro de la cavidad uterina con posibilidad de protruir por el cérvix y la vulva, invirtiéndose anatómicamente.

En ocasiones, el tercer estadio del parto se complica con la expulsión parcial de la placenta, seguida de un shock materno de rápida evolución; hechos que caracterizan a la inversión uterina. Suele producirse hipotensión antes de que se presente una pérdida sanguínea significativa. El obstetra no experimentado puede confundir la inversión uterina con una placenta parcialmente separada o con un mioma parido. La corrección de la inversión uterina debe realizarse de inmediato, al pasar el tiempo, el anillo de constricción alrededor del útero se torna más rígido y el útero aumenta de volumen con más sangre. No se debe administrar medicamentos de oxitócicos antes de corregir la inversión.

### **Clasificación:**

**Aguda:** Durante el puerperio inmediato. Puede o no tener anillo de contracción cervical.

**Subaguda:** > 24 hrs. Y menor de 4 semanas postparto, generalmente tiene anillo de contracción cervical.

**Crónica:** 4 semanas postparto, tiene contracción cervical, dependiendo del grado de inversión del útero puede dividirse en:

GRADO I: Incompleta. El cuerpo se invierte hasta cérvix sin protruir por él.

GRADO II: El cuerpo protruye por el cérvix sin llegar a la vulva.

GRADO III: completa. El cuerpo protruye por la vulva.

GRADO IV: Prolapso total. Cuando la vagina se invierte con el útero.

## 5) Rasgaduras

Las rasgaduras en vagina o cuello cervical: en partos precipitados, macrosomias fetales y uso de fórceps. (20, 27, 28,29, 30, 31, 32).

## Preeclampsia

La preeclampsia es una forma de hipertensión exclusiva de la gestación humana. La incidencia varía entre el 3% y el 7% en nulíparas, y entre 0.8% y 5% en multíparas. La incidencia está significativamente elevada en mujeres con gestaciones gemelares, en las que, tanto las tasas como la severidad, son mayores que en las gestaciones simples.

## Definiciones

### Colegio Americano De Obstetras Y Ginecólogos (ACOG).

Según el ACOG, el diagnóstico de hipertensión en el embarazo debe hacerse por la presencia de los siguientes criterios:

1	Aumento de la presión arterial sistólica en 30 mmHg o mayor.
2	Aumento de la presión arterial diastólica en 15 mmHg o mayor.
3	Presión arterial sistólica de 140 mmHg o superior
4	Presión arterial diastólica de 90 mmHg o superior.

Estas alteraciones de la presión arterial deben registrarse en dos tomas distintas con seis horas o más de diferencia.

La hipertensión durante la gestación puede clasificarse en los siguientes grupos:

1. Preeclampsia y Eclampsia
2. Hipertensión arterial crónica
3. Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreagregada.
4. Hipertensión Gestacional.

Las definiciones del ACOG para cada uno de estos tipos de hipertensión son las siguientes.

### **Preeclampsia**

Hipertensión asociada a proteinuria mayor de 0.3 g/l en la orina de 24 horas o mayor de 1g/l en una muestra aislada, después de las 20 semanas en una mujer previamente normotensa.

### **Eclampsia**

Aparición de convulsiones en una paciente con preeclampsia, en ausencia de otras causas de convulsiones

### **Hipertensión crónica**

Descrita como la hipertensión arterial preexistente al embarazo, o que es diagnosticada en las primeras 20 semanas de gestación con una presión arterial de 140/90 mmHg o mayor. Además se considera en aquella que persiste con hipertensión arterial después de las 12 semanas posparto.

### **Hipertensión Arterial Crónica Con Preeclampsia Sobreagregada.**

Aparición de preeclampsia o eclampsia en mujeres con hipertensión crónica. Para hacer este diagnóstico, se requiere registrar un aumento de 30 mmHg o mayor en la presión diastólica, asociado a proteinuria edema generalizado o ambas cosas.



## **Hipertensión Gestacional**

Entendida como la presencia de hipertensión arterial después de la semana 20 del embarazo o en las primeras 24 horas posparto, sin proteinuria ni otros signos de preeclampsia en una paciente previamente normotensa, cuya tensión se normaliza en los primeros 10 días de posparto. (15,33, 34, 35, 36 y 37).

## **Personal De Atención Sanitaria En El Manejo De Emergencias Obstétricas**

Los conceptos modernos de seguridad y calidad de la atención de gestantes de alto riesgo, el uso de procesos estandarizados, listas de chequeos, entrenamiento en trabajo en equipo y escenarios de simulación en obstetricia son estrategias de mejoramiento en el manejo de las emergencias obstétricas, porque ofrecen la oportunidad de identificar áreas que deben ser mejoradas y permite la educación médica continua de alta calidad en situaciones catastróficas que no son comunes en las salas de partos.

Médicos, parteras profesionales o enfermeras deben tener adecuado entrenamiento en la atención del parto o embarazo no complicado y en la identificación, manejo y referencia de las complicaciones maternas. (38).

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Determinar las causas de las referencias obstétricas de los servicios de salud pública, a la emergencia de ginecología y obstetricia, diagnóstico y resolución en el Hospital Regional de Cuilapa.

#### **3.2 Objetivos Específicos.**

- 3.2.1** Establecer el grupo etario de las referencias obstétricas, de los servicios de salud pública.
- 3.2.2** Determinar la morbilidad de mayor incidencia de las referencias obstétricas.
- 3.2.3** Identificar el área geográfica, que hacen mayor uso, de las referencias obstétricas de los servicios de salud pública.
- 3.2.4** Identificar el tipo servicio de salud pública, con mayor incidencia de las referencias y la justificación de las mismas.
- 3.2.5** Establecer la incidencia de ingresos hospitalarios y el tratamiento recibidos de las referencias obstétricas.

## **IV. MATERIAL Y METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo De Investigación**

Estudio descriptivo prospectivo transversal realizado en la unidad de emergencia de ginecología y obstetricia en los meses de junio a diciembre de 2014.

### **4.2 Población**

Pacientes con referencias obstétricas, de los servicios de Salud Pública, atendidas en la emergencia, comprendidas entre las edades de 10 a 49 años de edad, durante 2014.

### **4.3 Criterios De Inclusión**

Mujer embarazada de 10 a 49 años edad

Mujer embarazada referida con diagnóstico clínico

Mujer embarazada con hoja de referencia de los servicios de salud pública.

### **4.4 Criterio De Exclusión**

Mujer embarazada sin hoja de referencias

Mujer embarazada menor de 10 años de edad

Mujer embarazada mayor de 49 años de edad

Mujer embarazada sin hoja de atención

### **4.5 Técnicas de Recopilación**

Hoja de atención

Ficha de recolección de datos

Hojas de referencia de los servicios de salud pública.

#### 4.6 Procesamiento Y Análisis De Datos

Se realizó una codificación para poder ser analizada electrónicamente en una base de datos, programa de Excel.

#### 4.7 Alcances Y Límites De La Investigación

##### Alcance

La información que se recopiló fue útil para la tabulación de datos y los resultados para toma de decisiones en el mejoramiento del servicio de salud materna, utilizando los métodos de recopilación de datos, hoja atención, ficha de recolección de datos, hojas de referencias. Los límites con la falta de colaboración de los compañeros residente en el llenado de la ficha de recolección de datos.

#### 4.8 Técnicas De Recolección De Información

##### 4.8.1 Fuentes Primarias

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. MSPAS
- Ficha de recolección de datos

##### 4.8.2 Fuentes Secundarias

- Libros
- Tesis
- Sitios Web
- Internet
- Artículos

#### 4.9 Recursos

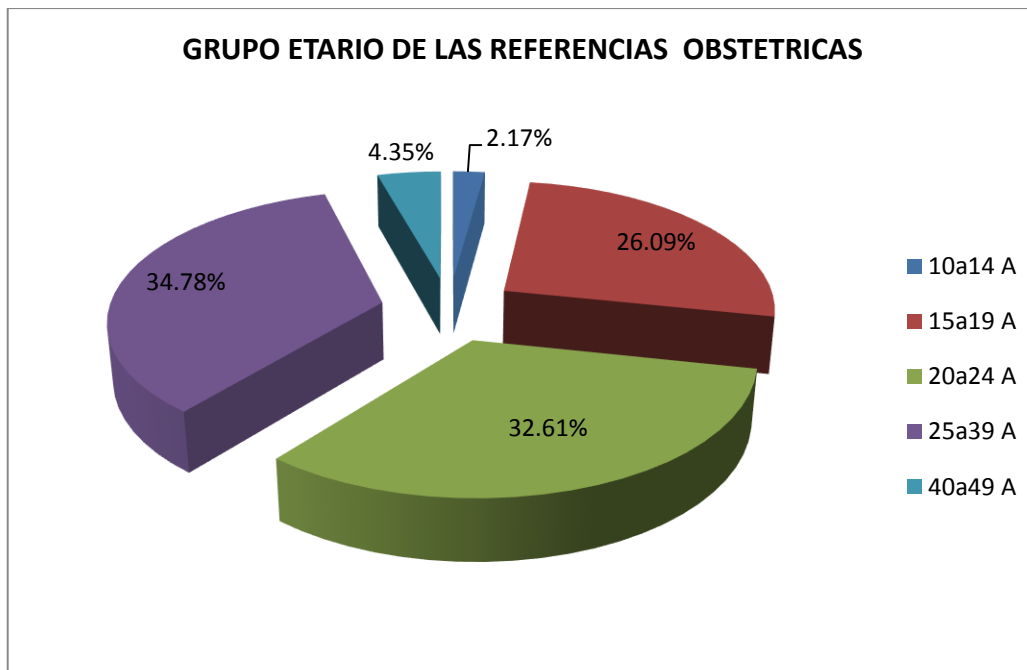
##### Materiales y Económicos

Computadora, impresora e internet	Q 1,500.00
Fotocopias	Q 400.00
Útiles de oficina	Q 500.00
Impresión de tesis	Q 1,500.00
Total	Q 3,900.00

## V. RESULTADOS

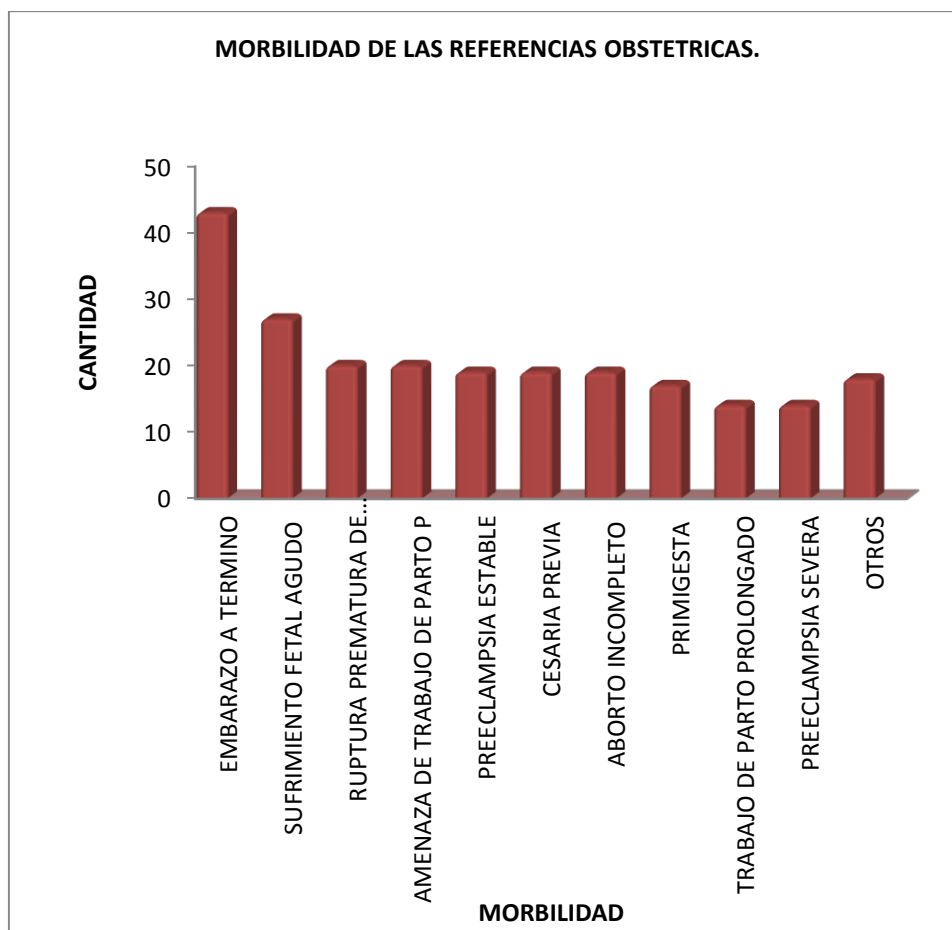
### GRUPO ETARIO DE LAS REFERENCIAS OBSTETRICAS.

NO.	GRUPO ETARIO	TOTAL	%
1	10a14 A	5	2.17%
2	15a19 A	60	26.09%
3	20a24 A	75	32.61%
4	25a39 A	80	34.78%
5	40a49 A	10	4.35%
	TOTAL	230	100.00%



## MORBILIDAD DE LAS REFERENCIAS OBSTETRICAS

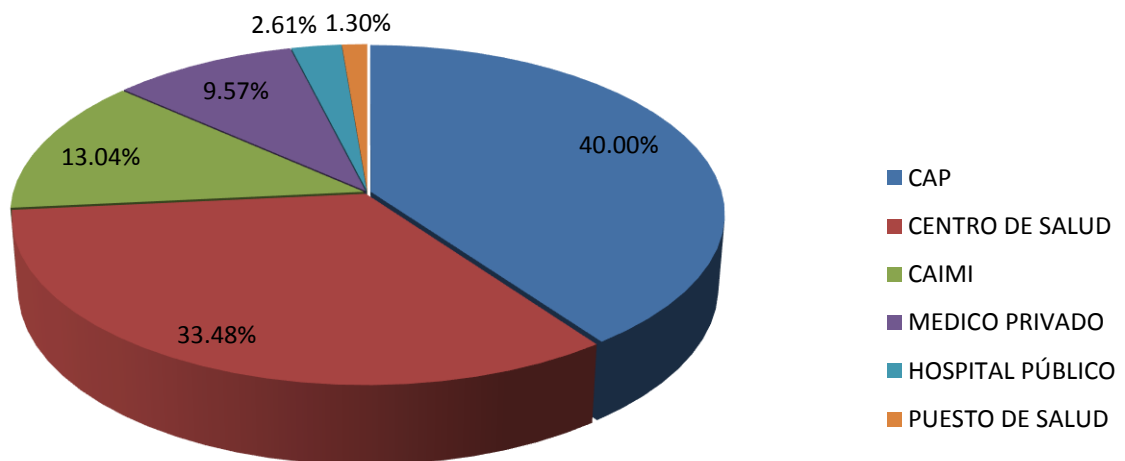
N.	MORBILIDAD	TOTAL	%
1	EMBARAZO A TERMINO	43	18.70%
2	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	27	11.74%
3	RUPTURA PREMATURA DE EMBRANA	20	8.70%
4	AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO P	20	8.70%
5	PREECLAMPSIA ESTABLE	19	8.26%
6	CESARIA PREVIA	19	8.26%
7	ABORTO INCOMPLETO	19	8.26%
8	PRIMIGESTA	17	7.39%
9	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	14	6.09%
10	PREECLAMPSIA SEVERA	14	6.09%
11	OTROS	18	7.83%
	TOTAL	230	100.00%



**SERVICIO DE SALUD PÚBLICA QUE HACE MÁS USO DE LAS REFERENCIAS OBSTETRICAS.**

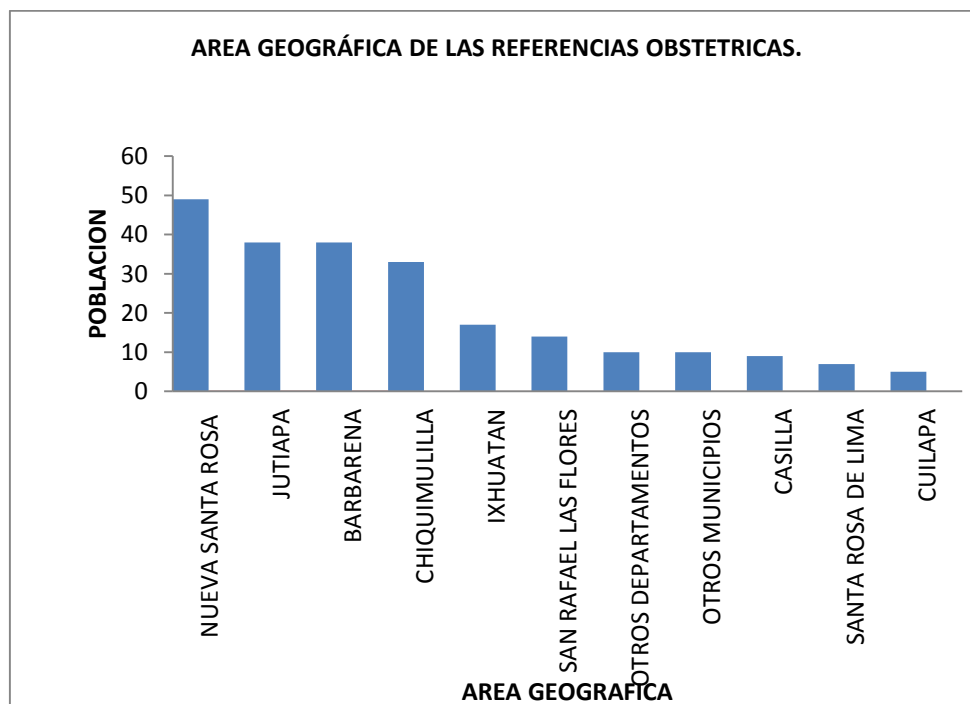
N.	SERVICIO DE SALUD PUBLICA Y PRIVADA	TOTAL	%
1	CAP	92	40.00%
2	CENTRO DE SALUD	77	33.48%
3	CAIMI	30	13.04%
4	MEDICO PRIVADO	22	9.57%
5	HOSPITAL PÚBLICO	6	2.61%
6	PUESTO DE SALUD	3	1.30%
	TOTAL	230	100.00%

**SERVICIO DE SALUD PUBLICA QUE HACE MAS USO DE LAS REFERENCIAS OBSTETRICAS.**



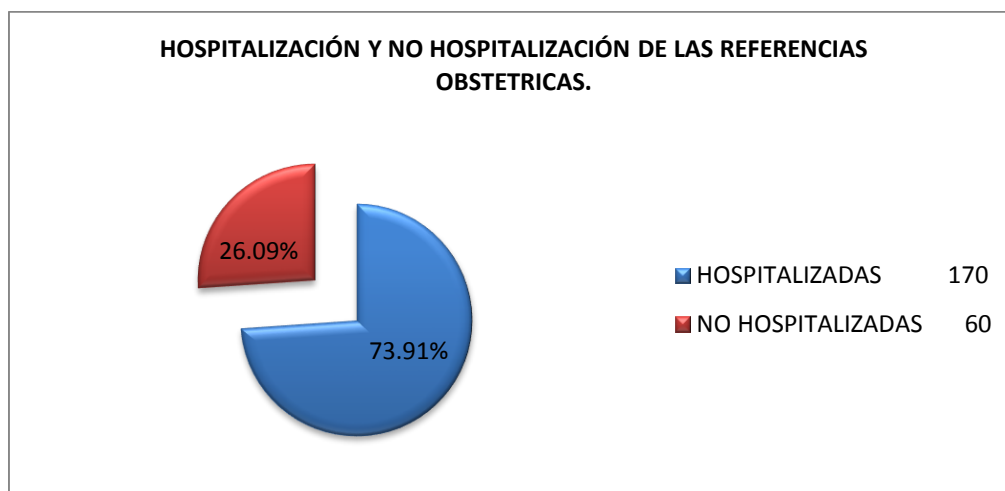
## AREA GEOGRAFICA DE LAS REFERENCIAS OBSTETRICAS

N.	AREA GEOGRAFICA	TOTAL	%
1	NUEVA SANTA ROSA	49	21.30%
2	JUTIAPA	38	16.52%
3	BARBARENA	38	16.52%
4	CHIQUMULLA	33	14.35%
5	IXHUATAN	17	7.39%
6	SAN RAFAEL LAS FLORES	14	6.09%
7	OTROS DEPARTAMENTOS	10	4.35%
8	OTROS MUNICIPIOS	10	4.35%
9	CASILLA	9	3.91%
10	SANTA ROSA DE LIMA	7	3.04%
11	CUILAPA	5	2.17%
	TOTAL	230	100.00%



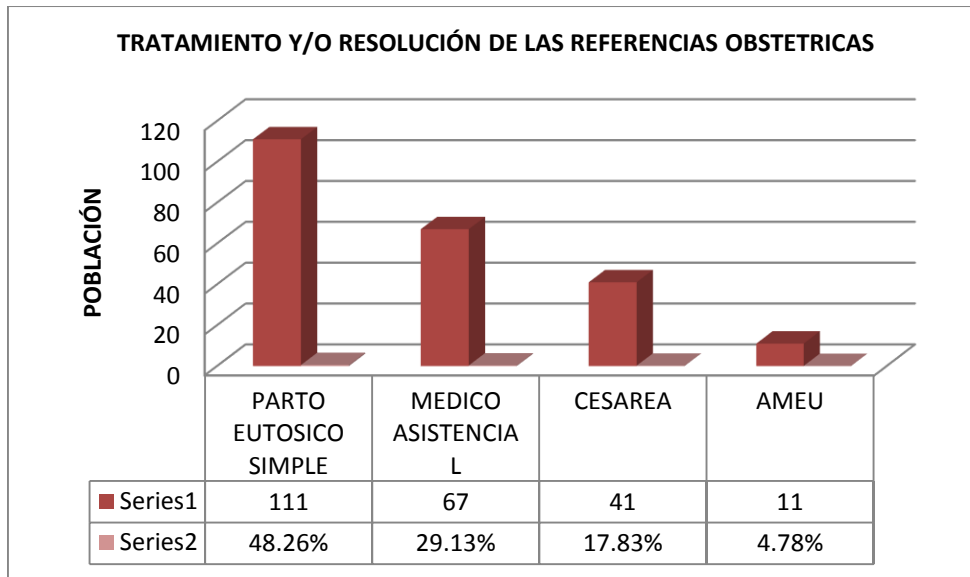


HOSPITALIZACIÓN Y NO HOSPITALIZACIÓN DE LAS REFERENCIAS OBSTETRICAS.

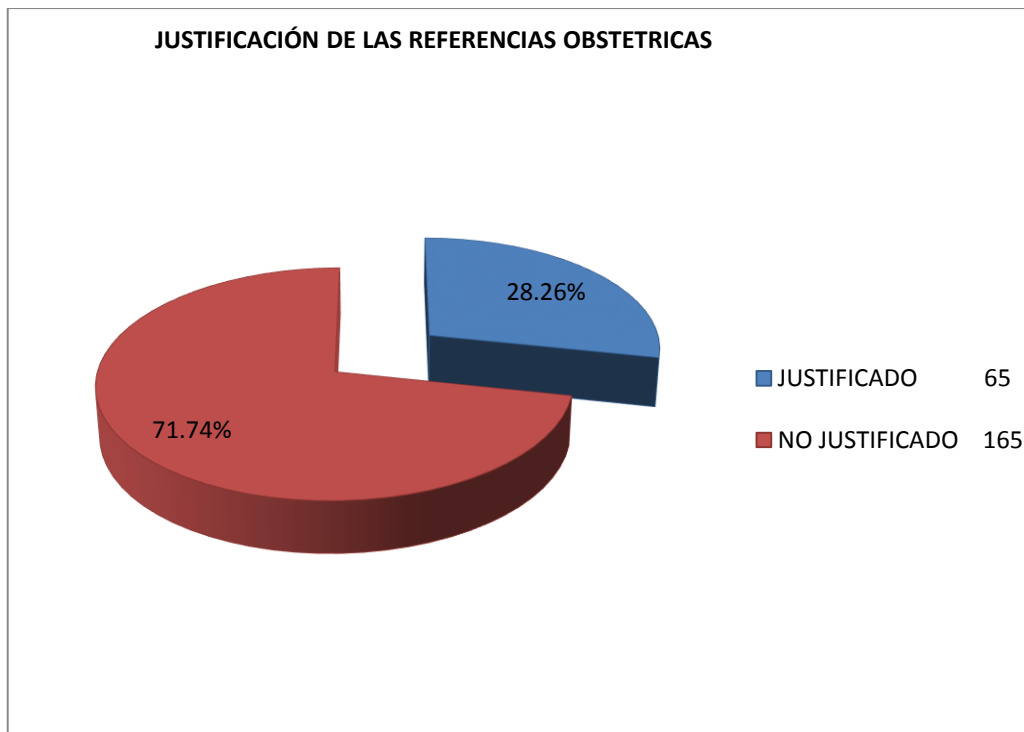


## TRATAMIENTO Y/O RESOLUCIÓN RECIBIDAS DE LAS REFERENCIAS OBSTETRICAS

N.	TRATAMIENTO RECIBIDAS	TOTAL	%
1	PARTO EUTOSICO SIMPLE	111	48.26%
2	MEDICO ASISTENCIAL	67	29.13%
3	CESAREA	41	17.83%
4	AMEU	11	4.78%
	TOTAL	230	100.00%



## JUSTIFICACIÓN DE LAS REFERENCIAS OBSTETRICAS



## VI. DISCUSION Y ANALISIS

Durante los meses de julio a diciembre del 2014, se presentaron un total de 230 casos de referencias obstétricas a la emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, el grupo etario de las referencias predominan las edades de 25 a 39 años en un 34.78%, seguido de las edades de 20 a 24 años en 32.61% y las edades de 15 a 19 años un 26.09%, de tal forma que los grupos etarios mencionados representan las mujeres de edad fértil, vulnerables a emergencias obstétricas ya que el 66% de los embarazos no tienen factores identificables para hemorragia obstétrica. Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de América Latina.

La morbilidad de las referencias obstétricas fue por: embarazo a término, con un 18.70%, seguido por sufrimiento fetal agudo en 11.74% y ruptura prematura de membranas en un 8.70%, se puede observar que las causas de referencias de los servicios de salud pública recibidas en la emergencia de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, no coinciden con la publicación científica CLAP/SMR No 1594, avalado por la OPS. Los conceptos modernos de seguridad y calidad de atención de gestantes de alto riesgo, el uso de procesos estandarizados, listado de chequeos, entrenamiento constante, trabajo en equipo, escenarios de simulación en obstetricia son estrategias de mejoramiento en el manejo de las emergencias obstétricas, dirigidos a todo el personal sanitario, principalmente médicos para evitar el congestionamiento de los servicios de hospital del tercer nivel de atención.

Se determinó que las referencias obstétricas, realizados por los servicios de salud pública, como: Centro de Atención Permanente, un 40%, seguido por los Centro de Salud por un 33.48%, Centro de Atención Integral Materno Infantil el 13.04%. Llama la atención que los servicios de segundo nivel de atención, principalmente el CAIMI que tienen capacidad resolutiva ya que cuentan con médicos especialistas como: ginecoobstetricia, pediatría, anestesia, son los que hacen mayor uso de las referencias, considerando que la morbilidad de mayor referencia es el embarazo a término representado por un 18.70%.

También el presente estudio demostró que el área geográfica de las referencias es el Municipio de Nueva Santa Rosa en 21.30%, seguido por el Departamento de Jutiapa en 16.52%, razón puede ser, por la capacidad resolutiva del hospital, por la confianza de la

población según entrevista verbal realizada a las familias, se pudo demostrar que otros hospitales departamentales realizaron referencias obstétricas como: hospital de Chiquimula, Jalapa, Baja Verapaz en 4.35% de los casos, esto se debe a que el hospital Regional de Cuilapa, es considerado como hospital de referencia del área oriental del país.

Del total de las referencias obstétricas un 73.91% fueron hospitalizados, los cuales se les ofreció un tratamiento médico de hospitalización, un 26.09% de las referencias no fueron hospitalizados, se les dio un tratamiento médico ambulatorio. Las pacientes hospitalizadas contrastando con la justificación de las referencias en un 28.26%. La mayoría de las pacientes fueron ingresadas ya que en el examen físico se les diagnosticó trabajo de parto activo, embarazo a término sin trabajo de parto inicial, pero fueron ingresadas por el temor de las demandas médicas, la insistencia de las pacientes, la paciente vive lejos de un servicio de salud, aunado que en el hospital no existe un sistema de contrarreferencia.

En cuanto al tratamiento y/o resolución de las referencias un 48.26% fue por parto eutócico simple, un 29.13% médico asistencial ambulatorio, el 17.83% se les practicó cesárea transperitoneal, las indicaciones de las cesáreas en su mayoría por presentar cesárea previa. En el estudio se demostró que la morbilidad de mayor referencia fue por embarazo a término, con tratamiento recibido parto eutócico simple en un servicio de salud del tercer nivel.

Y por último el 71.74% de las referencias obstétricas no fueron justificadas, tan solo un 28.26% son justificadas, según instrumento de recolección de datos. La razón de la no justificación de las referencias fue: el diagnóstico de la referencia no eran acorde al cuadro clínico de la paciente al momento del examen físico, las referencias recibidas muchos no tienen un formato adecuado, paciente no es evaluado por medio, ya que no tiene sello médico responsable de la referencia, por ende un sistema de referencia y contrarreferencia debe promover la eficiencia en el sector salud, tanto la eficiencia productiva, como la eficiencia económica, además promover la equidad vertical y horizontal en el acceso a los servicios, no existiese o no funcionase bien un sistema de referencia y contrarreferencia, la utilización de los recursos económicos del segundo y tercer nivel de atención para resolver problemas sencillos, impediría una atención oportuna de casos complejos y origina lista de espera, corrupción, insatisfacción de usuarias, mayores costos al sistema. Todo lo mencionado contribuye a referencias no justificadas.

## 6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** La principal causa de referencia, de las diez primeras morbilidades de los servicios de salud pública, fue embarazo a término en un 18.70%, seguido por sufrimiento fetal agudo en un 11.74% y en tercer lugar por ruptura prematura de membrana en 8.70%.
- 6.1.2** El grupo etario de mayor incidencia de las referencias obstétricas oscila entre 25- 39 años de edad, representando un 34.78%, de los servicios de salud pública que se presentaron en la emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa.
- 6.1.3** El servicio de salud pública, con mayor uso de las referencias obstétricas, corresponden a los Centro de Atención Permanente con un 40%, seguido por Centro de Salud en un 33.48% y al Centro de Atención Materno Infantil el 13.04%.
- 6.1.4** El Municipio de Nueva Santa Rosa, es el que más referencias obstétricas emiten en un 21.30%, seguido por el Departamento de Jutiapa en 16.52%, otros Departamentos como: Jalapa, Chiquimula, Baja Verapaz en un 4.35%, ya que el Hospital Regional de Cuilapa es referente del área oriental del país.
- 6.1.5** El 73.91%, de las referencias obstétricas fueron hospitalizadas y un 26.09%, no lo fueron, contrastando con la justificación de 65 pacientes.
- 6.1.6** En cuanto a los tratamientos brindados con más frecuencia de las referencias obstétricas fue: parto eutócico simple en un 48.26%, por asistencia médica en un 29.13%, cesaría segmentaria transperitoneal un 17.83% y aspiración manual endouterina en un 4.78%.
- 6.1.7** En relación a la justificación de las referencias obstétricas 71.74% no fueron justificadas, tan solo un 28.26% lo fueron, lo que indica que deben ser capacitados el personal de salud, médicos, enfermeras, comadronas con el fin de identificar factores de riesgos o signo de peligro obstétricas y debe promoverse la eficiencia, garantizar, controlar, asegurar las referencias efectuadas.

**6.1.8** La falta de conocimiento sobre las principales emergencias obstétricas por parte de personal de los servicios de salud pública, los niveles de atención de salud, el buen uso de las referencias y contrareferencias, repercuten en la calidad de atención en el tercer nivel, indicadas por referencias no justificadas, aunado con el tratamiento por parto eutócico simple, la morbilidad por embarazo a término y la alta tasa de ingreso hospitalario de las mismas.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

### **6.2.1 AL Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)**

- 6.2.1.1** Gestionar el aumento presupuestario del Hospital Regional de Cuilapa, dando énfasis a la unidad de maternidad, aumentando el número de especialistas, en cumplimiento de los objetivos del milenio, en mejora de la salud materna ya que hay un aumento del crecimiento demográfico al mismo tiempo el aumento de las demandas de los servicios de salud materna.
  
- 6.2.1.2** Monitorizar y evaluar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Salud Reproductiva.
  
- 6.2.1.3** Promover y crear, una unidad de pacientes embarazadas de alto riesgo, en la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, para mayor control, descentralización de los servicios de obstetricia y optimizar el tratamiento médico.
  
- 6.2.1.4** Fortalecer el programa de atención a la mujer para incrementar la cobertura y mejorar la atención integral de esta población y lograr la reducción de las complicaciones obstétricas, principalmente en aquellas con factores de riesgo.
  
- 6.2.1.5** Realizar capacitaciones constantes y permanentes a todo el personal de salud del área de Santa Rosa, comadronas, sobre embarazos de alto riesgo, signos y síntomas de peligro en un embarazo, por parte del MSPAS y personal especializado para evitar referencias no justificadas.
  
- 6.2.1.6** Fortalecer el formulario de referencias y contrareferencias del área de salud de Santa Rosa, para dejar constancia de la misma, mejorar control de las referencias que realizan los Hospitales públicos, CAIMI, CAP, Centro de Salud y puesto de salud, con el propósito de garantizar, controlar, asegurar los servicios de salud de las usuarias así mismo y control epidemiológico de las referencias.



**6.2.1.7** Vigilar y controlar los servicios de salud del área de salud de Santa Rosa que promueven los niveles de atención I y II, para optimizar los recursos y evitar el congestionamiento de pacientes en la emergencia de ginecología y obstetricia.

**6.2.1.8** Promover esfuerzos mutuos, para la descentralización de los servicios de salud, conjuntamente de las autoridades sanitarias de Cuilapa con el Departamento de Jutiapa para optimizar los servicios de salud.

**6.2.1.9** Promover la asistencia médica especializada por médico ginecólogo en los CAPs, en mejora de la salud materna.

**6.2.1.10** Establecer un proceso de reingeniería en el sistema de salud, para alcanzar mejoras espectaculares en medidas de rendimiento, costos, calidad, servicio y rapidez.

## **6.2.2 A la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

**6.2.2.1** Incentivar a la población universitaria para continuar con la realización de trabajo de investigación sobre causas de referencias obstétricas, ya que no hay tesis sobre dicho tema, lo cual contribuye sobre el control, vigilancia epidemiológica de las enfermedades de mayor referencia obstétrica en Guatemala.

**6.2.2.2** Fortalecer la unidad de investigación, para que la población universitaria realicen los trabajos de investigación con equipo especializado y contribuir en la resolución de los problemas de salud en los hospitales del País.

## **6.2.3 A La Facultad De Ciencias Médicas Fase IV De La Universidad De San Carlos De Guatemala**

**6.2.3.1** Gestionar con las autoridades del Ministerio de Salud Pública y el Hospital Regional de Cuilapa, con incrementar el número de residentes de primer año de la unidad de ginecología y obstetricia ya que las demandas de servicio de salud en obstetricia siguen en aumento, de igual manera el crecimiento demográfico.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PHRplus, socios para la reforma de sector salud. Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud, agosto de 2004. Colombia.
2. Ministerio De Salud Buenos Aires, La Provincia. Proceso de Referencia y Contrarreferencia de la Región VI. [en línea]. Argentina 2011. [accesado el 27 de junio De 2016] Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/remediarmasredes/files/2012/08/El-proceso-de-Referencia-y-contrarreferencia-Doc-I.pdf>.
3. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía Para La Operación De Sistema De Referencia Y Contrarreferencia. En Los Centros De Salud De Nivel Medio Del Servicio De Salud Metropolitano Sur Oriente. Chile.
4. Martin Silberman. Optimización del Proceso de Referencia-Contraferencia entre Niveles de Atención de la Salud. [Tesis Maestría en Salud Pública]. Argentina: Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias Médicas. 2012 [accesado el 27 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>.
5. Organización de las naciones Unidas trabajando por Guatemala: objetivos de desarrollo del milenio son ocho, gobierno de Guatemala 2006 [accesado del año 2015] Disponible en: <http://www.onu.org.gt/contenido.php?ctg=1420-1340-los-8-objetivos>.
6. Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. Manual sobre los objetivos de Desarrollo del Milenio con enfoque de Derechos Humanos. [en línea]. Guatemala 2008. [accesado 28 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Guatemala/2008.pdf>.
7. Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia. Informe Final de Cumplimientos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [en línea]. Guatemala, Segeplán, 2015. [accesado el 30 de junio de 2016]. Disponible en: [http://metasdelmilenio.segeplan.gob.gt/odm/informes/ODM\\_Informe\\_final.pdf](http://metasdelmilenio.segeplan.gob.gt/odm/informes/ODM_Informe_final.pdf).

8. Organización Mundial de la Salud (OMS), Manual Seguimiento de los Servicios Obstétricos de Urgencia. [en línea]. Ginebra 2011. [accesado el 24 de junio de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44559/1/9789243547732\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44559/1/9789243547732_spa.pdf).
9. Organización Mundial de la Salud (OMS), Mortalidad Materna en 2005. [en línea]. Ginebra 2008. [accesado el 02 de julio de 2016]. Disponible: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596213/es/>.
10. Centro Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia de la Mortalidad Materna República de Guatemala. [en línea]. Guatemala 2012. [accesado el 02 de julio de 2016]. Disponible en: [http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Mortalidad\\_Materna.pdf](http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Mortalidad_Materna.pdf).
11. Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social. Estudio Nacional de Mortalidad Materna. [en línea]. Guatemala, Segeplán/MSPAS, 2011. [accesado el 24 de junio de 2016]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Estudio\\_nacional\\_de\\_mortalidad\\_materna2011%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Estudio_nacional_de_mortalidad_materna2011%20(5).pdf)
12. Procurador de los Derechos humanos, Defensoría de la Mujer. Informe sobre la mortalidad materna en Guatemala [en línea] Guatemala, 2013 [accesado el 17 de junio de 2016] Disponible en: <https://saludyepidemiologia.wordpress.com/category/uncategorized/page/3/>
13. Procurador de los Derechos Humanos. La Situación de la Mortalidad Materna en Guatemala [en línea] Guatemala, PDH, 2013, 51 pag [accesado el 17 de junio de 2016] Disponible en: <http://bd.cdmujeres.net/documentos/situacion-mortalidad-materna-guatemala-derecho-salud-mujeres>.

14. [www.pdh.org.gt](http://www.pdh.org.gt). [sede web]. Mortalidad materna, un flagelo que va en aumento. PDH, Guatemala, 2013. [accesado el 17 de junio de 2016], Disponible en: <http://www.pdh.org.gt/noticias/noticias-destacadas/item/2251-mortalidad-materna-un-flagelo-que-va-en-aumento.html#.V2R-FdLhDIU>.
15. Organización Panamericana de la Salud 2012, Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594).
16. Geografía de Guatemala-Departamento, Geografía de Santa Rosa, [en línea], publicada 07 de marzo 2004. [acceso 07 de marzo 2004], Disponible en: [http://www.deguate.com/artman/publish/geo\\_deptos/Datos\\_de\\_Santa\\_Rosa\\_390.shtml#.Vt9zrn3hDIU](http://www.deguate.com/artman/publish/geo_deptos/Datos_de_Santa_Rosa_390.shtml#.Vt9zrn3hDIU).
17. Santa Rosa, Historia [en línea] Disponible en: <http://www.deguate.com/municipios/pages/santa-rosa/cuilapa/historia.php#.V-hZmljhDIV>
18. Demografía De Santa Rosa: [en línea] [accesado 17 de junio de 2016], Disponible en: [www.deguate.com/municipios/pages/santa-rosa/Cuilapa/aspectos-demograficos.php#.V2RMzdLhDIX](http://www.deguate.com/municipios/pages/santa-rosa/Cuilapa/aspectos-demograficos.php#.V2RMzdLhDIX).
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012. Guatemala.
20. Ruth Meoño, diseño, Jaime Bram, Revisión text, Evelyn Ralda: Diagramación. Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (10 a 54 años) para la identificación de las muertes maternas, Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, impresión Serviprensa, S.A 3ª avenida 14-62, zona 1, ciudad de Guatemala, publicada en el mes de octubre de 2010.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015. Guatemala, 2010.

- 22.** Jaén, Pinilla Roland. Hemorragia Obstétrica masiva: Carlos MD, Gei Alfredo, Mejía Meliza, editores. Soporte crítico en Obstetricia. ed. Bogotá [Colombia], Distribuna editorial, 2015:pag.73-82.
- 23.** Montufar Carlos. Preeclampsia-eclampsia: Montufar Carlos MD, Gei Alfredo, Mejía Meliza, editores. Soporte crítico en Obstetricia. ed. Bogotá [Colombia], Distribuna editorial, 2015:pag.39-48.
- 24.** Velasco M Vitelio, Lezama J. Edgar. Mortalidad Materna por Preeclampsia y eclampsia en México. Enfermedades Hipertensivas del embarazo Preeclampsia. 2 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2014: p.33-40.
- 25.** Martínez Núñez VL, De Paz Morataya CE. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio. [tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2013.
- 26.** López López LF. Morbilidad extrema por hemorragia obstétrica relacionada con las cuatro demoras, Hospital Regional de Occidente 2010. [tesis de Maestría].Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, Maestría en Ciencias en Ginecología y Obstetricia; 2013.
- 27.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la Implementación De la Atención Integral Materna y Neonatal, Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención de Parto. Segunda Edición. Junio 2011.
- 28.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, " Manual de Código Rojo" Para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica, 2ed.Guatemala 2014.

29. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Manejo de la Hemorragia Postparto, Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia No.46 [en línea]. Guatemala 2013. [accesado el 24 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%2046%20HPP.pdf>.
30. Hospital Donostia Osakidetza. Manejo Multidisciplinario de la Hemorragia Obstétrica. [en línea]. San Sebastián, España 2011. [accesado el 24 de junio de 2016]. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Protocolo45HemorragiaObstetrica.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo45HemorragiaObstetrica.pdf).
31. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía del Plan de Acción para la Atención Calificada Materna y Neonatal Normal y Complicada en los Servicios Institucionales De Atención de Parto (Hospital, CAIMI, CAP y Maternidades). Guatemala, 2008.
32. Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. MSPAS-PNSR, 2008.
33. Romero Arauz Juan F, Alavez Gilberto T. Epidemiología, clasificación y factores de riesgo en preeclampsia. Enfermedades Hipertensivas del embarazo Preeclampsia. 2 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2014: p.1-13.
34. Arias M.D; Ph.D.Fernando. Preeclampsia y eclampsia: Mosby/Doyma libros. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ed. Madrid [España]; 1994: p.185-210.
35. Sibai M. Baha. Hipertensión. Gabbe, Niebyl & Simpson Obstetricia. Ed Original. Madrid [España]: marban; 2007: p.945-996.
36. ACOG, practice Bulletin number 33, Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia, Vol 99, NO.1, January 2002 Washington, DC 20090-6920.

37. The American College Of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Hypertension in Pregnancy, Información sobre la clasificación de los trastornos hipertensivos durante en el embarazo. [en línea] Washington DC 20090-6920, 2013 [accesado de 17 de junio de 2016], Disponible en: [www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy](http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy).
38. Organización Mundial de Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS Sobre la prevención y el tratamiento de la Hemorragia Postparto. [en línea]. Ginebra 2012. [accesado el 27 de junio de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120085/1/WHO\\_RHR\\_14.20\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120085/1/WHO_RHR_14.20_spa.pdf?ua=1&ua=1).
39. Demografía de Santa Rosa: [en línea] [accesado el 19 de octubre de 2016] Disponible en: <http://wikiguate.com.gt/santa-rosa/>.

## VIII. ANEXOS.

### Anexo 1

#### Conceptos y Definiciones.

**CAIMI:** Centro de Atención Integral Materno Infantil.

**CAP:** Centro de Atención Permanente.

**Código Rojo:** Es una manual que estandariza los lineamientos técnicos, normativos y clínicos para la prevención y manejo de la hemorragia obstétrica y choque hipovolémico y con ello reducir la morbi-mortalidad materna.

**Contrareferencia:** transferencia formal del proveedor de un mayor nivel de complejidad a un proveedor de menor complejidad para el seguimiento del caso, cuando ya no se requiere atención en el nivel de mayor complejidad.

**Eclampsia:** Es la aparición de convulsiones en una paciente con preeclampsia

**Hemorragia Obstétrica Masiva:** Es toda pérdida de todo volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas o una pérdida sanguínea que requiera la transfusión de más de 10 unidades de sangre en un periodo de 24 horas. O la pérdida de más de 50% del volumen sanguíneo en un periodo de 3 horas o una pérdida de más 150 ml/minuto por 20 minutos.

**Hemorragia Obstétrica:** Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo o en el puerperio, provenientes de genitales internos o externos.

**Hemorragia Posparto:** Es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que tenga el potencial de producir o que produzca inestabilidad hemodinámica o una pérdida estimada de 1000 ml o más e incluso pérdida menor, pero asociada a signos de choque.

**Hipertensión Transitoria:** Desarrollo de hipertensión durante el embarazo o en el puerperio precoz en una paciente previamente normotensa, cuya tensión se normaliza en los primeros 10 días de posparto.



**Incidencia:** (Epidemiología). Número de casos nuevos durante un periodo concreto de tiempo. La incidencia se expresa con frecuencia como proporción en la que el número de casos es el numerador y la población de riesgo el denominador.

**Morbilidad:** Frecuencia con la que se produce una enfermedad o anomalía, se calcula dividiendo el número total de personas de un grupo por el número de las afectadas por la enfermedad o anomalía.

**Mortalidad Materna:** muerte materna es la muerte de una mujer durante su embarazo o en los 42 días posteriores a la finalización del mismo, sin importar la duración el sitio del embrazo, por cualquier causa relacionada, agravada por el mismo o su manejo, pero no de causa accidentales o incidentales.

**MSPAS:** Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social.

**Muerte Materna Directa:** muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones de omisiones, de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

**Muerte Materna Indirecta:** son aquellos que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravan por los efectos fisiológicos del mismo.

**Muerte Materna Potencialmente Prevenible:** son aquellas muertes que presentaron una patología grave en las que se hizo un diagnóstico y un tratamiento adecuado tardío.

**Muerte Materna Prevenible:** son aquellas muertes que sucedieron debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención hospitalaria, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención.

**Nivel De Atención De Salud:** se refiere al nivel de atención en los cuales esta enfermedad o estado de salud debe de ser atendida.

**Objetivos Del Milenio:** Busca la mejora del bienestar humano mediante la reducción de la pobreza, del hambre y de la mortalidad infantil y materna, el acceso a la educación para todo el mundo, la gestión y control de epidemias y enfermedades, la eliminación de la

discriminación por género, el desarrollo sostenible y el establecimiento de colaboraciones a nivel global.

**OMS:** Organismo Mundial de la Salud.

**OPS:** Organismo Panamericana de la Salud.

**Preeclampsia:** Hipertensión asociada a proteinuria mayor de .3 g/l en una orina de 24 horas o mayor de 1g/l en una muestra aislada, con edema generalizada, edema generalizada después de 12 horas de reposos o aumento de peso de 2 kilogramos o más en una semana, o bien ambas cosas después de las 20 semanas de gestación.

**Referencia:** Transferencia formal mediante un instrumento uniforme y oficializado para la atención del usuario con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del proveedor a otro proveedor de un nivel de mayor complejidad.

**Anexo 2**

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.  
HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA  
EMERGENCIA DE GINECOOBSTETRICIA 2014

CAUSAS DE REFERENCIAS OBSTETRICAS DE LOS SERVICIO DE SALUD PUBLICA, DIAGNOSTICO Y RESOLUCION EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA 2014.

FECHA \_\_\_\_\_

CODIGO DE ATENCION \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

LUGAR DE REFERENCIA \_\_\_\_\_ RESIDENCIA \_\_\_\_\_

MOTIVO DE REFERENCIA \_\_\_\_\_

HOSPITAL PÚBLICO	<input type="checkbox"/>
CAP	<input type="checkbox"/>
CAIMI	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE SALUD	<input type="checkbox"/>
MEDICO PRIVADO	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTICO MÉDICO ESPECIALIZADO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE INGRESO \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO

ATENSION DE PARTO NORMAL

MEDICO ASISTENCIAL

LIU

AMEU

QUIRURGICO

CESAREA

HISTERECTOMIA

EXPLORACION ABDOMINAL

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

INGRESO

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“CAUSAS DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN”**, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.