

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONDICIONES CLÍNICAS DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS
POR PROMOTORES DE SALUD A LA EMERGENCIA DE GINECOOBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA”**

Estudio descriptivo prospectivo, 2019

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Ana Elizabeth Paredes Tot
Brenda Licet Pérez López**

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2019

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Las bachilleres:

1. ANA ELIZABETH PAREDES TOT 200310756 1583423990101
2. BRENDA LICET PÉREZ LÓPEZ 200717759 2610929011210

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**"CONDICIONES CLÍNICAS DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS
POR PROMOTORES DE SALUD A LA EMERGENCIA DE GINECOOBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA"**

Estudio descriptivo prospectivo, 2019.

Trabajo asesorado por el Dr. Carlos Castro Bámaca, co-asesor Dr. Octavio Morán Soberanis y revisado por la Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el siete de octubre del dos mil diecinueve.

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



Coordinador de Trabajos de Graduación
COORDINADOR



Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
DECANO

Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que las estudiantes:

1. ANA ELIZABETH PAREDES TOT 200310756 1583423990101
2. BRENDA LICET PÉREZ LÓPEZ 200717759 2610929011210

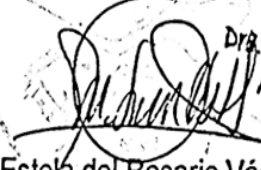
Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"CONDICIONES CLÍNICAS DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS
POR PROMOTORES DE SALUD A LA EMERGENCIA DE GINECOOBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA"**

Estudio descriptivo prospectivo, 2019

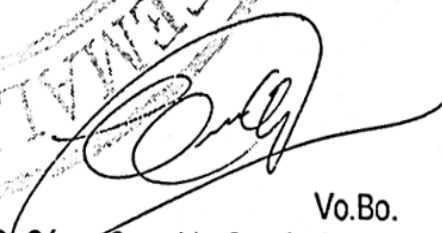
El cual ha sido revisado por la Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro, y al establecer que cumple con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los siete días de octubre del año dos mil diecinueve.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro
Profesora Revisora

Dra. María Estela Vásquez Alfaro
MÉDICA PEDIATRA
Col. 12,910

 **USAC** 
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR


César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

Vo.Bo.
César Oswaldo García García
Coordinador

Guatemala, 7 de octubre del 2019

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. ANA ELIZABETH PARÉDES TOT
2. BRENDA LICET PÉREZ LÓPEZ

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"CONDICIONES CLÍNICAS DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS
POR PROMOTORES DE SALUD A LA EMERGENCIA DE GINECOOBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA"**

Estudio descriptivo prospectivo, 2019

Del cual el asesor, co-asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Dr. Carlos Castro Bámaca

Asesor:

Co-asesor

Dr. Octavio Morán Soberani

Revisora:

Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro

Registro de personal 20100453

Dr. Carlos Francisco Castro Bámaca
Ginecología y Obstetricia
Col. 10,613

OCTAVIO A. MORAN SOBERANI
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 2222
GUATEMALA, C. A.

Dra. María Estela Vásquez Alfaro
MÉDICA PEDIATRA
Col. 12,910



USAC



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Dr. César Oswaldo García García, Coordinador

Vo.Bo.

Ana Elizabeth Paredes Tot

AGRADECIMIENTOS

DIOS por darme la bendición de lograr esta meta, muchas gracias

FAMILIA especialmente a mi madre Romelia de Paredes por sus oraciones y la confianza en mí, a mi padre Fermín Paredes que desde el cielo me acompaña, a mi hermano Hamilton Paredes por su apoyo incondicional, a mis hermanos mayores por su apoyo y estar siempre pendientes, a mis sobrinas por su compañía y cariño

AMIGOS a mis amigas y amigos que no digo nombres ellos se dan por aludidos, por el apoyo cariño y amistad incondicional gracias.

DOCENTES a cada uno de los docentes que tuve la oportunidad de conocer gracias.

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por ser mi guía, cuidarme y darme la fuerza espiritual en los momentos de dificultad durante todo éste proceso.

A mis Padres: Cirilo Pérez y Catalina López, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento me motivaron constantemente. A Marco Gómez, por ser el principal promotor de éste sueño, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios inculcados.

A mis hermanas y hermano: Por estar siempre presentes y por el apoyo que me brindaron a lo largo de éste camino.

A mis amigas: Que me acompañaron en las diferentes etapas universitarias, en el principio y final de mi carrera; por el apoyo incondicional y por extender su mano en momentos difíciles, así como compartir los mejores momentos en cada una de las etapas de la carrera.

A la Familia Gómez Pérez por el cariño, amor, atención y oraciones, a mi novio Estuardo Gómez por su amor, paciencia y dedicación en este proyecto de estudio.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por ser mi casa de estudios, a los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas por compartir sus conocimientos a lo largo de mi preparación; agradezco de manera especial a la Dra. María Estela Vázquez Alfaro tutora de nuestro trabajo de investigación quien con su dirección, enseñanza, paciencia y dedicación como docente permitió el desarrollo de ésta investigación; así mismo al Dr. Octavio Moran Soberanis, Dr. Carlos Castro Bámaca y a la comunidad de Cuilapa Santa Rosa por su valioso aporte a nuestra investigación.

Agradezco de manera especial a los Hospitales: Regional de Escuintla, Nacional Pedro de Betancourt, Roosevelt y Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, por abrir sus puertas y ser la sede de todo el conocimiento adquirido en estos años.

Brenda Licet Pérez López

Responsabilidad del trabajo de graduación

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegará a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las condiciones clínicas de ingreso de pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en 2019. **POBLACIÓN Y MÉTODO:** Estudio descriptivo prospectivo en 208 pacientes, con análisis estadístico univariado y aval del Comité de Bioética en Investigación en Salud, Facultad de Ciencias Médicas. **RESULTADOS:** La mediana de edad fue 24.25 años (RIC 20-29), 53.84% (112) unida, 89.42% (186) ama de casa, 53.36% (111) escolaridad primaria, 4.81% (10) analfabeta. Signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno normal 100% (208), presión arterial normal 91.83% (191), temperatura 64.90% (135) normal, febrícula 28.85% (60); el motivo de referencia fue dolor pélvico 39.90% (83), sangrado vaginal 17.30% (36), salida de líquido amniótico y embarazo juvenil 16.83% (35). El 55.89% (114) tuvo complicación clínica, aborto 11.60% (23), trabajo de parto pretérmino 8.65% (18) y amenaza de aborto 7.20% (15); procedimiento quirúrgico cesárea transperitoneal 36.96% (77), episiotomía 16.35% (34), aspiración manual endouterina 7.24% (15). **CONCLUSIONES:** Las pacientes referidas por promotores de salud registra edad mediana 24.25 años, más de la mitad unida y con educación primaria, la mayoría registra signos vitales normales; más de un tercio presenta dolor pélvico, dos de cada diez sangrado vaginal, una de cada diez salida de líquido amniótico y embarazo juvenil; cuya complicación clínica en una de cada diez es aborto, trabajo de parto pretérmino y amenaza de aborto; el tratamiento quirúrgico es cesárea transperitoneal en cuatro de cada diez, una de cada diez episiotomía y aspiración manual endouterina.

Palabras clave: Signos vitales, emergencia y obstetricia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA.....	5
2.1. Marco de antecedentes.....	5
2.2. Marco referencial	5
2.2.4.1. Frecuencia cardiaca	8
2.2.4.3. Frecuencia respiratoria.....	10
2.2.4.4. Presión arterial	11
2.2.4.5 Saturación de oxígeno.....	12
2.2.4.6 Llenado capilar	12
2.2.5 Complicaciones durante del embarazo.....	12
2.2.5.1 Hipertensión crónica pre-gestacional.....	12
2.2.5.2 Preeclampsia.....	12
2.2.5.3 Hipertensión gestacional	13
2.2.5.4 Preeclampsia sobre-agregada.....	13
2.2.5.5. Eclampsia.....	13
2.2.5.6 Síndrome de hellp	13
2.2.6 Hemorragias del primer trimestre	13
2.2.6.1 Embarazo ectópico.....	13
2.2.6.2 Embarazo ectópico no roto.....	13
2.2.6.3 Embarazo ectópico roto:.....	14
2.2.6.4 Amenaza de aborto	14
2.2.6.5 Aborto.....	14
2.2.6.6 Aborto séptico	14
2.2.7 Hemorragias del tercer trimestre	15
2.2.7.1 Placenta previa.....	15
2.2.7.2 Abruptio placentae.....	15
2.2.8. Hemorragia posparto	16
2.2.9 Sepsis obstétrica y shock séptico	17
2.2.9.1 Sepsis	17
2.2.9.2 Shock séptico	18
2.2.10. Embarazo múltiple	18
2.3. Marco teórico.....	18
2.3.1 Teorías de referencia y contrareferencia	18

2.4. Marco conceptual.....	19
2.5 Marco geográfico y demográfico	20
2.6. Marco institucional	21
2.7. Marco legal	22
3. OBJETIVOS.....	23
3.1. Objetivo general:.....	23
3.2. Objetivos específicos:	23
4 POBLACIÓN Y MÉTODO	25
4.1 Enfoque y diseño de investigación.....	25
4.2 Unidad de análisis y de información.....	25
4.3 Población total	25
4.4 Selección de los sujetos a estudio	26
4.5 Definición y operacionalización de las variables:.....	27
4.6 Recolección de datos.....	30
4.6.2. Procesos	30
4.7 Procesamiento y análisis de datos.....	32
4.8 Alcances y límites de la investigación	33
4.9 Aspectos éticos de la investigación.....	34
5. RESULTADOS	35
6. DISCUSIÓN	41
7. CONCLUSIONES	45
8. RECOMENDACIONES	47
9. APORTES.....	49
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
11. ANEXOS	61
11.1 Anexo 1: Fórmula para cálculo de la muestra.	61
11.2 Anexo 2: Distribución de la proporción de la muestra	62
11.3 Anexo 3: Consentimiento informado	63
11.4 Anexo 4: Asentimiento informado	64
11.5 Anexo 5: Instrumento de recolección de datos.....	65
11.6 Anexo 6: Característica sociodemográfica según edad por rangos.....	66
11.7 Anexo 7: Complicación clínica de las pacientes a estudio.....	67

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de servicio de salud en Guatemala, en el primer nivel de atención, cuenta con recurso humano muy importante representado por el promotor de salud, el cual es un nexo directo entre los servicios formales de salud y la comunidad, éste realiza principalmente labores preventivas de atención y muchas veces es el primer contacto con la demanda de atención en salud, lo cual es relevante en las zonas rurales del país, dicho recurso cobra una importancia vital para cubrir la atención en salud a la mujer embarazada.

Lo anterior es esencial en el sistema de salud, pero depende principalmente del desarrollo de las competencias y los conocimientos, así como de aptitudes y prácticas del promotor, en relación a la detección del riesgo obstétrico; por lo tanto, surge la necesidad de identificar el desempeño del promotor a través de la referencia de la paciente al nivel de atención de salud correspondiente.

Al realizar un análisis de las competencias del promotor de salud, surge la problemática en la cual se deben identificar las condiciones clínicas de la paciente al ingreso al nivel de atención referido, que para este estudio fue la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, este interés plasmado por medio de un proceso de investigación se pudo desarrollar a través de un estudio descriptivo prospectivo en 2019, lo cual fue un aporte al sistema local departamental de salud, ya que describió las condiciones clínicas de referencia de las pacientes atendidas en dicha emergencia.

En el año 2016 Arrieta T, en su monografía titulada: Evaluación del sistema de referencia y contrareferencia por parte de los promotores de salud en el municipio de Montería departamento de Córdoba tuvo como objetivo establecer propuestas de mejoramiento en el sistema de referencia, obtuvo una serie de factores que afectan dicho sistema como la falta de información y conocimiento de protocolos y normativas por los promotores de salud, el uso inadecuado de los servicios por parte de los pacientes, lo que saturó el segundo y el tercer nivel de atención, subutilización del primer nivel de atención, por lo que concluyó que un buen sistema de referencia y contrareferencia promueve la eficacia en el sector salud, tanto la eficiencia productiva como la eficiencia económica a fin de hacer buen uso de los recursos.¹

En América Latina y el Caribe existe un promedio de aproximadamente 67 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, por causas prevenibles en el embarazo, que

mantiene una alta incidencia de mortalidad materna como consecuencia de complicaciones clínicas en el embarazo, parto y postparto; los factores sociodemográficos, económicos, culturales y sociales, aumenta el problema de salud ya que los mismos hacen que el acceso a la salud sea desigual marcando una gran diferencia entre las áreas rurales y áreas urbanas, en Guatemala según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el 2017 se presentó una razón de mortalidad materna de 106 muertes, de estas muertes el 26% ocurrió en el domicilio de la paciente.²

En el 2014 Tena A, realizó una investigación titulada: Causas de referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el centro especializado de atención primaria a la salud de San Miguel Chapultepec México, en donde se obtuvo que el promedio de consultas de atención prenatal fue de 7% y el grupo de pacientes referidas con mayor frecuencia fueron las secundigestas, además reportó que los motivos de referencias más frecuentes fueron: amenaza de aborto, cesárea previa, edad gestacional mayor a 40 semanas, amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas, pre eclampsia y sufrimiento fetal agudo. De los 73 casos el 57.53% fueron partos, el 24.66% cesáreas y el 13.70% legrados intrauterinos.²

En Guatemala las estrategias de referencia y contrareferencia no han sido suficientemente incorporadas en todas las áreas de salud, desde el punto vista administrativo fortalecer el uso de la referencia y contrareferencia implicaría utilizar los recursos de salud con mayor eficacia y eficiencia. En cuanto a la clasificación del riesgo obstétrico y la capacidad del sistema de referencia y contrareferencia en los distintos niveles de atención se ha pensado que no está funcionando con pertinencia y que dichos niveles de referencia no están totalmente capacitados para responder a la referencia de una complicación obstétrica.

Uno de los factores a tener en cuenta es la accesibilidad a los servicios de salud en las áreas rurales y en la población indígena que son las más afectadas, algunos elementos como una concepción de salud enfermedad diferente debido a las distintas tradiciones y costumbres determinadas por aspectos culturales, el bajo nivel educativo en las mujeres sigue siendo un indicador que se refleja en la mortalidad materna; aproximadamente el 45% de mujeres que falleció tuvo educación primaria incompleta y el 34% ningún nivel de educación, esto ha contribuido a que en Guatemala continúen registrándose indicadores desfavorables de la salud de la mujer, situación similar a nivel Latinoamericano.²

El primer nivel de atención en salud ha sido el encargado de fomentar programa de promoción y prevención en salud de la mujer, en este nivel los promotores de salud, comadronas y terapeutas mayas, tiene un rol fundamental, siendo ellos los únicos recursos humanos en el área rural, que de forma indirecta se encargan de atender la salud materna. Según el Ministerio de Salud y Asistencia Social en Guatemala los partos son atendidos por promotores de salud con una razón de 200.6, y una razón de 111.1 por comadronas seguido de una razón 79.1 por médicos a nivel nacional.³

En el 2016 Collado P, Sánchez A, realizó un estudio titulado: Referencia y contra referencia o multi-rechazo hospitalario en México con el objetivo de describir y analizar las características sociales que intervienen en el sistema de referencia y contrareferencia en la atención obstétrica y los mecanismos institucionales, en dicho estudio se obtuvo que el 57% de las mujeres tuvo que buscar más de un centro hospitalario para su resolución obstétrica, el 25% visitó dos centros, un 17% tres centros, un 15% a más de tres centros hospitalarios, en cuanto a la resolución del embarazo el 43% de las pacientes tuvo un parto vaginal a término sin complicaciones, dos terceras partes de las pacientes de este grupo de estudio recibió control prenatal sin embargo de estas el 57% presentaron complicaciones, el 9% tuvo un parto pre término, un 11% se le realizó una laparotomía exploradora por embarazo ectópico roto, al 14% se le realizó un legrado intrauterino por aborto incompleto y a un 23% se le realizó cesárea.³

No todo embarazo se considera de alto riesgo a pesar de que existen ciertas condiciones clínicas que hacen necesario tener una vigilancia más estricta en pacientes con signos y síntomas de alarma reduciendo el riesgo obstétrico y los casos de muerte materna, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el 2017 las causas de muerte materna fueron el 49% por hemorragia, el 25% por hipertensión asociada al embarazo, el 11% por infecciones vaginales, con estos datos surge la necesidad de priorizar el desarrollo de estrategias enfocadas hacia la vigilancia y una adecuada atención del parto y postparto. Es por ello que la investigación actual contribuyó a describir las condiciones clínicas obstétricas de referencia en el área geográfica de Santa Rosa, con la finalidad de que las autoridades competentes desarrollen programas que fortalezcan las competencias del promotor de salud del mencionado departamento de Guatemala.^{3,4}

Debe recordarse que en el área rural la mayoría de mujeres dar a luz en el hogar siendo esta la única opción; esta necesidad fue consecuencia de muchos factores como, situación de

pobreza, pobreza extrema, difícil acceso al centro de salud, grado de escolaridad, idioma, cultura y tradiciones familiares, de aquí la importancia de que los promotores de salud estén capacitados para reconocer los signos y síntomas de peligro del embarazo de alto riesgo, ya que un parto atendido en el hogar por personal no capacitado aumenta el riesgo de mortalidad materna por hemorragia y rotura uterina.^{5,6}

Fue importante mencionar que dentro de las condiciones clínicas obstétricas asociadas a complicaciones de referencia se han identificado las siguientes: trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, ruptura uterina, embarazo ectópico, hemorragia ante parto, hemorragia postparto y complicaciones del aborto. En los últimos años la prevalencia de muertes maternas ha disminuido desde 1989 al año 2017 en un 51% las mujeres en el área rural han sobrevivido a dichas complicaciones por la intervención oportuna de los promotores de salud y comadronas que hacen una referencia al siguiente nivel de atención inmediato.^{7,8}

Con base a lo anterior se formuló la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las condiciones clínicas de ingreso de pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en 2019? Para responder a esta interrogante se realizó un estudio descriptivo prospectivo, la recolección de la información fue a través de una boleta que contenía características sociodemográficas, signos vitales de ingreso, motivo de referencia, complicación clínica y procedimiento terapéutico quirúrgico.

Se tuvo como resultado una edad media de 24 años, más de la mitad el 53.84% es unida, el 89.42% son amas de casa, el 53.36% tienen escolaridad primaria, de los signos vitales de ingreso el 100% (208) de las pacientes presentó presión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca dentro de parámetros normales y el 64.90% registró temperatura corporal normal, el motivo de referencia más frecuente fue dolor pélvico 39.90%, sangrado vaginal 17.30%, el 55.89% presentó complicación clínica y el procedimiento quirúrgico realizado con más frecuencia fue cesárea transperitoneal 36.96%, episiotomía 16.35% y el 23.61% recibió plan educacional y tratamiento farmacológico ambulatorio. Durante el estudio no se registró muerte materna en pacientes referidas por promotores de salud.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco de antecedentes

El 12 de septiembre de 1978 en la conferencia internacional de Atención Primaria de salud reunida en Alma-Ata: Consideró la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos y trabajadores de salud y la comunidad para proteger y promover la salud de los pueblos para obtener un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad.⁹

En el 2012, Tena A. realizó una investigación titulada: “Causas de referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el centro especializado de atención primaria a la salud de San Miguel Chapultepec”, en sus resultados encontró un total 207 referencias al segundo y tercer nivel de atención de mujeres embarazadas. El motivo de referencia más frecuentes fue: Amenaza de aborto, cesárea previa, edad gestacional mayor a 40 semanas, amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas, pre eclampsia y sufrimiento fetal agudo.¹⁰

En el 2014 Fuentes V, Tipaz A, realizaron una investigación titulada: Impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en pacientes obstétricas con relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al centro de salud n° 1, de la ciudad de Tulcán Ecuador, el resultado fue que las pacientes referidas al siguiente nivel de atención no obtuvieron una atención de calidad de resolución al motivo de referencia¹¹

2.2. Marco referencial

2.2.1. Promotores de salud

Un promotor de salud es toda aquella persona, que es capaz de proveer de información necesaria sobre la salud con la capacidad de sensibilizar y ayudar a las personas, y propiciar una modificación de conductas para lograr el mejor bienestar en la salud en una comunidad. ¹²

En el 2017, Rodríguez B, con el estudio titulado: Promotores de salud al rescate en comunidades vulnerables describió el perfil y función de los promotores de salud a nivel internacional que varían ampliamente en los modelos dependiendo de las necesidades específicas de cada comunidad, que explica que la definición del promotor de salud de la

Asociación Americana de Salud Pública es la más completa y acuerda que el rol principal de los promotores es “servir como enlace entre la comunidad y los servicios sociales y de salud ofrecidos por el gobierno local y estatal”.^{13,14}

2.2.1.1. Características de los promotores de salud

- Es un miembro voluntario de la comunidad, es una persona de la comunidad que comparte su configuración social y cultural y se compromete a asumir su responsabilidad como promotor, respetando y legitimando la relación con su comunidad.
- Es un residente permanente de la comunidad donde realiza su trabajo.
- Tiene liderazgo y habilidad para conducir programas locales dirigidos a mejorar la salud de toda la comunidad.
- Es un mediador comunitario que trabaja para el bien de la comunidad a partir de los conocimientos, desarrolla labores de acercamiento y acompañamiento en promoción y prevención para mejorar la salud de la comunidad.
- Es un agente social de salud que debe tener conocimientos sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que prevalecen en su comunidad.¹⁴

2.2.2 Sistema de referencia y contra-referencia

Es la forma de los promotores de salud de referir a las pacientes al siguiente nivel de atención, cuando la capacidad del primer nivel no permite resolver el problema de salud. Es responsabilidad de los promotores de salud saber referir y ejecutar la referencia de las pacientes al siguiente nivel de atención.^{15,16}

2.2.2.1 Referencia

Es el procedimiento administrativo y asistencial por el cual se refiere a las pacientes de una institución de menor capacidad a otra de mayor complejidad, donde se garantice la atención acorde a sus necesidades en términos de diagnóstico y tratamiento en el marco de la eficacia y eficiencia resolutive.¹²

2.2.2.2 Contra-referencia

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales realizadas a las pacientes en el nivel receptor y al resolver el motivo de referencia se realiza la contra referencia al nivel de menor complejidad para seguimiento.¹⁸

3.2.3. Red de servicios de salud

De acuerdo con el Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y su complementariedad con la propuesta del modelo de atención se categoriza la Red de Servicios de salud en tres niveles. En este modelo se hace énfasis en la participación de la población en el proceso de generación en la salud en el marco de una respuesta intercultural y se puedan gestionar los recursos a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad.¹⁹

2.2.3.1 Primer Nivel de Atención

Incluye aquellos establecimientos de menor complejidad de la red de servicios que tienen bajo su responsabilidad una población menor de mil quinientos habitantes. En este nivel se hacen las referencias correspondientes a los siguientes niveles que cuentan con capacidad resolutoria quienes complementarán la respuesta. Este nivel necesita particularmente la participación del ámbito institucional y comunitario en el desarrollo de actividades de promoción y prevención, sus servicios se prestan al individuo, la familia y la comunidad con pertinencia cultural.

Los recursos humanos propios de estos centros son los siguientes.^{19,20}

- a. El guardián de Salud (enfermero)
- b. El colaborador voluntario de vectores
- c. Los promotores de salud y comadronas

2.2.3.2 Segundo Nivel de Atención

El segundo nivel está diseñado para atender los mismos problemas de salud que el primer nivel más la capacidad de diagnóstico y tratamiento de mayor complejidad, como encamamiento, servicio de laboratorio, ecografía y cuenta con especialistas en ginecoobstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna, psicología y odontología. De igual forma, brinda apoyo en actividades relacionadas a la recuperación y rehabilitación de la salud y acciones dirigidas al control del ambiente. Todo ello en concordancia con las Normas de Atención en Salud del ministerio de salud y asistencia social.¹⁹

Este nivel está compuesto por: Maternidades Periféricas, Centros de Atención Permanente, Policlínicos, Centros de Atención Integral Materno Infantil, Hospitales Tipo I y Hospitales Tipo II.

2.2.3.3. Tercer Nivel de Atención

Tiene la responsabilidad de la atención directa a la demanda de la población y de las referencias provenientes del primer o segundo nivel de atención. En este nivel se desarrolla las siguientes funciones dependiendo de su tamaño, capacidad de resolución y especialización: Tratamiento, rehabilitación física y psiquiátrica, investigación y enseñanza. Las emergencias se atienden de forma directa bajo un sistema de referencia y contrareferencia, que permita resolver las emergencias detectadas y coordinar la referencia oportuna y posterior seguimiento, con los equipos del tercer nivel de atención. ^{19,20}

Las competencias de este nivel de atención se hacen tangibles en los Hospitales con una cartera de servicios orientada a:

1. Servicios ambulatorios.
2. Servicios de internamiento en todas las especialidades y sub especialidades médicas de alta complejidad.

Este nivel incluye los hospitales tipo III.

2.2.3.4. Hospitales Regionales

Establecimiento de salud ubicado en cabecera departamental que sirven de referencia para la atención médica especializada y sub especializada en su área de influencia y cuenta con especialidades médicas básicas de medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecoobstetricia, anestesia, traumatología y ortopedia, patología y radiología, además subespecialidades de: gastroenterología, cardiología, neumología, reumatología, hematología entre otras. Presta servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos. ¹⁹

2.2.1. Signos Vitales

Los signos vitales son los valores que nos permiten evaluar la certeza de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y la repuesta a los diferentes estímulos fisiológicos, físicos y patológicos que indican que un ser humano está vivo ²⁰

2.2.4.1. Frecuencia cardiaca

La frecuencia cardiaca o pulso arterial es la onda pulsativa de la sangre que se origina en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que es la consecuencia de la expansión y contracción regular del diámetro de las arterias, constituye el rendimiento del latido cardiaco y

la adaptación de las arterias. Por lo tanto, proporciona información sobre el buen funcionamiento de la válvula aortica. El pulso periférico se puede palpar con facilidad en las muñecas, cuello, cara y pies, puede palparse en cualquier zona del cuerpo donde una arteria, pueda ser comprimida contra una superficie ósea. El valor normal de la frecuencia respiratoria es de 60-80 latidos por minuto. ²¹

Alteraciones de la frecuencia cardiaca:

- Taquicardia: Cuando existe una frecuencia cardiaca elevada que no sobrepasa los 160 latidos por minuto, se debe a mayor excitación del simpático.
- Bradicardia: Cuando la frecuencia cardiaca oscila entre 40 y 60 latidos/minuto. Se presenta con FC entre 30 y 35 latidos/minuto.

2.2.4.2 Temperatura corporal

La temperatura corporal se especifica como el grado de calor del cuerpo humano conservado por el equilibrio entre el calor generado la termogénesis y el calor perdido la termólisis por el organismo. El valor normal de la temperatura corporal de acuerdo a la Asociación Médica Americana, oscila entre 36.5° y 37.4° C.

Cuando la temperatura corporal sobrepasa el nivel normal se activan mecanismos como la vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. Por el contrario, la temperatura corporal cae por debajo del nivel normal y se activan otros procesos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que producen los escalofríos y generan calor. ²¹

Lugares anatómicos donde es posible tomar la temperatura corporal son:

- Cavity Oral: Sublingual utilizando el clásico termómetro de mercurio durante un tiempo aproximado de cuatro minutos se puede medir en todos los pacientes, excepto, en los que están inconscientes, con confusión mental, convulsiones, afecciones de nariz, boca o garganta y los niños menores de 6 años.
- Rectal: Para tomarla es necesaria lubricar el termómetro y proteger la intimidad del paciente. El resultado tiende a ser 0,5 a 0,7 °C mayor que la temperatura oral.
- Axilar: Es recomendable en adultos se deja el termómetro durante cinco minutos. El resultado es 0,5 °C menor que la temperatura oral.

- En el oído: Con termómetro digital, mide rápidamente la temperatura del tímpano que refleja la temperatura central del cuerpo.
- En la sien: Mediante un termómetro digital que se ubica a la altura de la ceja, a 5cm sobre de ella y por solo unos segundos es posible obtener una lectura de temperatura corporal de forma segura e higiénica.²¹

Alteraciones de la temperatura corporal

Fiebre o hipertermia: Sucede cuando hay una temperatura por encima del límite superior normal, se acompaña de aumento de la frecuencia cardíaca, escalofríos, piel pálida y fría y lechos ungulares cianóticos por vasoconstricción. Se considera que hay fiebre cuando la temperatura corporal es mayor de 38°C en la boca o zona axilar y de 35.5°C en el recto. Según su clasificación puede ser.

- Febrícula: Temperatura hasta 37.5 a 37.9°C.
- Fiebre moderada: Temperatura entre 38 y 39°C.
- Fiebre alta: Temperatura superior a 39°C.

Hipotermia: Sucede cuando hay una temperatura corporal por debajo del límite inferior normal, puede presentar somnolencia e incluso coma lo cual favorece la inadecuada producción de calor y la aparición de hipotensión, disminución de la diuresis, habrá desorientación, sensación de frío, piel pálida y fría. La hipotermia se define como una disminución de la temperatura corporal por debajo de los 35°C.²²

2.2.4.3. Frecuencia respiratoria

La frecuencia respiratoria es el número de veces que una persona respira por minuto, se mide cuando la persona está en reposo y consiste en contar el número de respiraciones durante un minuto. El ciclo respiratorio comprende la inspiración, la fase activa y se debe a la contracción del diafragma y de los músculos intercostales. La fase pasiva depende de la elasticidad pulmonar, la frecuencia respiratoria normal en el adulto en reposo oscila entre 12 y 20 ciclos por minuto.²²

Alteraciones de la frecuencia respiratoria:

- Bradipnea: Es la respiración con una frecuencia inferior a 12 respiraciones por minuto en adultos, menos de 20 en escolares y menos de 30 en lactantes. También se encuentra en pacientes con alteración neurológica o electrolítica, infección respiratoria o pleuritis.

- Taquipnea: Frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto en adulto, es una respiración superficial y rápida. También se observa en pacientes con dolor por fractura costal o pleuritis.
- Hiperpnea: Es una respiración profunda y rápida de frecuencia mayor a 20 respiraciones por minuto, producida por ansiedad, ejercicio, alteraciones metabólicas o del sistema nervioso central.
- Apnea: Es la ausencia total de movimientos respiratorios.
- Disnea: Es la sensación de dificultad respiratoria, puede ser inspiratoria o espiratoria. La disnea inspiratoria se presenta por obstrucción parcial de la vía aérea superior y se acompaña de tirajes. La disnea espiratoria se asocia con estrechez de la luz de los bronquiolos y la espiración es prolongada.²²

2.2.4.4. Presión arterial

La presión arterial es el resultado de la fuerza ejercida por la sangre que es impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La fuerza de la sangre contra la pared arterial es la presión sanguínea y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es la tensión arterial. Existen dos fuerzas que son contrarias y equivalentes. La primera presión es la sistólica que corresponde a la contracción de los ventrículos y la presión diastólica es el resultado de la relajación de los ventrículos. El valor normal de la presión arterial es de 120/80mmHg. ^{20,21,22}

Alteraciones de la presión arterial:

- Hipertensión arterial: Se presentan alzas momentáneas de tensión arterial resultado de diversas circunstancias como ejercicio físico, estados de dolor y ansiedad. La hipertensión está definida con base a la presión diastólica puesto que es más estable que la presión sistólica.
- Hipotensión arterial: Es una baja de presión arterial producida por los latidos cardiacos lentos, que el flujo sanguíneo a los órganos diana, provocando astenia, somnolencia, mareos y lipotimias. Las cifras de la presión sistólica oscilan entre 90 y 110 mmHg. ⁽²³⁾
- Hipotensión postural: Es la disminución de la presión sistólica y diastólica de más de 20 mmHg. Provocando mareo y síncope. Se diagnostica midiendo primero la presión sanguínea en decúbito supino y repitiendo la medición con el paciente de pie. El

resultado normal es ligero o ninguna disminución de la presión sistólica y ligero incremento de la presión diastólica.

2.2.4.5 Saturación de oxígeno

La oximetría de pulso es la medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos se basa en los principios fisiológicos de la hemoglobina oxigenada y desoxigenada ya que tienen diferentes espectros de absorción.

La prueba del oxímetro emite luz a diferentes longitudes de onda, abarcando los dos espectros nombrados por lo que se transmite a través de la piel y es medida por un fotodetector de acuerdo con el radio de la absorción de la luz se correlaciona con la proporción de hemoglobina saturada y desaturada en el tejido. Se considera que aproximadamente una saturación periférica de oxígeno del 95% es normal.²³

2.2.4.6 Llenado capilar

Establece la capacidad del aparato circulatorio para restaurar la sangre al sistema capilar. Sin embargo, debe tenerse presente que el tiempo de llenado capilar puede ser afectado por la temperatura corporal, posición, trastornos médicos preexistentes y medicamentos. El llenado capilar debe aparecer rápidamente con una perfusión adecuada y el color del lecho ungüeal debe ser restaurado a su color rosado normal dentro de un lapso de dos segundos o en el tiempo que toma decir "llenado capilar" a una velocidad normal del habla.^{22,23}

2.2.5 Complicaciones durante del embarazo

2.2.5.1 Hipertensión crónica pre-gestacional

Sucede cuando hay una elevación de la presión arterial igual o mayor a 140mmHg sistólica y 90mmHg de diastólica en dos ocasiones tomadas aisladamente que se presenta previo al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.²⁴

2.2.5.2 Preeclampsia

Es la presencia de una presión arterial diastólica mayor o igual de 90mmHg o presión sistólica mayor o igual a 140mmHg en dos tomas tomadas en diferentes días y la presencia de proteinuria con proteínas en la orina con una concentración mayor a 300mg/L de 24 horas.²⁴

2.2.5.3 Hipertensión gestacional

Es cuando la presión arterial sistólica y diastólica es mayor o igual a 140/90mmHg sin presentar proteinuria la cual se detecta después de las 20 semanas de embarazo y puede desaparecer luego de los tres meses de postparto. ²⁵

2.2.5.4 Preeclampsia sobre-agregada

Es cuando la paciente presenta una hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada. ²⁴

2.2.5.5. Eclampsia

Es cuando se presentan convulsiones tónico-clónicas generalizadas que no se atribuyen a ninguna otra patología y está asociada a un trastorno hipertensivo del embarazo. Ocurre en las primeras 24 horas postparto, pero se pueden presentar durante todo el embarazo. ²⁴

2.2.5.6 Síndrome de hellp

Es el cuadro clínico que se asocia a la preeclampsia-eclampsia caracterizado por hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. La paciente puede presentar las siguientes condiciones médicas. ^{25,26}

- Anemia hemolítica microangiopática: Definida por alteraciones en el frotis sanguíneo o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 mg/dl.
- Elevación de enzimas hepáticas: Aspartato Aminotransfera
- Trombocitopenia: Plaquetas menores de 100.000 por mm

2.2.6 Hemorragias del primer trimestre

2.2.6.1 Embarazo ectópico

Se le llama embarazo ectópico a la implantación del huevo fecundado en un tejido distinto al de la mucosa que recubre la cavidad uterina. Tiene una incidencia de 1 a 2% de todos los embarazos. ²⁷

2.2.6.2 Embarazo ectópico no roto

Es todo aquel embarazo ectópico que permanece intacto, pero de igual manera representa una emergencia quirúrgica. La paciente presenta en la mayoría de los casos la triada clásica. ²⁷

- Masa anexial
- Dolor pélvico
- Hemorragia vaginal en forma de manchado

2.2.6.3 Embarazo ectópico roto:

Es todo aquel embarazo ectópico que se rompe espontáneamente y representa una emergencia quirúrgica. La paciente presenta las siguientes condiciones clínicas:

- Signos de shock hipovolémico con taquicardia
- Signos de abdomen agudo con rebote y defensa (Signo de Cullen)
- El examen pélvico demuestra dolor exquisito a la palpación del fondo de saco posterior con presencia de masa anexial o sensación de masa fluctuante en el fondo del saco debido a la presencia de sangre. ²⁸

2.2.6.4 Amenaza de aborto

Se caracteriza por hemorragia vaginal y presencia de dolor tipo cólico sin salida del líquido amniótico ni expulsión del producto con orificios cervicales cerrados.

2.2.6.5 Aborto

Se presenta con hemorragia vaginal leve o profusa con orificios cervicales abiertos y expulsión del producto de la concepción. ²⁷

2.2.6.6 Aborto séptico

Es la infección del útero y/o anexos que se presenta después de un aborto espontáneo o inducido. La mayoría de los abortos sépticos se derivan de prácticas de “aborto no seguro” ⁽²⁸⁾

La paciente presenta las siguientes condiciones clínicas:

- Temperatura mayor a 37.5 °C se puede acompañar de malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias.
- Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez (expresión clínica de la endometritis).
- Útero doloroso y reblandecido a la palpación.
- Dolor a la movilización lateral del cuello uterino (expresión clínica de para metritis).
- El cuello uterino generalmente se encuentra entreabierto y se puede evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares.

2.2.7 Hemorragias del tercer trimestre

2.2.7.1 Placenta previa

Sucede cuando la placenta se implanta en el segmento uterino inferior obstruyendo o no el orificio cervical interno.²⁹

Por su inserción se clasifica en:

- Placenta previa total: Sucede cuando todo el orificio interno está obstruido y ocurre con una incidencia de 25 a 30 % de las pacientes.
- Placenta previa parcial: (Incompleta) cuando el orificio interno está parcialmente obstruido y tiene una incidencia de 20 a 30% de las pacientes.
- Placenta previa marginal: Cuando se inserta en el borde del cuello uterino, pero no obstruye el orificio interno. Ocurre con una incidencia del 40- 50% de las pacientes.
- Placenta previa lateral: (Inserción baja) es cuando se inserta la placenta en el segmento inferior del cuello uterino no llega al orificio interno, ocurre con una incidencia del 25%.

2.2.7.2 Abruptio placentae

Se debe al desprendimiento prematuro de la placenta se especifica como la separación total o parcial del sitio de implantación de una placenta normo inserta antes del nacimiento del feto y después de la semana 22 de gestación. Puede presentarse con sangrado entre las membranas y la decidua a través del cérvix o permanecer confinado al útero con sangrado por detrás de la placenta.³⁰

Clasificación de abruptio placentae:

- Grado 0: Asintomático, el diagnóstico es retrospectivo y por anatomía patológica.
- Grado I: Es leve y representa aproximadamente el 48% de los casos. La paciente presenta sangrado vaginal leve o ausente (hemorragia oculta), ligera sensibilidad uterina, frecuencia cardíaca y tensión arterial normales, no asociado a coagulopatía ni alteraciones del estado fetal.
- Grado II: Es moderado y representa el 27% de los casos, la presentación del cuadro clínico es sangrado vaginal moderado o ausente (hemorragia oculta) con sensibilidad uterina moderada.

- Grado III: Es intenso y representa el 24% de los casos, la paciente manifiesta sangrado vaginal abundante o ausente (hemorragia oculta), útero hipertónico muy doloroso, choque materno, hipofibrinogenemia (<150 mg/dl), coagulopatía y muerte fetal.

2.2.8. Hemorragia posparto

La Hemorragia posparto se define como la pérdida de sangre mayor a 500cc postparto vaginal o mayor a 1000cc después de una cesárea transperitoneal.

La hemorragia posparto (HPP) masiva está definida como el sangrado mayor a 1000cc en las primeras 24 horas del puerperio. Con el fin de establecer medidas más objetivas se ha propuesto la definición de hemorragia posparto masiva ante un descenso mayor o igual al 10% del hematocrito o inestabilidad hemodinámica. En caso de persistencia del sangrado hay que descartar laceraciones del tracto genital. La HPP se clasifica como primaria (temprana) y secundaria (retrasada). La primaria ocurre en las primeras 24 horas luego del parto y la secundaria se presenta luego de las 24 horas y de 6 a 12 semanas del postparto. Como nemotecnia se describen cuatro “T”: tono, tejidos, trauma y trombina.³¹

- La atonía uterina: Afecta 1 de cada 20 nacimientos causando el 80% de los casos de hemorragia posparto, como factores de riesgo de atonía uterina se incluyen: útero sobre distendido (embarazo múltiple, polihidramnios), uso prolongado de oxitocina, trabajo de parto rápido o prolongado, procesos sépticos como la corioamnionitis, preeclampsia, placenta previa y placenta acreta, exposición a agentes tocolíticos, anestésicos halogenados, nitroglicerina, historia de atonía uterina previa, inversión uterina y restos placentarios retenidos.
- Trauma: Las lesiones genitales superiores se asocian principalmente con rupturas uterinas producto de la dehiscencia quirúrgica de una cesárea anterior o miomectomía. También se debe descartar lesiones uterinas durante la cesárea y lesiones vasculares. Las lesiones genitales inferiores más frecuentes incluyen laceraciones cervicales, del canal de parto, vulvar y perineal. Estas lesiones se asocian con grandes hematomas retroperitoneales. Factores de riesgo para sangrado por trauma incluyen: parto instrumentado, mala presentación fetal, macrosomía, episiotomía medio lateral, parto precipitado y distocia de hombros.³¹

- Tejido: Placenta retenida, se dice que hay una retención de la placenta cuando se ha hecho un buen manejo activo del tercer periodo y han pasado más de 30 minutos después del nacimiento y no se ha producido el alumbramiento.
- Trombina: La coagulopatía se identifica frecuentemente antes del embarazo por historia familiar, síntomas como la menorragia es frecuente en familias con desordenes congénitos. Los trastornos de coagulación son causa rara de hemorragia y se clasifican como congénita y adquirida. Dentro del primer grupo de patologías se incluyen la púrpura trombocitopénica idiopática, purpura trombótica trombocitopénica, enfermedad de Von Willebrand y la hemofilia. En presencia de Von Willebrand el sangrado se presenta posterior al aborto con poca probabilidad de hemorragia. Dentro de las causas adquiridas se incluyen el síndrome de HELLP, preclampsia grave, embolia de líquido amniótico, abruptio placentae y sepsis.³¹

2.2.9 Sepsis obstétrica y shock séptico

2.2.9.1 Sepsis

Es un desorden cardiovascular, inmunológico y metabólico complejo; que progresa gradualmente como consecuencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por una infección severa. La mortalidad depende de la edad y la presencia de cardiopatías asociadas.³¹

El diagnóstico de sepsis se debe sospechar ante la existencia de 2 o más de los siguientes signos:

- Temperatura mayor a 38° C o menor a 36° C.
- Pulso > 90 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria mayor a 20/min o la existencia de una PaCO₂ menor a 32mmHg. o recuento leucocitario mayor a 12,000/mm³ o menor a 4,000/mm³ (o más de un 10% de formas leucocitarias inmaduras).
- Falla de órganos a distancia cuya sintomatología depende de los órganos afectados pudiendo ocurrir alteraciones de la coagulación o de la función hepática, renal, respiratoria y neurológica.

2.2.9.2 Shock séptico

Se presenta cuando hay hipotensión arterial (sistólica menor de 90mmHg o caída de 40mmHg de su nivel previo), cianosis, hipo-perfusión periférica, oliguria y alteración del estado de conciencia (agitación, obnubilación) que evidencia un shock séptico de alta mortalidad. ³¹

2.2.10. Embarazo múltiple

Sucede cuando existe el desarrollo de 2 o más embriones en forma simultánea en el útero, según sus génesis pueden ser:

- Monocigóticos: univitelinos
- Bicigóticos: bivitelinos

El desarrollo de los homocigóticos se verifica después de la fecundación por división del embrión y el desarrollo de los bicigotos es por la fecundación de dos óvulos.

2.3. Marco teórico

2.3.1 Teorías de referencia y contrareferencia

Rodríguez E, Yucatán en el 2013, describió el tiempo que se tardan las pacientes en llegar al lugar de referencia relacionados con las complicaciones obstétricas. Cita el tiempo desde el inicio del traslado de la paciente hasta el hospital de referencia y solamente el 10% se toma menos de 1 hora desde que consigue el medio de transporte y su llegada al hospital de referencia y el 90% de las pacientes les toma más de 1 hora en llegar al hospital.

También cita que el tiempo desde la llegada al hospital de referencia y la atención médica un 81% tardaron menos de 1 hora en recibir atención y el 19% tardaron más de 1 hora en recibir la atención médica. ³²

Montaño D, Cusco Perú sobre la descripción de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en los Centros de Salud con respecto al manejo de referencia al siguiente nivel, el 90% de las pacientes utilizan medios de transporte propios para acudir al centro de salud y el 10% utiliza medios del centro que la refiere. ³³

Tena A, Toluca México del sistema de referencia y contrareferencia en mujeres embarazadas describe: Que es necesario fortalecer la capacitación, supervisión y vigilancia del personal de salud y administrativo en materia de atención obstétrica, así como establecer las medidas correctivas pertinentes para que este sistema funcione adecuadamente y así generar

estadísticas confiables que permitan el desarrollo de estrategias efectivas que contribuyan a la disminución de la morbilidad materno-infantil.³³

2.4. Marco conceptual

- Referencia: Es el envío de pacientes por parte de un profesional de salud a otro profesional para brindar atención de salud o complementación diagnóstica y de acuerdo con el nivel de resolución de respuesta a las necesidades de salud del paciente.³⁴
- Contrareferencia: Es la respuesta que el profesional de salud receptor da al profesional que remitió la referencia.³⁴
- Niveles de complejidad de servicios de salud: Se refiere al grado de complejidad que establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.³⁵
- Condición clínica: Es el estado funcional relacionado con el conjunto de síntomas y signos de la salud física y mental de las pacientes que consulta a un profesional de la salud.³⁶
- Promotor de salud: Es aquella persona que brinda información sobre cómo prevenir y conservar la salud, que es capaz de sensibilizar y ayudar a las personas favoreciendo las modificación de conducta para lograr una buena salud.³⁷
- Riesgo obstetrico: Es toda condicion clinica que se puede presentar en el embarazo que se asocia con un aumento de probabilidad que suceda un daño a la salud de la madre y el feto.³⁸
- Signos vitales: Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de las funciones vitales y sus órganos efectores (cerebro, corazón, pulmones y metabolismo). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.³⁵
- Embarazo: Es el período de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el momento del parto.³⁵
- Aborto: Se refiere a la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.³⁶
- Embarazo ectopico: Se trata del embarazo en donde la implantación se produce fuera de la cavidad uterina.³⁶

- Placenta previa: Es la implantación anormal de la placenta en relación con el orificio interno del cuello uterino, cubriéndolo parcial o total que persiste después de las 24 semanas de gestación.³⁸
- Desprendimiento de placenta normo inserta: Es la separación de la placenta que se encuentra normalmente inserta antes del tercer estadio del parto y que ocurre luego de las 20 semanas.³⁸
- Rotura prematura de membranas ovulares: Consiste en la rotura espontanea de las membranas ovulares antes del parto.³⁷
- Embarazo prolongado: Es cuando el periodo de gestación sobrepasa las 42 semanas de gestación.³⁷
- Trastornos hipertensivos en el embarazo: Es la elevación de la presión arterial en el periodo de gestación que puede poner en peligro la vida de la madre y del feto.³⁸
- Shock hemorrágico: Se caracteriza por la incapacidad del sistema circulatorio de mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales.³⁷
- Diabetes mellitus Se refiere a la elevación de la glucemia mayor o igual de 96 mg/dl después de la ingesta de líquido que contenga 100g de glucosa en pacientes en estado gestacional.³⁸
- Incompatibilidad el grupo Rh: Es la producción de anticuerpos anti-eritrocitarios como respuesta a la exposición de antígenos eritrocitarios extraños.³⁷
- Infecciones en el embarazo: Son procesos infecciosos durante la gestación que representan un riesgo materno-fetal de gravedad variable según el agente etiológico.³⁷

2.5 Marco geográfico y demográfico

El municipio de Cuilapa constituye la cabecera del departamento de Santa Rosa, es reconocida internacionalmente como “El centro de las Américas” por estar ubicado en el mismo. El municipio de Cuilapa limita al norte con Nueva Santa Rosa y Casillas, al sur con Chiquimulilla, Santa María Ixtlahuaca y Oratorio, al este con Oratorio y San José Acatempa Jutiapa y al oeste con Pueblo Nuevo Viñas y Barberena.³⁸

Cuilapa cuenta con 96 lugares poblados distribuidos en 11 aldeas y 26 caseríos. Es un municipio donde el 96% de la población se identifica como no indígena y un 4% se identifica como indígena, están constituidos por personas emigradas hacia el municipio y que se han asentado para residir e instalar sus negocios.³⁸

Cuilapa tiene una población de 30,951 habitantes de los cuales 14,444 son hombres y 15,507 mujeres, 14,028 habitantes residen en el área urbana y 15,923 en el área rural. Según el censo del 2002 el 23.73% de la población son mayores de 7 años que no saben leer ni escribir, evidenciando una tasa de analfabetismo de 21.16% para el sexo masculino y una tasa del 26.28 % para el sexo femenino.³⁹

El municipio de Cuilapa cuenta con hospital regional y con atención de especialidades médicas, un centro de salud con categoría funcional de centro de atención médica permanente con servicios de maternidad con horario de atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.³⁹

2.6. Marco institucional

El Hospital Regional de Cuilapa fue inaugurado el 20 de Julio del 1974, ubicado en la 4ª. Calle 1-51 zona 4 de Cuilapa. El 23 de noviembre del 2017 cambio de nombre según el acuerdo gubernativo 155-2017 a “Licenciado Guillermo Fernández Llerena” en honor al donante del terreno donde actualmente se encuentra el hospital.⁴⁰

Es el primer hospital universitario para la formación de médicos residentes aprobado desde 1976 para programas de postgrado, es hospital regional sur oriental de tercer nivel de referencia con el mayor número de capacidad, que presta servicios de medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología, anestesiología, patología, consulta externa, unidad de neurología, psiquiatría, psicología, banco de leche materna, laboratorio intensivo de adultos y pediátrico-neonatal.^{40,41}

El Hospital Regional presta los servicios normados para los Hospitales Generales y otros servicios especializados según las normas del MSPAS. El área de influencia de cada Hospital Regional está determinada por criterios de accesibilidad, poblacionales epidemiológicas. Su ubicación física e instrumentación en términos de su capacidad es determinada por el Ministerio de Salud Pública.

Los recursos humanos básicos son los médicos generales y médicos especializados en medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría general, cirugía general, traumatología y ortopedia; anestesiología; otros profesionales de la salud como químico-biólogo; químico-

farmacéutico y radiólogo; psicólogos; trabajadores sociales; enfermeras profesionales; auxiliares de enfermería y otros profesionales y técnicos de salud según las normas del MSPAS.⁴²

2.7. Marco legal

La salud en Guatemala está regida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social donde se establecen las normas aplicables al servicio de salud materna, dada la complejidad y magnitud de esta tarea, es necesario establecer normas para realizar una vigilancia adecuada para el buen cumplimiento de dichas normas.

En cuanto a la maternidad saludable se establece el acceso universal a los servicios de salud materna neonatal según el Decreto 32-2010 artículo 6 donde expone que los servicios de salud están obligados a garantizar atención a las pacientes en estado gestacional brindando servicio de calidad y sin discriminación.⁴⁰

El artículo 7, hace referencia a la atención obligatoria durante el embarazo donde menciona que los tres niveles de atención deben coordinar la atención del parto, atención prenatal, disponibilidad de medicamentos y suplementos vitamínicos, acceso a laboratorio, atención integral, consejería familiar y atención obligatoria del parto.

También se establecen acciones para mejorar la salud materna, y evitar las complicaciones durante el embarazo principalmente en mujeres de alto riesgo.

En el capítulo IV artículo 18 del decreto 32-2010, hace referencia a realizar programas nutricionales en adolescentes y mujeres embarazadas para prevenir el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, prevención del embarazo en niñas y adolescentes, acceso a los medicamentos de planificación familiar, adecuada atención prenatal, servicios de atención de emergencias obstétricas con el fin de garantizar a las mujeres el acceso a los servicios de salud de calidad por parte de los servidores públicos que trabajan en las diferentes instituciones que brinda atención en salud.⁴⁰

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- 3.1.1 Determinar las condiciones clínicas de ingreso de pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en 2019.

3.2. Objetivos específicos:

- 3.2.1 Describir las características sociodemográficas de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.
- 3.2.2 Identificar los signos vitales de ingreso de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.
- 3.2.3 Establecer el motivo de referencia de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.
- 3.2.4 Identificar la complicación clínica que presentan las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.
- 3.2.5 Identificar el procedimiento terapéutico quirúrgico que se aplicó a las pacientes referidas por los promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

4 POBLACIÓN Y MÉTODO

4.1 Enfoque y diseño de investigación

5.1.1. Enfoque

Cuantitativo

5.1.2. Diseño de investigación cuantitativa

Estudio descriptivo y prospectivo.

4.2 Unidad de análisis y de información

5.2.1. Unidad de análisis

Datos obtenidos de condiciones clínicas de ingreso de pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

5.2.2. Unidad de información

Paciente referida por promotor de salud a la emergencia de ginecoobstetricia y la respectiva hoja de referencia al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

4.3 Población total

4.3.1. Población Diana:

Paciente referida por promotor de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

4.3.2. Población de Estudio

Paciente referida por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en 2019.

4.3.3. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 208 pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, cuya edad fértil fue de 15 a 49 años, para dicho cálculo se aplicó la fórmula para población finita. (Ver anexo11.1)^{41, 42, 43}

4.3.2.1 Marco muestral

Condiciones clínicas de ingreso de pacientes referidas por promotores de salud y su respectiva hoja de referencia atendidas en la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

4.3.2.2 Tipo y técnica de muestreo

Tipo:

- Muestreo no probabilístico de conveniencia

La muestra fue seleccionada directamente por el investigador por tener fácil acceso.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterio de inclusión

Paciente de edad fértil de 15 a 49 años referida por promotor de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Paciente que fue referida por promotor de salud y que registró muerte materna violenta o traumática.
- Paciente que fue referida por promotor de salud y registró enfermedad crónica terminal.
- Paciente referida por médico particular.
- Paciente que fue referida por promotor de salud y que se acompañó con hoja de referencia ilegible y/o deteriorada.

4.5 Definición y operacionalización de las variables:

Macro-variable	Micro-variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación/ unidad de medida
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento	Edad en años que proporcionó la paciente al investigador durante la entrevista.	Numérica discreta	Razón	Edad en años
	Estado civil	Condición de una persona en relación a su matrimonio que hace constar en el registro civil.	Estado civil que indicó la paciente durante la entrevista.	Categórica Politómica	Nominal	Soltero Casado Unida Divorciado Viudo
	Escolaridad	Tiempo que una persona asiste a un centro de enseñanza	Grado de escolaridad que refirió la paciente durante la entrevista	Categórica Politómica	Ordinal	Ninguna Primaria Básica Diversificado Universitario
	Ocupación	Trabajo, empleo u oficio que realiza una persona	Tipo de trabajo que la paciente indicó durante la entrevista.	Categórica Politómica	Nominal	Ama de casa Comerciante Jornalera Otros

Signos vitales de ingreso	Presión arterial	Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias	Presión arterial que la paciente presentó al ingreso de la emergencia de ginecoobstetricia, que fue tomada por el investigador. Presión arterial normal 120/80mmHg, pre-hipertensión 140/90mmHg, hipertensión arterial grado I 160/100mmHg, hipertensión arterial grado II $\geq 180/110$ mmHg.	Categórica Politómica	Ordinal	Presión arterial normal Pre-hipertensión Hipertensión arterial grado I Hipertensión arterial grado II
	Frecuencia cardiaca	Número de laidos producto de la sístole cardiaca que se produce por minuto	Frecuencia cardiaca que presentó la paciente al ingreso de la emergencia de ginecoobstetricia, y fue tomada por el investigador. Normal 60 a 100 lpm, bradicardia ≤ 60 lpm, taquicardia ≥ 100 lpm	Categórica Politómica	Nominal	Normal Bradicardia Taquicardia
	Frecuencia respiratoria	Movimiento rítmico entre inspiración y espiración de una persona por minuto	Frecuencia respiratoria que registró la paciente al ingreso de la emergencia de ginecoobstetricia, y fue tomada por el investigador. Normal 12-20 rpm, baja ≤ 12 rpm, alta ≥ 20 rpm	Categórica Politómica	Ordinal	Normal Baja Alta
	Temperatura	Es la medida relativa de calor o frío asociado al metabolismo del cuerpo humano	Temperatura en grados centígrados que presentó la paciente a su ingreso en la emergencia de ginecoobstetricia, y fue tomada por el investigador. Normal 36.6 - 36.9, febrícula 37.0-37.5, hipertermia ≥ 37.6 , hipotermia ≤ 35.5 C	Categórica Politómica	Nominal	Normal Febrícula Hipertermia Hipotermia
	Saturación de oxígeno	Mide la saturación de oxígeno en el torrente sanguíneo	Grado de saturación que registro la paciente al ingreso a la emergencia de ginecoobstetricia. Normal 95-100%, desaturación $\leq 90\%$	Categórica politómica	Nominal	Normal Desaturación

Motivo de referencia	Hemorragia vaginal, dolor pélvico, dolor en epigastrio, cefalea, fiebre, edema en cara y manos, salida de líquido amniótico, trastornos visuales, dificultad respiratoria, ausencia de movimientos fetales	Signos y síntomas que puede presentar toda mujer embarazada, los cuales varían dependiendo del tiempo de gestación y que necesitan de una atención inmediata para evitar una complicación que podría poner en riesgo la vida de la madre y del feto	Motivo de referencia que se obtuvo de la hoja de referencia de la paciente referida por el promotor de salud a la emergencia de ginecoobstetricia	Categórica dicotómica	Nominal	SI NO
Complicaciones clínicas	Shock séptico, shock hipovolémico, sepsis, Preclampsia, Eclampsia, Sx de Hellp	Presencia de condiciones clínicas o fisiopatológicas que se presenta durante el embarazo y trabajo de parto que agravan la condición de salud de la madre.	Complicación clínica de ingreso que tuvo la paciente referida por el promotor de salud a la emergencia de ginecoobstetricia.	Categórica Dicotómica	Nominal	Presente Ausente
Procedimiento terapéutico quirúrgico	Quirúrgico: cesárea transperitoneal, extracción manual de restos placentarios, legrado intrauterino Farmacológico: tratamiento ambulatorio	Es un proceso de acciones quirúrgicas y farmacológicas que tiene como objetivo, aliviar, mejorar y resolver un estado de salud	Procedimiento terapéutico que tuvo la paciente en la emergencia de ginecoobstetricia referida por el promotor de salud	Categórica politómica	Nominal	Cesárea transperitoneal Aspiración manual endouterina Legrado intrauterino Exploración pélvica Episiotomía

4.6 Recolección de datos

4.6.1. Técnicas

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista que se llevó a cabo en la emergencia de ginecoobstetricia en el área de evaluación de las pacientes, que contó con un espacio aislado que resguardó la privacidad de la paciente y la respectiva información solicitada.^{44,45}

4.6.2. Procesos

- Se elaboró el anteproyecto basado en la problemática observada durante el ejercicio profesional hospitalario del sexto año de medicina. Apegados a la guía para elaborar el anteproyecto, se presentó ante la Coordinación de Trabajo de Graduación para iniciar con el estudio para la elaboración de tesis.
- Se solicitó autorización a la directora del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, al comité de docencia y al Jefe del Departamento de Ginecoobstetricia por medio de una carta escrita para poder ingresar y permanecer en el servicio de emergencia para recolectar la información.
- Se autorizó el lugar para la realización del trabajo de campo en el Hospital Regional Licenciado Guillermo Fernández Llenera Cuilapa Santa Rosa, el cual tuvo una duración de cuatro semanas a partir de la autorización del protocolo por parte de la Coordinación de Trabajo de Graduación y del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Se continuó con la búsqueda de información bibliográfica para la elaboración del protocolo, la elaboración del instrumento de recolección de datos, el consentimiento y asentimiento informado, apegado a las guías de referencia establecida por la Coordinación de Trabajo de Graduación.
- Se empleó un instrumento para la recolección de datos que incluyó seis secciones las cuales fueron: Características sociodemográficas, condiciones clínicas de ingreso (signos vitales), motivo de referencia, complicaciones clínicas y procedimiento terapéutico quirúrgico realizado a la paciente referida.

- Se elaboró los objetivos y variables de la investigación y se procedió a realizar la entrevista que inició con una breve presentación del entrevistador hacia la paciente referida que cumplió con los criterios de inclusión. Se describió con palabras sencillas el tema y objetivo de la investigación indicando que la participación era voluntaria y la información que nos brindarían sería estrictamente confidencial.
- Se le indicó a la paciente que no recibiría ningún beneficio económico, que no sufriría ningún daño a su integridad física y psicológica, para formar parte de la investigación la paciente firmó el consentimiento informado como evidencia de su participación, se llevó a cabo la recolección de datos. En las pacientes analfabeta se procedió a leer el consentimiento informado y se procedió a imprimir su huella en dicho documento.
- Se procedió a leer el asentimiento y consentimiento informado en pacientes menores de edad que aceptaron formar parte del estudio, quedando como evidencia firma o huella digital de ambas partes.
- Se recolectó la información a través de la entrevista y fue procesada respectivamente para su descripción, análisis y discusión.

4.6.3 Instrumento

Para la realización de la investigación se elaboró una boleta de recolección de datos, se identificó con los logos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el título de la investigación, nombre de las investigadoras, número de boleta, centro hospitalario donde se llevó a cabo la recolección de datos. El instrumento respondió a la entrevista diseñada por el investigador y se aplicó a las pacientes referidas por el promotor de salud.^{46,47}

El instrumento fue estructurado con cinco secciones (ver anexo 11.5)

Sección I: Características sociodemográficas

Es esta sección se incluyó características sociodemográficas de las pacientes referidas por promotores de salud, éstas fueron identificadas con un circulo que correspondió a la letra de dicha característica.

Sección II: Signos vitales de ingreso

Se registró los signos vitales de ingreso de la paciente referida por el promotor de salud con apoyo del investigador.

Sección III: Motivo de referencia

Esta sección contenía 9 ítems cuyo objetivo fue la recolección de datos relacionados al motivo de referencia.

Sección IV: Complicaciones clínicas

En esta sección se registró la complicación que presentó la paciente al ingreso a la emergencia de ginecoobstetricia y que fue referida por el promotor de salud, dicha complicación fue tomada del expediente clínico realizado por el médico residente del servicio.

Sección V: Procedimiento terapéutico quirúrgico

En esta sección se identificó el procedimiento terapéutico quirúrgico practicado a la paciente referida por el promotor de salud, debiendo ser registrado en el espacio correspondiente del instrumento.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento de datos

Se diseñó la base de datos en filas y columnas, además se codificó con un número del 1 al 16 respetando categorías de cada variable a estudio y sus respectivos criterios de clasificación con apoyo del programa Microsoft Excel 2010; posterior a ello se ordenaron de forma ascendente las boletas, se procedió al ingreso de datos para el debido proceso y el análisis de los mismos. ^{48,49}

4.7.2 Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con base a los objetivos formulados, se realizó un análisis estadístico descriptivo univariado de las cinco macro variables (características sociodemográficas, signos vitales de ingreso, motivo de referencia, complicación clínica y procedimiento terapéutico quirúrgico), analizando las variables categóricas en frecuencias y porcentajes.

Primer objetivo: En características sociodemográficas se incluyó edad como variable numérica se analizó con medidas de tendencia central y de dispersión; para las variables categóricas sexo, estado civil, ocupación y escolaridad se utilizó frecuencias y porcentajes.

Segundo objetivo: Para identificar los signos vitales de ingreso de la paciente referida se analizó mediante frecuencias y porcentajes.

Tercer objetivo: Para registrar el motivo de referencia de la paciente en la emergencia de ginecoobstetricia se utilizó frecuencias y porcentajes.

Cuarto objetivo: Para identificar la complicación clínica de la paciente referida por el promotor de salud a la emergencia de ginecoobstetricia, se utilizó frecuencias y porcentajes.

Quinto objetivo: Para determinar el procedimiento terapéutico quirúrgico realizado a la paciente referida por el promotor de salud se utilizó frecuencias y porcentajes.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

Debido a que el estudio titulado: Condiciones clínicas de ingreso de pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa fue descriptivo prospectivo no fue posible establecer una relación de causalidad entre las variables de interés de las investigadoras.

El diseño de la investigación permitió realizar una descripción de los datos recolectados, sin embargo, no hubo asociación entre el motivo de referencia y la complicación ya que la metodología y el tipo de estudio realizado tomo una sola medición en un tiempo determinado, además al estudio no se le dió seguimiento a corto o largo plazo por lo que limitó el que los hallazgos fueran susceptibles a otros contextos ya que solamente quedó en el ámbito de ésta investigación.^{50,51}

4.8.2 Alcances

El estudio permitió describir las múltiples variables de interés que generó información de las condiciones clínicas de ingreso de pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, el enfoque de la investigación fue de tipo descriptivo y prospectivo, el cual permitió estudiar múltiples variables simultáneamente en un determinado tiempo, además generó la confiabilidad del registro de datos de cada variable a estudio.^{48,49}

4.9 Aspectos éticos de la investigación

4.9.1 Principios éticos generales

El presente estudio tuvo apego a las pautas éticas internacionales para la investigación realizadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las pautas que se aplicaron en este estudio son las siguientes: ^{52, 53, 54, 55, 56}

En relación al valor social y científico de éste estudio se refirió a la importancia de la información que se generó a través de las condiciones clínicas de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia y la necesidad de fortalecer el conocimiento sobre el sistema de referencia y contrareferencia obstétrica en el personal de salud, al realizar el estudio descriptivo y prospectivo con solidez científica se obtuvo información confiable que constituyó un antecedente para futuras investigaciones; se respetó el derecho y la autonomía de la paciente participante sin obligatoriedad para formar parte de dicho estudio.

4.9.2. Categoría de riesgo

Según las pautas internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, dicho estudio es catalogado en la categoría I (sin riesgo), considerándose sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna modificación ni intervención con las variables en estudio por parte de las investigadoras y no se invadió la privacidad de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

5. RESULTADOS

La recolección de datos para la investigación titulada: Condiciones clínicas de pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, se llevó a cabo durante el 2019, se entrevistaron a 208 pacientes referidas por promotores de salud cuyos datos fueron registrados a través de un instrumento de recolección de datos que incluyó cinco secciones: la primera sección incluyó datos sociodemográficos, la segunda sección signos vitales de ingreso, la tercera sección motivo de referencia, la cuarta sección complicaciones clínicas y la quinta sección procedimiento terapéutico quirúrgico realizado, a dichos datos se les aplicó análisis estadístico univariado.

A continuación, se presenta el marco muestral del estudio, conformado por pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en 2019.

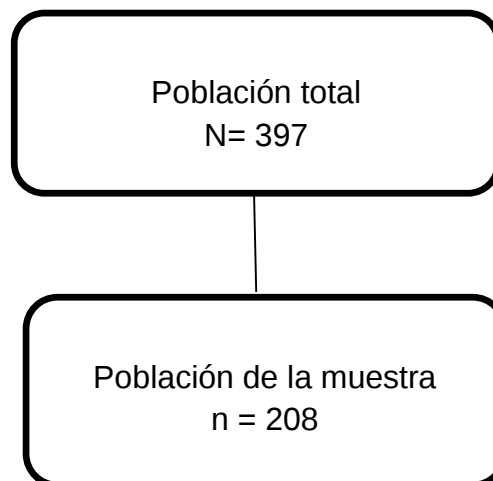


Tabla 5.1 Características sociodemográficas de las pacientes a estudio

n= 208		
Características sociodemográficas	f	%
Edad *ME= 24 años **(RIC 20-29)		
Estado civil		
Soltera	35	16.82
Casada	60	28.84
Unida	112	53.84
Divorciada	1	0.48
Ocupación		
Ama de casa	186	89.42
Comerciante	6	2.88
Jornalera	1	0.96
Otros	15	7.21
Escolaridad		
Primaria	111	53.36
Secundaria	38	18.26
Diversificado	48	23.07
Universitaria	1	0.48
Analfabeta	10	4.81

*ME= mediana aritmética **RIC= rango intercuartil

Tabla 5.2 Signos vitales de ingreso de las pacientes a estudio

n= 208		
Signos vitales de ingreso	f	%
Presión arterial		
Normal	191	91.83
Pre hipertensión	15	7.21
Hipertensión grado I	2	0.96
Frecuencia cardiaca		
Normal	206	99.04
Taquicardia	2	0.96
Frecuencia respiratoria		
Normal	207	99.52
Alta	1	0.48
Temperatura corporal		
Normal	135	64.90
Febrícula	60	28.85
Hipertermia	13	6.25
Saturación de oxígeno		
Normal	208	100

Tabla 5.3 Motivo de referencia de las pacientes a estudio.

Motivo de referencia	n= 208	
	f	%
Dolor pélvico	83	39.90
Sangrado vaginal	36	17.30
Embarazo de alto riesgo por edad mayor de 35 años	20	9.64
Salida de líquido amniótico	18	8.65
Embarazo juvenil	17	8.18
Cefalea	7	3.37
Fiebre	6	2.88
Oligohidramnios	5	2.40
Edema en manos y pies	4	1.92
Variaciones del ritmo cardíaco fetal	4	1.92
Estrechez pélvica	4	1.92
Náuseas	3	1.44
Macrosomía	1	0.48

Tabla 5.4 Complicación clínica y procedimiento terapéutico quirúrgico de las pacientes a estudio

Características clínicas	n=208	
	F	%
Complicación clínica		
Presente	114	55.89
Aborto	23	11.6
Trabajo de parto pretérmino	18	8.65
Ausente	93	44.11
Procedimiento terapéutico quirúrgico		
Cesárea transperitoneal	77	36.96
Episiotomía por parto eutócico simple	34	16.35
Aspiración manual endouterina	15	7.24
Legrado intrauterino	9	4.32
Exploración pélvica	1	0.48

6. DISCUSIÓN

Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con las tasas más altas de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de América Latina, las mujeres conforman el 51.1% y hombres 48.9% de la población total, el 53.9% vive en el área rural, según estos datos la pobreza está presente en la población rural indígena, mujeres y en menores de 18 años.⁵⁷

La red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social que atiende a la población descrita, está distribuida en tres niveles de atención; en el primer nivel la actividad debe ser la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, por medio de los promotores de salud sin embargo se ha enfocado en acciones curativas, por lo anterior surgió el interés de realizar una investigación con temática ginecoobstétrica para determinar las condiciones clínicas de ingreso de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en 2019, fue un estudio descriptivo prospectivo se tomó una muestra de 208 pacientes, para la recolección de datos se utilizó una boleta elaborada por las investigadoras con el objetivo de obtener información sobre las características sociodemográficas, signos vitales de ingreso, motivo de referencia, complicación clínica y procedimiento quirúrgico aplicado a las pacientes referidas.

De las características sociodemográficas que generó esta investigación se encontró una mediana de 24.25 años, con RIC de 20-29 coincidiendo esta mediana con el estudio realizado por Collado S, Sánchez A, titulado: Referencia y contrareferencia obstétrica en México, donde tuvo como resultado una mediana de 24.7 años.

Aunque en esta investigación el objetivo no fue describir rangos de edad, fue necesario hacer referencia a los mismos, por los siguientes resultados en cuanto a la edad predominante de las pacientes referidas de 20 a 24 años el cual registró el 32.21%, mientras que el rango de edad de 15 a 19 años reportó el 22.59% y el rango de 25 a 29 años presentó el 16.83%, éstos rangos de edad fueron similares con la Encuesta nacional materno infantil realizada en el 2014 y 2015 donde se indicó que el 41% de las mujeres son madres antes de los 20 años de edad y los casos de muerte materna fueron ascendentes desde los 20 años, teniendo el mayor pico entre los 30 y 34 años.⁵⁷

Para continuar con las características sociodemográficas de pacientes referidas por promotores de salud se registró que del estado civil el 53.84% fue unida, el 28.84% casada, el 16.82% soltera y un 0.48% divorciada, estos datos tuvieron similitud con las Estadísticas Demográficas y Vitales 2014 del Instituto Nacional de Estadística que registró un 32.6% de mujeres que dan a luz fueron casadas, dato que disminuyó desde el 2010 al 2014 en 1.2 puntos porcentuales a nivel nacional, situando al departamento de Santa Rosa con menor porcentaje de madres casadas en relación a los departamentos de Totonicapán y Chimaltenango los cuales registraron un 60.4% y 65.8% respectivamente.⁵⁸

Respecto a la ocupación de las pacientes referidas, se obtuvo que 89.42% fue ama de casa, 7.21% maestras, enfermeras y secretarias, el 2.88% comerciantes y 0.96% trabajó por jornada; éstos datos coinciden con el Instituto Nacional de Estadística en sus Estadísticas Demográficas y Vitales del departamento de Santa Rosa 2014, donde el 41% de las mujeres se dedicó a servicios domésticos y al cuidado del hogar.⁵⁸

En cuanto a la escolaridad de las pacientes referidas se registró que un 53.36% tiene educación primaria, un 23.07% diversificado, un 18.26% secundaria, un 0.48% universitarias y un 4.81% fue analfabeta, estos datos coinciden con los que registró el Instituto Nacional de Estadística en 2015, donde la mayor proporción de nacimientos correspondió a madres con educación primaria en un 37.4% y un 27.5% de madres con educación secundaria y sólo un 2.0% alcanzaron estudios superiores, similar con lo reportado a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística en 2013 donde indicó que las mujeres mayores de 14 años tuvo una tasa de 71.7% de analfabetismo.^{58, 59}

En relación a las condiciones clínicas de ingreso por promotores de salud fueron reflejadas a través de signos vitales, motivo de referencia, complicación clínica y tratamiento terapéutico quirúrgico aplicado; por lo que respecto a los signos vitales se registró un 99.52% con frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno dentro de parámetros normales, un 91.83% registró presión arterial normal, un 7.21% registró pre hipertensión arterial y un 0.96% registró hipertensión arterial grado I, temperatura corporal el 64.90% registró normotermia, un 28.85% registró febrícula y un 6.25% registró fiebre, fue importante observar que a dichas pacientes se les aplicó el protocolo clínico intrahospitalario respectivo.

En cuanto al motivo de referencia se registró que un 39.90% fue dolor pélvico, un 17.30% fue sangrado vaginal, un 9.64% embarazo del alto riesgo por edad mayor a 35 años, un 8.65% presentó salida de líquido amniótico, un 8.18% tuvo embarazo juvenil y un 16.33% presentó entre otros, cefalea, fiebre, oligohidramnios, edema en manos y pies, variaciones del ritmo cardiaco fetal, estrechez pélvica, náuseas y macrosomía, dichos datos tienen similitud con un estudio realizado por López G, titulado: Causas de referencias obstétricas de los servicios de Salud Pública, diagnóstico y resolución, donde registró que un 40% del motivo de referencia fue sangrado vaginal, 26% por trastornos hipertensivos asociados con el embarazo en pacientes mayores de 35 años y un 8.56% salida de líquido amniótico.⁶¹

De las pacientes a estudio se registró que el 55.89% presentó complicación clínica, entre ellas aborto el 11.60%, parto pretérmino el 8.65%, amenaza de aborto el 7.20%, preeclampsia el 6.73%, placenta previa, óbito fetal y embarazo ectópico el 1.44%, estos datos fueron similares al estudio realizado por la OMS en países de Latinoamérica donde se obtuvo que el 25.7% de las mujeres en el estudio presentó trastornos hipertensivos asociados al embarazo como complicación y 24.2% hemorragia vaginal por aborto en curso.^{60, 61}

Para continuar con la descripción anterior el 44.11% no registró complicación clínica, este resultado se puede comparar con un estudio realizado por López G, titulado: Causas de referencias obstétricas de los servicios de Salud Pública, diagnóstico y resolución, donde registró que el 26.09% de las pacientes referidas no presentó ninguna complicación dándole únicamente tratamiento farmacológico ambulatorio.^{61,62}

Con respecto al procedimiento terapéutico quirúrgico realizado a las pacientes referidas el 36.96% tuvo cesárea transperitoneal, un 16.35% episiotomía por parto eutócico simple, un 7.21% aspiración manual endouterina, un 4.32% legrado intrauterino y 0.48% exploración pélvica, estos resultados tienen similitud con un estudio titulado: Referencia y contrareferencia obstétrica realizado en México por Collado S, Sánchez donde tuvo como resultado que el 43% de las pacientes referidas la resolución del embarazo fue parto vaginal, el 24% fue cesárea transperitoneal y el 14% legrado intrauterino; el 34.68% de pacientes referidas no registró procedimiento terapéutico quirúrgico, pero es importante mencionar que se les brindó amplio plan educacional acompañado de tratamiento farmacológico ambulatorio.⁶²

Dentro de las fortalezas de la investigación se contó con un estudio confiable que permitió actualizar la información sobre las condiciones clínicas de ingreso de pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia, se tuvo asesoría de un ginecoobstetra, la investigación aporta datos confiables para futuras investigaciones en el tema.

En esta investigación se presentó las siguientes debilidades, el estudio fue solamente descriptivo con una muestra finita de las pacientes referidas y atendidas en la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, lo cual no permitió identificar en su totalidad la magnitud de las condiciones clínicas de referencia por parte de los promotores de salud.

La oportunidad de esta investigación fue aportar conocimiento científico al generar el informe sobre las condiciones clínicas de ingreso de las pacientes referidas por promotores de salud, para fortalecer el sistema de prevención y promoción de la Dirección del Área de Salud de Santa Rosa dirigidos a fortalecer los programas de salud enfocados a la mujer en edad reproductiva; se generó información confiable como antecedente para futuras investigaciones sobre la temática de la investigación.

7. CONCLUSIONES

- 7.1. En relación a las condiciones sociodemográficas de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa la edad mediana es de 24.25 años, nueve de cada diez ama de casa, más de la mitad unida y con educación primaria.
- 7.2. En cuanto a los signos vitales de las pacientes referidas por promotores de salud la mayoría registra presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno dentro de parámetros normales, siete de cada diez presenta temperatura corporal normal y tres de cada diez febrícula.
- 7.3. Con respecto al motivo de referencia más de un tercio presenta dolor pélvico, dos de cada diez presenta sangrado vaginal, una de cada diez salida de líquido amniótico y embarazo juvenil.
- 7.4. De las pacientes a estudio más de la mitad presenta complicación, una de cada diez aborto, trabajo de parto pretérmino y amenaza de aborto.
- 7.5. El tratamiento terapéutico quirúrgico que se aplica a la paciente referida es cesárea transperitoneal en cuatro de cada diez, una de cada diez episiotomía y aspiración manual endouterina.

8. RECOMENDACIONES

8.1 A la Dirección del Área de Salud de Santa Rosa

- 8.1.1 Fortalecer el sistema de supervisión para mejorar el sistema de vigilancia de detección temprana de factores de riesgo obstétrico a través de programas de promoción y prevención impulsadas por promotores de salud.
- 8.1.2 Fortalecer los programas impulsadas en salud materna para incrementar la cobertura y mejorar la atención integral de ésta población y lograr la reducción de las complicaciones obstétricas, principalmente en aquellas con factores de riesgo.

8.2 A los centros de Salud del departamento de Santa Rosa

- 8.2.1 Realizar capacitaciones constantes y permanentes a los promotores de salud del área de Santa Rosa, sobre los embarazos de alto riesgo, signos y síntomas de peligro en un embarazo, por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y personal especializado para mejorar el sistema de referencia.

8.3 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- 8.3.1 Incentivar a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas para continuar con la realización de estudios epidemiológicos sobre condiciones clínicas de referencias obstétricas, lo cual contribuye al control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades de mayor referencia obstétrica en Guatemala.

8.4 A la población del municipio de Cuilapa Santa Rosa

- 8.4.1 Que las mujeres de las comunidades participen y asistan a las actividades de los programas de promoción y prevención que brinda el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del primer nivel de atención sobre las complicaciones clínicas, signos y síntomas de alarma que presentan las pacientes obstétricas, evitando las referencias no justificadas al siguiente nivel de atención.

9. APORTES

El presente trabajo de investigación aportó conocimiento científico en el ámbito de la salud pública al determinar datos estadísticos confiables sobre las características sociodemográficas, signos vitales de ingreso de pacientes, con énfasis en el motivo de referencia del promotor de salud, la complicación clínica y el procedimiento terapéutico quirúrgico realizado a la paciente referida a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa.

Además, se brindó a cada paciente referida un amplio plan educacional sobre la fisiología normal del embarazo, las señales de peligro y la importancia de llevar control prenatal desde las primeras semanas para evitar posibles complicaciones, ya que el estudio tuvo interés sobre condiciones clínicas ginecoobstétricas que debió reconocer el promotor de salud para realizar la debida referencia.

También se realizó un informe con los datos obtenidos sobre las condiciones clínicas registradas de las pacientes que fueron referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, con el propósito de dejar un antecedente para futuras investigaciones sobre la temática, dicho informe fue presentado a la Dirección de Área de Salud de Santa Rosa, para fortalecer los programas de prevención y promoción enfocados en salud materna.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Talaiga Arrieta A. Evaluación del sistema de referencias y contrareferencias por parte de los prestadores o promotores de salud en el municipio de Montería departamento de Córdoba [en línea]. Colombia: Monografias.com; 2016 [citado 22 Feb 2019] Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos109/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia2.shtml>
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil [en línea]. Washington, D.C: OPS; 2015 [citado 02 Feb 2019] (Serie Paltex Para Ejecutores de Programas de Salud. Plan de acción para la Reducción, de la mortalidad materna y mejoramiento de la salud reproductiva) Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=normas-protocolos-y-resoluciones&alias=403-plan-de-accion-para-la-reduccion-de-la-mm-y-nn-y-mejoramiento-de-la-salud-reproductiva&Itemid
3. Sotelo Figueiredo J. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana [en línea]. 1993 Abr [citado 02 Abr 2019]; 114(4):289 Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=normas-protocolos-y-resoluciones&alias-plan-de-accion-para-la-reduccion-de-la-mm-y-nn-y-mejoramiento-de-la-salud-reproductiva&Itemid
4. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. Unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS; ASECSA; 2011 [citado 03 Mayo 2019]. Disponible en: asecsaguatemala.org/Descargas/Sistematizacion%20de%20dialogo%20con%20comadronas.pdf.
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de vigilancia de las embarazadas para la identificación de muerte Materna [en línea]. Guatemala: MSPAS, Departamento de Epidemiología Programa de la Salud Reproductiva; 2011 [citado 24 May 2019]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202018/Protocolos/Vigilancia%20de>

%20las%20Embarazadas%20y%20Muertes%20en%20Mujeres%20en%20Edad%20F%C3%A9rtiles.pdf

6. Barrondo V. Pertinencia de las pacientes con riesgo obstétrico por parte del personal de salud a otros niveles de atención de los municipios de Santa Babara y Todos Santos Cuchumatán [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2018. [citado 19 Mar 2019]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8435.pdf
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. VI Encuesta nacional de salud materno infantil 2014-2015 [en línea]. Guatemala: INE; SEGEPLAN; 2015. [citado Feb 19]. Disponible en: https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf
8. Montoya Cid F. Caracterización de pacientes obstétricas críticas. Rev Cuba Med Mil [en línea]. 2011 [citado 20 Feb 19]; 40(2): 7-11 Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol40_02_11/mil04211.htm
9. Tejada de Rivero D. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. Rev Peru Ginecol Obstet [en línea]. 2018 Jul [citado 24 de Feb 19]; 64(3): 361-366 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008
10. Tena Huerta A. Causas de referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el centro especializado de atención primaria a la salud de San Miguel Chapultepec [tesis Médico y Cirujano en línea]. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Departamento de Evaluación Profesional; 2014. [citado 05 Abr 2019]. Disponible <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14970/Tesis.419809.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Fuentes Yandún V, Tipaz A. Impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en pacientes obstétricas con relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al centro de salud n° 1, de la ciudad de Tulcán. [tesis Licenciada en Enfermería en línea]. Ecuador: Universidad Politécnica Estatal del Carchi del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 09 Abr 2019]. Disponible en:

<http://repositorio.upec.edu.ec:8080/bitstream/123456789/294/1/50%20IMPACTO%20DEL%20SISTEMA%20DE%20REFERENCIA%20Y%20CONTRAREFERENCIA>

12. Vásquez P, Herrera Y. Perfil de competencias del promotor de salud de Loreto [en línea]. Perú: MINSAL, Dirección General Regional de Salud Loreto; 2008. [citado 7 Mayo 2019]. Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1484.pdf>
13. Palomino Manrique M, Ramos Calderón J. Manejo de las referencias y contrarreferencia de las pacientes obstétricas atendidas en el centro de salud de Anta Cusco. [tesis Licenciada en Obstetricia en línea]. Perú: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia; 2014 [citada 06 Abr 2019] Disponible: en http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/425/3/Mary_Jessy_Tesis_bachiller_2016.pdf
14. Ventres B. El surgimiento de la atención primaria en América Latina, reflexiones desde el campo. J Am Board Fam Med [en línea]. 2013 Mar [citado 03 Abr 2019]; 26: 183-186 Disponible en: <http://cmajblogs.com/research-needs-on-primary-care-health-in-colombia-in-the-post-conflict-era>
15. Jaramillo Echeverril G, Pinilla Zuluaga C, Duque Hoyos M. Patients perception and communication with health personnel in the acute service of the Hospital of Caldas. Index Enferm (Colombia) [en línea]. 2014 [citado 07 Abr 2019]; 13(46): 1132-1296 Disponible en: <http://cmajblogs.com/research-needs-on-primary>
16. Burgos M, Gonzalez A, Houghton N, Arrighi E, Sureda S, Zúñiga Ana. Las asociaciones de pacientes como promotores de la atención centrada en las personas de América Latina [en línea]. Argentina: REFASAL, NOARTIS; 2018. [09 Abr 2019] Disponible en: [https://www.org.uk/sites/default/files/files/White%20Paper_REFASAL_FINAL_Espanol_18APR2018%20\(1\)\(1\).pdf](https://www.org.uk/sites/default/files/files/White%20Paper_REFASAL_FINAL_Espanol_18APR2018%20(1)(1).pdf)
17. Cabrera D, Zurita J. Satisfacción del usuario externo en relación al sistema de referencia y contrarreferencia [en línea]. Ecuador: RRAAE; 2012. [citado 09 Mayo 2019] Disponible en: http://rraae.org.ec/Record/0018_6aee99c75e2f199c365509e34d0d19d6/Details

18. Enríquez G, Montalvo Dávila Y. Propuesta de constitución de la red de salud comunitaria con enfoque intercultural, para el sistema de referencia y contrareferencia [tesis Licenciada en Enfermería en línea]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería; 2010 [citado 11 Abr 2019]. Disponible en: repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/707/1/06%20ENF%20438%20ARTÍCULO%20CIENTÍFICO.pdf
19. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral de salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2018. [citado 06 Mayo 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=p_ublications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=5
20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención integral de salud para el primero y el segundo nivel [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2018 [citado 27 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/index.php/noticias/temas-de-salud/category/72-documentos-sobre-la-salud>
21. Villega J, Villegas O, Villegas V. Semiología de los signos vitales una mirada novedosa a un problema vigente. Rev Med. España [en línea] .2012 [citada 24 Feb 2019]; 12(2): 221-240. Disponible en: <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadpdf/2738/273825390009/1>
22. Villegas González J, Villegas Arana O, Villegas González V. Archivos de medicina. Semiología de los signos vitales una mirada novedosa a un problema vigente (Colombia) [en línea]. 2012 [citado 21 Feb 2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/28182864/revisión_de_teMA_221_Semiología_de_loS_SignoS_vitaleS_una_mirada_novedoSa_a_un_Problema_vigente
23. Argente H, Álvarez M. Semiología médica, fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. enseñanza basada en el paciente [en línea]. Argentina: Medica Panamericana 2012. [citado 02 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com/libros/libro/4837/semiologia-medica.html>

24. Organización Panamericana de la Salud. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [en línea]. Washington, D.C: OPS; 2012 [citado 05 Feb 2019] Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1594.pdf>
25. Buitrago G, Castro A, Cifuentes R. Guías de práctica clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Rev Med Colombia [en línea]. 2013 [citado 11 Mar 2019]; 64(13): 289-323 Disponible en: www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf
26. Vigil P. Muertes maternas por eclampsia y síndrome HELLP. Rev Med J.Gine & Obst [en línea].2009 [citado 20 Feb 2019]; 104(2): 90-94 Disponible en: <https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/sindrome-hellp>
27. Sivalingam V, Colin D, Kirk E, Shephard L, Horne A Horne A. Diagnosis and management of ectopic pregnancyDiagnóstico [en línea]. J Fam Plann Reprod Health Care; 2012 [citado 22 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3213855/pdf/ukmss-37127.pdf>
28. The American College of Obstetrics and Gynecologist. Ectopic pregnancy [en línea]. Washigton, D.C: ACDG; 2011 [citado Feb 2019] Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq155.pdf?dmc=1&ts=20170125T1456405281>.
29. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynaecol [en línea]. 2007 [citado 19 Feb 2019]; 29(3): 261-266. Disponible en: [https://jogc.com/article/S1701-2163\(16\)32401-Xpdf](https://jogc.com/article/S1701-2163(16)32401-Xpdf)
30. Rodríguez E, Urtecho C. Factores relacionados con complicaciones obstétricas en embarazadas [en línea]. Mexico: edit ECORFAN;2014. [citado 12 Abr 2019]. Disponible en www.ecorfan.org/handbooks/Ciencias%20Naturales%20T-II/Articulo_19.pdf
31. Rojas Salas G, Montaña Calderon D, Melendez Guevara L. Manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Wanchaq, Cusco. [tesis Licenciatura en Enfermería en línea]. Peru: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional; 2014. [citada 12 Mayo 2019]

disponible

en:

alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UACI_61cca6a8b60c31afccd390e0d8fc276

32. Carvajal J, Ralph C. Manual de obstetricia y ginecología. 9 ed. [en línea]. Chile: Pontificia Universidad Católica; 2017 [Citado el 25 Feb 2019]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
33. Guerrero Hernández A, Briones Vega C, Díaz de León Ponce M, J Briones Garduño J. Cuidados intensivos en ginecología y obstetricia en el Hospital General de México. Rev Med Mexico [en línea]. 2011. [citado 20 Feb 2019]; 25(4): 211-217 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2011/ti114e.pdf>
34. Vignolo J, Vacarezza M, Alvares C, Sosa A. Niveles de atención de prevención y atención primaria en salud. Arch Med Interna (Uruguay) [en línea]. 2008. [citado 10 Abr del 2019]; 33 (1): 11-14. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
35. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas N° 1. Sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud [en línea]. Washington, D.C: OPS; 2005 [citado 5 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovacionSalud.pdf> 43 pp.
36. Guatemala. Ministerio de Salud y Asistencia Social. Guía para la implementación de la atención integrada y materna neonatal califica con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de atención del parto [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011 [citado 8 de Abr 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=567-2011-guia-para-la-implementacion-de-la-atencion-integral-materna-neonatal&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518
37. Confederación Internacional de Matronas. Competencias esenciales para la atención del parto [en línea]. España: La Confederación; 2017. [citado 26 Feb 2019]. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D497.pdf

38. Polo Sifontes F, Carad Ruano G. Monografía de Cuilapa [en línea]. Guatemala: Ministerio de Educación, CENALTEX; 1994. [citado 3 Mar 2019]. Disponible en: <http://cirma.org.gt/library/index.php?lang=en&title=52155&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@autor=POLO%20SIFONTES,%20FRANCIS@m>
39. Deguate.com. Guatemala para el mundo. Departamento de Santa Rosa, Cuilapa [en línea]. Guatemala: Deguate.com; 2019.[citado 7 Abr 2019] disponible en: <http://www.deguate.com/municipios/pages/santa-rosa/cuilapa.php>.
40. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reglamento orgánico interno del. Acuerdo Gubernativo No. 115-99 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2016. [citado 16 Abr 2019] Disponible en: hospitalsanjuandedios.mspas.gob.gt/descargas/2016/marconormativo/ReglamentoInternoMSPAS.pdf.
41. Herrera M. Fórmula para el cálculo de la muestra de poblaciones finitas. Entrenamiento en análisis de datos aplicado a la investigación científica para docentes universitarios de las ciencias de la salud y las ciencias sociales [en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Departamento Investigación; 2018. [citado 3 Jun 2019]. Disponible en: <https://investigacionpediahr.files.wordpress.com/2011/01/formula-para-cc3a1lculo-de-la-muestra-poblaciones-finitas-var-categorica.pdf>
42. Barrondo V. Pertinencia de la referencia de pacientes con riesgo obstétrico por parte del personal de salud comunitario y respuesta de otros niveles de atención [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2018. [citado 18 Jun 2019]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8435.pdf
43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [en línea]. México: Mc Graw-Hill; 2008. [citado 20 Jun 2019] Disponible en: https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf

44. Izcara Palacios S. Manual de investigación cualitativa. Técnicas de recolección de información en investigaciones [en línea]. México: Fontamara; 2019. [citado 04 Abr 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Simon_Izcara_Palacios/publication/271504124_MANUAL_DE_INVESTIGACION_CUALITATIVA/links/58949ab192851c54574b9fe7/MANUAL-DE-INVESTIGACION-CUALITATIVA.pdf
45. Orellana López D, Sánchez Gómez Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. Rev Invest. España [en línea] 2006. [citado 4 Abr 2019]; 24(1): 205-222. Disponible en: <https://gabriellebet.files.wordpress.com/2013/01/tecnicas-de-recoleccic3b3n4.pdf>
46. Colachahua Baldoceda M. Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el instituto nacional materno perinatal [tesis Obstetricia en línea]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. [citado 5 Jul 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4191/colachahua_bm.pdf;jsessionid=943146CD5B0A03C134363EE87AEFD3B5?sequence=1
47. Bernal C. Metodología de la investigación técnicas e instrumentos [en línea]. México: Editorial Itson; 2006. [citado 7 Abr 2019] Disponible en: http://brd.unid.edu.mx/recursos/Taller%20de%20Creatividad%20Publicitaria/TC03/lecturas%20PDF/05_lectura_Tecnicas_e_Instrumentos.pdf
48. Muñoz Razo C. Como elaborar y asesorar una investigación de tesis [en línea]. México: Pearson; 2011 [citado 2 Abr 2019] Disponible en: <http://www.indesgua.org.gt/wp-content/uploads/2016/08/Carlos-Mu%C3%B1oz-Razo-Como-elaborar-y-asesorar-una-investigacion-de-tesis-2Edicion.pdf>
49. Cuauero Chirinos R. Técnicas e instrumentos para la recolección de información en la investigación acción participativa [en línea]. Brasil: Universidad Federal De Goiás; 2014 [citado 12 Abr 2019]. Disponible en: https://mestrado.prpg.ufg.br/up/97/o/T%C3%A9cnicas_para_IAP.pdf

50. Gauchi Risso V. Estudio de los métodos de investigación y técnicas de recolección de datos utilizadas en bibliotecología y ciencia de la información. Rev. Científica (Argentina) [en línea]. 2017 [citado 12 Abr 2019]; 40(20): 2-11 Disponible en: <https://www.grupocomunicar.com/contenidos/pdf/infoescuela/II.3.4.pdf>
51. Solarte B. Técnicas de procesamiento y análisis de datos [en línea]. México: Prezi 2014 [citado 13 Abr 2019]. Disponible en: https://prezi.com/dz_u64vhztmu/tecnicas-de-procesamiento-y-analisis-de-datos/
52. Borda P, Dabenigno V, Freidin B, Guelman M. Estrategias para el análisis de datos cualitativos. Herramientas para la investigación social. [en línea]. Buenos Aires, Argentina; Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2017 [citado 05 Abr 2019]. Disponible en: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1605.pdf revisar.
53. Carrera D, González J. Desarrollo comunitario en la ciudad de Ambato. Evaluando necesidades y potenciando el sentimiento de comunidad [tesis Psicología en línea]. España: Universidad de Burgos, Facultad de la Educación Psicológica; 2015 [citado 03 Abr 2019]. Disponible en: http://riubu.ubu.es/bitstream/10259/3836/1/Carrera_Morales.pdf
54. Fernández N. Análisis cualitativos de datos [en línea]. México: Catarina.udlap.mx; 2003 [Citado 13 Abr 2019] Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/fernandez_h_g/capitulo5.pdf
55. García C, Barrera A, Reyes A. Guía para elaborar el protocolo del trabajo de graduación. [en línea]. Guatemala: USAC; FCCM; 2018. [citado 20 Feb 2019]. Disponible en: http://medicina.usac.edu.gt/cotrag/documentos/Gu%C3%ADa_para_la_elaboraci%C3%B3n_del_protocolo.pdf
56. Hernández R. Fernández C. Baptista P. Metodología de la Investigación [en línea] México: McGraw Hill; 2014. [citado 07 Abr 2019]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

57. Organización Panamericana de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Elaboradas por el consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. [en línea]. Washington, D.C: OPS; OMS. 2017. [citado 08 Abr 2019]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
58. Cortez O. Conocimientos de planificación familiar de las adolescentes embarazadas, Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa. [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de estudios de posgrado; 2016. [citado 20 Jul 2019] Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10201.pdf
59. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación epidemiológica muerte materna [en línea]. Guatemala: MSPAS, Departamento de Epidemiología; 2019. [citado 13 Jul 2019]. Disponible en: http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202019/MM/SALA%20SITUACIONAL%20MM%20trimestre%201_2019.pdf
60. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas demográficas y vitales 2014-2015 [en línea]. Guatemala: INE; 2016. [citado 26 Jul 2019] Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/01/13/FijiScCmvJuAdaPlozybqKmr01Xtkjy.pdf>
61. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Compendio estadístico de educación 2013-2014 [en línea]. Guatemala: INE; 2013. [citado 29 Jul 2019] Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/09/17/jO6xllGSskMn2WpcHQfga47xBoriOVcC.pdf>
62. López Medina G. Causas de referencias obstétricas de los servicios de salud pública, diagnóstico y resolución [tesis postgrado Ginecología y Obstetricia en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Postgrado; 2017. [citado 29 de Jul 2019] Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10389.pdf



11. ANEXOS

11.1 Anexo 1: Fórmula para cálculo de la muestra.

La fórmula para una población finita es la siguiente:

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

n = es el tamaño de la muestra

N = es el total de la población

z = es el coeficiente de confiabilidad

p = proporción esperada o prevalencia de la variable de interés en la población

q = 1-p

d = error

$$n = \frac{397 * 1.96^2 * 0.09 * 0.95}{0.03^2 (397-1) + 1.96^2 * 0.09 * 0.95}$$

$$n = \frac{130.3973496}{0.6848568}$$

$$n=189$$

$$\text{perdidas} = 189 \times 0.1 = 19$$

$$n= 208 \text{ pacientes}$$

Se tomó una proporción esperada del 9% debido a la ausencia de estudios realizados con el tema de la investigación. Por similitudes con un estudio de referencia y contra-referencia titulado “Pertinencia de la referencia de pacientes con riesgo obstétrico por parte del personal de salud comunitario y respuesta de otros niveles de atención” realizados por promotores de salud y comadrona en el área de Huehuetenango que fue realizado en el año 2001, donde prevaleció la referencia por parte de los promotores y comadrona de salud de un 9% de la población. Dando una muestra estimada de 208 pacientes. ²⁷

11.2 Anexo 2: Distribución de la proporción de la muestra, según la temporalidad de la referencia

Meses	Referencias por promotores de salud	Otras referencias	Total de referencias
Enero	31	43	74
Febrero	27	40	67
Marzo	35	60	95
Abril	30	51	81
Mayo	33	47	80
Total	156	241	397

11.3 Anexo 3: Consentimiento informado



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad De San Carlos De Guatemala
Facultad De Ciencias Médicas



CONDICIONES CLÍNICAS DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS POR PROMOTORES DE SALUD A LA EMERGENCIA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA

Yo _____ de _____ años de edad con número de DPI _____

Habiéndome informado previamente el objetivo de la investigación con el propósito de conocer las condiciones clínicas de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia de dicho hospital. He leído y comprendido la información, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Mi participación en ésta investigación es voluntaria y la información que se recogerá será estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación sin mi consentimiento. Entiendo que tengo derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi asistencia médica en este centro hospitalario. Se me ha explicado que no recibiré ningún aporte económico por la información dada.

Tomando en consideración todo lo expuesto, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que esta recolección de datos sea utilizada para el propósito de la investigación.

Cuilapa _____ De _____ De 20 _____

Nombre: _____ Firma/Huella: _____

11.4 Anexo 4: Asentimiento informado



ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENOR DE EDAD

Universidad De San Carlos De Guatemala
Facultad De Ciencias Médicas

CONDICIONES CLÍNICAS DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS POR PROMOTORES DE
SALUD A LA EMERGENCIA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
CUILAPA SANTA ROSA

Yo _____ Madre _____ Padre _____
De _____ de _____ años de edad

Habiéndome informado previamente el objetivo de la investigación con el propósito de conocer las condiciones clínicas de las pacientes referidas por promotores de salud a la emergencia de ginecoobstetricia de dicho hospital. He leído y comprendido la información, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Autorizo la participación de mi hija en ésta investigación que es voluntaria y la información que se dará es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación sin mi consentimiento. Se me explica que tengo derecho de retirar a mi hija de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera su asistencia médica en este centro hospitalario. Se me ha explicado que no recibiremos ningún aporte económico por la información dada.

Tomando en consideración todo lo expuesto, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que mi hija forme parte de la investigación en estudio y que los datos recolectados sean utilizados estrictamente para la investigación.

Cuilapa _____ De _____ De 20 _____

Nombre _____ Firma/Huella: _____

11.5 Anexo 5: Instrumento de recolección de datos



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad De San Carlos De Guatemala
Facultad De Ciencias Médicas



Boleta No. _____

CONDICIONES CLÍNICAS DE INGRESO DE PACIENTES REFERIDAS POR PROMOTORES DE
SALUD A LA EMERGENCIA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
CUILAPA SANTA ROSA

Nombre de las investigadoras

Ana Elizabeth Paredes Tot
Brenda Licet Pérez López

Sección I: Datos Generales

a. Edad: _____

b. Estado civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Unida
4. Divorciada
5. Viuda

c. Ocupación:

1. Ama de casa
2. Comerciante
3. Jornalera
4. Otros _____

d. Escolaridad:

1. Primaria
2. Básica
3. Diversificado
4. Universitaria
5. Analfabeta

Sección II: signos vitales

1. Estado de conciencia
2. Frecuencia cardíaca
3. Frecuencia respiratoria
4. Presión arterial
5. Llenado capilar
6. Oxigenación
7. temperatura corporal

Sección III: Motivo de referencia

1. cefalea
2. Dolor pélvico
3. Fiebre
4. Edema en rostro y manos
5. Salida de líquido amniótico
6. Trastornos visuales
7. Dificultad respiratoria
8. Nauseas
9. Otros _____

sección IV: Complicación clínica

1. Pre-eclampsia
2. Eclampsia
3. aborto
4. Hemorragia activa
5. Atonía uterina
6. Placenta previa
7. Retención placentaria
8. Embarazo ectópico
9. Embarazo múltiple
10. choque séptico
11. Choque hipovolémico
12. Síndrome de Hellp
13. Presentación variable
14. Convulsiones
15. Otros _____
16. Ninguno

Sección V procedimiento terapéutico

1. CSTP
2. LIU
3. AMEU
4. HAT
5. LPE
6. Ninguno

11.6 Anexo 6: Característica sociodemográfica de las pacientes a estudio según rangos de edad

n=208		
Edad en años	f	%
10-14	1	0.48
15-19	47	22.59
20-24	67	32.21
25-29	35	16.83
30-34	33	15.87
35-39	20	9.62
40-44	4	1.92
≥45	1	0.48

11.7 Anexo 7: Complicación clínica de las pacientes a estudio

n=114

Complicación clínica	f	%
Aborto	23	11.6
Trabajo de parto pretérmino	18	8.65
Amenaza de aborto	15	7.20
Pre-eclampsia	14	6.73
Presentación variable	9	4.32
Embarazo prolongado	8	3.85
Rotura prematura de membranas ovulares	7	3.36
Infección vaginal	6	2.88
Obesidad	3	1.44
Eclampsia	3	1.44
Sufrimiento fetal agudo fase taquicardia	2	0.96
Sufrimiento fetal agudo fase bradicardia	2	0.96
Anhidramnios	2	0.96
Placenta previa	1	0.58
Óbito fetal	1	0.48
Embarazo ectópico	1	0.48