



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

Tesis

**Perfil de las emergencias obstétricas atendidas
en el Centro de Salud de San Ignacio -
Cajamarca, junio 2021 - mayo 2022**

Para optar el título profesional de Obstetra

Autoras:

Euridis Evelin Laserna Gaslac
<https://orcid.org/0000-0002-6861-897X>

Mirian Julithza Robledo Quinde
<https://orcid.org/0000-0003-4221-3912>

Asesora:

Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
<https://orcid.org/0000-0001-6335-1471>

Tarapoto, Perú

2023



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

**Perfil de las emergencias obstétricas atendidas
en el Centro de Salud de San Ignacio -
Cajamarca, junio 2021 - mayo 2022**

Para optar el título profesional de Obstetra

Autoras:

Euridis Evelin Laserna Gaslac
<https://orcid.org/0000-0002-6861-897X>

Mirian Julithza Robledo Quinde
<https://orcid.org/0000-0003-4221-3912>

Asesora:

Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
<https://orcid.org/0000-0001-6335-1471>

Tarapoto, Perú

2023



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

**Perfil de las emergencias obstétricas atendidas
en el Centro de Salud de San Ignacio -
Cajamarca, junio 2021 - mayo 2022**

Para optar el título profesional de Obstetra

Autoras:

Euridis Evelin Laserna Gaslac
<https://orcid.org/0000-0002-6861-897X>

Mirian Julithza Robledo Quinde
<https://orcid.org/0000-0003-4221-3912>

Asesora:

Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
<https://orcid.org/0000-0001-6335-1471>

Tarapoto, Perú

2023



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

**Perfil de las emergencias obstétricas atendidas
en el Centro de Salud de San Ignacio -
Cajamarca, junio 2021 - mayo 2022**

Para optar el título profesional de Obstetra

Presentado por

Euridis Evelin Laserna Gaslac
Mirian Julithza Robledo Quinde

Sustentada y aprobada el 26 de octubre de 2023, por los jurados:

Presidente de Jurado
Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Secretario de Jurado
Obsta. Dr. José Manuel Delgado
Bardales

Vocal de Jurado
Obsta. Dra. Gloria Francisca
Quijandria Oliva

Tarapoto, Perú

2023



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Siendo las...17:15..... del día jueves 26 de octubre del 2023 en la ciudad de Tarapoto, se reunieron el JURADO EVALUADOR, en mérito a la Resolución N° 196-2022-UNSM-FCS/CF de fecha 08 de setiembre del 2023 integrado por los señores docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud:

OBSTA. DRA. ROSA RÍOS LÓPEZ	:	PRESIDENTE
OBSTA. DR. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES	:	SECRETARIO
OBSTA. DRA. GLORIA QUIJANDRIA OLIVA	:	VOCAL

Asesorados por la Obsta. Mg. MARINA VICTORIA HUAMANTUMBA PALOMINO, para atender a la sustentación de la tesis denominada: PERFIL DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN IGNACIO DE CAJAMARCA, JUNIO 2021 – MAYO 2022 presentado por las Bachilleres en Obstetricia EURIDIS EVELIN LASERNA GASLAC y MIRIAN JULITHZA ROBLEDO QUINDE aprobada con Resolución N° 220-2023-UNSM-FCS/CF-T de fecha 02 de octubre del 2023 para la obtención del TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA.

Visto y escuchada la sustentación de la tesis y las respuestas a las preguntas formuladas y, teniendo en cuenta los méritos al referido trabajo de investigación, así como el conocimiento demostrado por las sustentantes, el Jurado en pleno, lo declaran: *aprobado*..... con el calificativo de: *muy bueno* con la nota: *dieciocho*..... (*18*...)

Siendo las *18:25*..... del día 26 de octubre del 2023, el/la Presidente de Jurado declaran públicamente *aprobado*... la sustentación con el calificativo de *muy bueno* y procedió a dar por finalizado el Acto de Sustentación. En consecuencia, quedan en condición de realizar el trámite para la obtención del Título Profesional de Obstetra.

Tarapoto 26 de octubre del 2023.



Rosa Ríos López

OBSTA. DRA. ROSA RÍOS LÓPEZ
PRESIDENTE



José Manuel Delgado Bardales

OBSTA. DR. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES
SECRETARIO



Gloria Quijandria Oliva

OBSTA. DRA. GLORIA QUIJANDRIA OLIVA
VOCAL

Constancia de asesoramiento

El que suscribe el presente documento,

Hace constar:

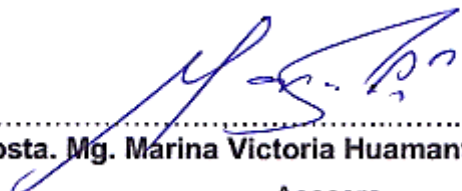
Que, he asesorado y revisado la tesis titulada: **Perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021 - mayo 2022**, en fechas del cronograma a fin de optimizar y agilizar la investigación, elaborada por las señoritas bachilleres:

Bachilleres en Obstetricia: **Euridis Evelin Laserna Gaslac**
Mirian Julithza Robledo Quinde

La que encuentro conforme en estructura y en contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente, y para que conste, firmo en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 26 de octubre del 2023.

Atentamente,


.....
Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
Asesora

Declaratoria de autenticidad

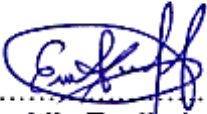

Euridis Evelin Laserna Gaslac, con DNI N° 70236087 y **Mirian Julithza Robledo Quinde**, con DNI N° 71011406, bachilleres de la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, autoras de la tesis titulada: **Perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021 - mayo 2022.**

Declaramos bajo juramento que:



1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 26 de octubre del 2023.

Euridis Evelin Laserna Gaslac
DNI N° 70236087

Mirian Julithza Robledo Quinde
DNI N° 71011406

Ficha de identificación

<p>Título del proyecto:</p> <p>Perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022.</p>	<p>Área de investigación: Salud Pública Línea de investigación: Servicios de Salud Sublínea de investigación: Salud Sexual y Reproductiva Grupo de investigación: Tesis de grado Tipo de investigación: Básica</p>
--	---

<p>Autora:</p> <p>Mirian Julithza Robledo Quinde Euridis Evelin Laserna Gaslac</p>	<p>Facultad de Ciencias de la salud Escuela Profesional de Obstetricia https://orcid.org/0000-0003-4221-3912 https://orcid.org/0000-0002-6861-897X</p>
<p>Asesora:</p> <p>Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia https://orcid.org/0000-0001-6335-1471</p>

Dedicatoria

A mis padres don Abraham Robledo y doña Anill Quinde, quienes siempre me han inspirado y motivado para superarme cada día más, se los debo por el enorme esfuerzo que han puesto en mi para llegar a donde estoy y por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad.

Mirian

A mis padres, Daniel y Bessy, por su amor incondicional y por creer en mi desde el principio; siempre fue muy importante su apoyo constante y sus sacrificios, que han sido la clave de mi éxito.

Gracias a mis hermanos Milagros, Juan y Naomi, porque me hacen sentir tan orgullosa de lograr mi objetivo.

Euridis

Agradecimientos

A nuestro amado Dios, agradecemos por permitirnos vivir la emoción de esta experiencia tan especial en nuestras vidas, porque en las dificultades nos concedió una fuerza esencial para seguir adelante y alcanzar la meta.

A nuestra alma mater, la Universidad Nacional de San Martín, a su plana docente, que con sus enseñanzas hicieron posible nuestra formación profesional, personal y espiritual.

A la Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino, asesora del presente estudio, por su importante contribución en la realización de esta investigación.

Al personal del Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca, que contribuyeron en la obtención de los datos de la investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis

Las autoras

Índice general

Ficha de identificación	6
Dedicatoria	7
Agradecimientos.....	8
Índice general.....	9
Índice de tablas	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN.....	14
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Fundamentos teóricos	20
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	33
3.1. Ámbito y condiciones de la investigación.....	33
3.1.1 Contexto de la investigación.....	33
3.1.2 Periodo de ejecución.....	34
3.1.3 Autorizaciones y permisos	34
3.1.4 Control ambiental y protocolos de bioseguridad.....	34
3.1.5 Aplicación de principios éticos internacionales	34
3.2. Sistema de variables	36
3.2.1 Variables principales	36
3.2.2 Variables secundarias.....	37
3.3 Procedimientos de la investigación.....	37
3.3.1 Tipo y nivel de la investigación.....	37
3.3.2 Población y muestra.....	37
3.3.3 Diseño analítico, muestral y experimental	38
3.2.2 Variables secundarias.....	37
3.2.2 Variables secundarias.....	37
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1. Resultafos	42

	10
4.2. Discusión.....	48
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS	59

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1	Perfil sociodemográfico de las pacientes obstétricas referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021-mayo 2022.....	42
Tabla 2	Perfil obstétrico de las pacientes obstétricas con emergencias obstétricas referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021-mayo 2022.....	43
Tabla 3	Características del momento en que ocurren las emergencias obstétricas referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021-mayo 2022.....	44
Tabla 4	Características de las atenciones prenatales recibidas durante el embarazo actual, según edad gestacional de emergencias obstétricas referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021-mayo 2022.....	45
Tabla 5	Características referidas al diagnóstico de las emergencias obstétricas referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021-mayo 2022.....	46
Tabla 6	Características referidas al lugar donde ocurren las emergencias obstétricas recepcionadas en el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021-mayo 2022.....	47

Resumen

Perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

Las emergencias obstétricas, constituyen una prioridad de la salud materna y es pilar fundamental dentro de la formación académica del obstetra que le permite afrontar con conocimiento científico y técnico de atención los casos presentes en diferentes niveles de atención y en circunstancias de la práctica obstétrica. La investigación tuvo como objetivo, determinar el perfil de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud de San Ignacio-Cajamarca, junio 2021- mayo 2022, es una investigación básica, de diseño no experimental cuantitativa, descriptivo simple y de corte transversal, la población fue de 116 historias clínicas de pacientes de emergencias obstétricas. Para la recolección de datos respecto al tema se utilizó la técnica de análisis documental y como instrumento una ficha de recojo de datos. Resultados: Las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el centro de Salud San Ignacio-Cajamarca, se caracterizan por: el 58,6 % con edad entre 20 y 34 años; el 45,7 % con instrucción secundaria; el 61,2 % con estado civil casado/conviviente; y el 58,6 % proceden de la zona urbana. Las emergencias obstétricas referidas desde el centro de Salud San Ignacio-Cajamarca presentaron el siguiente perfil obstétrico: el 40,5 % tuvieron un solo embarazo; el 60,3 % tienen de uno a dos hijos vivos; asimismo, el 21,7 % de las mujeres llegaron al término sin recibir ninguna atención prenatal. Las emergencias obstétricas referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, presentan el siguiente perfil: la mayoría, el 56,9% ocurrieron en el tercer trimestre (ruptura prematura de membranas; preeclampsia; sufrimiento fetal agudo, presentación fetal anómala; desproporción céfalo pélvica; embarazo múltiple); seguido del 25,0 % presentadas en el primer trimestre (aborto; embarazo ectópico); y el 6,0 % en el segundo trimestre (placenta previa). El 12,1 % de las complicaciones se presentaron en el puerperio inmediato (hemorragia post parto). El 69,8 % de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca ocurren en casa y se trasladan al establecimiento de salud en movilidad particular. Se concluye: el perfil de las emergencias obstétricas está determinado por el diagnóstico de ingreso y las complicaciones que determinan las referencias, las mismas que se presentan en el grupo de edad de 20-34 años, mayoritariamente después de las 28 semanas de gestación; con una alta prevalencia de embarazos sin atención prenatal, que se complican en casa y llegan al establecimiento de salud por sus propios medios en vehículos particulares.

Palabras clave: Emergencias obstétricas, salud materna, referencias.

ABSTRACT

Obstetric emergencies profile attended at the San Ignacio Health Center - Cajamarca, June 2021 - May 2022

Obstetric emergencies are a priority in maternal health and are a fundamental pillar in the obstetrician's academic training that allows him/her to face with scientific and technical knowledge the cases present at different levels of care and in circumstances of obstetric practice. The objective of the research was to determine the profile of obstetric emergencies referred from the San Ignacio-Cajamarca Health Center, June 2021-May 2022. It is a basic research, with a non-experimental quantitative, simple descriptive and cross-sectional design; the population consisted of 116 clinical histories of obstetric emergencies patients. Documentary analysis technique was used to collect data on the subject and a data collection form was used as an instrument. Results: The sociodemographic characteristics of the patients with obstetric emergencies referred from the San Ignacio-Cajamarca Health Center were as follows: 58.6 % were between 20 and 34 years old; 45.7 % had a high school education; 61.2 % were married/cohabiting; and 58.6 % were from the urban area. The obstetric emergencies presented the following obstetric profile: 40.5% had only one pregnancy, 60.3% had one to two living children; furthermore, 21.7% of the women reached term without receiving any prenatal care. The obstetric emergencies referred from the San Ignacio-Cajamarca health center had the following profile: the highest number, 56.9%, occurred in the third trimester (premature rupture of membranes; preeclampsia; acute fetal distress; anomalous fetal presentation; cephalo-pelvic disproportion; multiple pregnancy); followed by 25.0% in the first trimester (abortion; ectopic pregnancy); and 6.0% in the second trimester (placenta previa). The 12.1 % of the complications occurred in the immediate puerperium (postpartum hemorrhage). The 69.8% of obstetric emergencies referred from the San Ignacio-Cajamarca Health Center occur at home and are transferred to the health facility by private vehicle. In conclusion: the profile of obstetric emergencies is determined by the admission diagnosis and the complications that determine the referrals, which occur in the age group 20-34 years, mostly after 28 weeks of gestation, with a high prevalence of pregnancies without prenatal care, which are complicated at home and arrive at the health facility by their own means in private vehicles.

Keywords: Obstetric emergencies, maternal health, referrals.



CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

Para el afrontamiento de los problemas obstétricos resulta indispensable que el profesional tenga una data del perfil de las emergencias, y sobre todo cuando la capacidad resolutoria del establecimiento de salud no alcanza la calificación y menos la implementación logística ni profesional. Por lo tanto, es crucial recordar que las mujeres tienen derecho a una atención obstétrica de alta calidad; esta atención debe ser equitativa, oportuna, resolutoria y eficaz. Cabe destacar que la satisfacción con el parto hospitalario y la atención obstétrica del trabajo de parto y del puerperio es uno de los indicadores más importantes de la calidad de la atención obstétrica, ya que puede utilizarse para fortalecer áreas de actuación exitosas y mejorar aquellas donde la satisfacción es menor (1) .

Además, las emergencias obstétricas constituyen un gran capítulo en la formación técnica y científica del futuro obstetra, tal como se evidencia en el currículo de la escuela profesional de obstetricia (Resolución N° 060-2010-UNSM/FCS-D); y el profesional está preparado para salvaguardar en su integridad la salud de la madres con mayor impulso en la prevención de las muertes maternas que es un objetivo estratégico en la política general de salud y como indicador de calidad en la atención obstétrica. Se puede argumentar según los estudios que el 20 % de las mujeres embarazadas desarrolla complicaciones obstétricas asociadas con muerte materna y perinatal. Cada año, alrededor de un millón de mujeres en todo el mundo mueren debido a situaciones de agravamiento durante el embarazo y el parto. Es poco probable que muchas emergencias obstétricas significativas ocurran en pacientes sin factores de riesgo, por lo tanto, la prevención de estos eventos, la detección temprana y la pronta intervención son esenciales para prevenir resultados perinatales adversos (2).

Sin embargo, la literatura muestra que el 16 % de las muertes maternas ocurrieron debido a enfermedades relacionadas con la hipertensión y que más de la mitad de estas muertes relacionadas con la hipertensión fueron catalogados como prevenibles; la hemorragia fue la causa directa del 11,4 % de muertes maternas ligadas con el embarazo; la tromboembolia pulmonar representó el 9.2 % de las muertes “relacionadas con el embarazo” (3). Por otro lado, en el Perú, en el año 2020, el 55,3 % de las muertes maternas en mujeres menores de 19 años se debieron a causas directas, siendo las más importantes la hipertensión arterial (21,3 %) y el sangrado (14,9 %). Por causas indirectas, la causa de mortalidad más cotidiana en mujeres jóvenes menores de 19 años fue el padecimiento de infección por la COVID-19 (12,8 %), seguida de las

enfermedades infecciosas y parasitarias (8,5 %) y las enfermedades sistémicas. enfermedades respiratorias (6,4 %)(4).

Es importante aclarar el significado de prevención, cuyo objetivo es afianzar la calidad de la atención obstétrica mediante la detección y el tratamiento tempranos de las patologías o daños que surgen durante el proceso del embarazo, el trabajo de parto o el puerperio. Esto mejorará la atención materna, la salud fetal y reducirá la morbilidad y mortalidad materno-perinatal relacionada con los siguientes factores: Prevención y detección temprana de complicaciones del embarazo; manejo de las complicaciones de la hipertensión relacionadas con el embarazo; infecciones provocadas por el embarazo y el parto (rotura tardía de membranas y toxoplasmosis); detección temprana de anomalías durante el parto; tratamiento de un parto sano y sin complicaciones; y complicaciones hemorrágicas relacionadas con el embarazo (5).

Con certeza, la seguridad en la atención obstétrica ha ganado una atención significativa en los últimos años porque los “profesionales de la salud” están muy dedicados a reducir los eventos adversos y mejorar la atención. Sin embargo, esto ocurre en circunstancias con diversos grados de complejidad e incertidumbre, donde hay varios riesgos, y es probable que el comportamiento humano aumente la probabilidad de error. Tratar a dos pacientes, madre y feto al mismo tiempo, requiere muchas veces decisiones a corto plazo, y la madre está constantemente esperando ser tratada con prioridad, como se espera en cada momento del trabajo de parto y posparto (6). Es conveniente recalcar que, los establecimientos de salud de nivel I-4 como es el caso del Centro de Salud San Ignacio, no tienen la capacidad de brindar apoyo especializado a las atenciones obstétricas complicadas, por lo que, ante la presencia de caso en su condición de las emergencias obstétricas tienen que ser referidas de manera imprescindible a establecimientos de mayor complejidad, a fin de obligar la atención especializada, con mayor tecnología, y de manera oportuna de los casos.

Del mismo modo, luego haberse implementado un “sistema de referencia y contrarreferencia” en la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, tuvo resultados positivos y motivadores e incluso superó las previsiones sanitarias. La dinámica de atención de la salud mejoró sustancialmente en favor de la mujer, el niño y la población en general que siempre demanda un sistema de salud eficiente y de calidad. Así, la mortalidad materna en 2016 fue de 89 x 100 mil nacidos vivos, lo que supuso un hito importante en el sistema regional de salud (7). Es muy importante contar con un estudio científico sobre el tema que nos ayude a mejorar la respuesta frente a las emergencias obstétricas, por lo que nos planteamos el presente proyecto.

Es muy importante contar con un estudio científico sobre el tema que nos ayude a mejorar la respuesta frente a las emergencias obstétricas, por lo que nos planteamos la siguiente formulación del problema de investigación: ¿Cuál es el perfil de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022? Lo que intentamos responder con la siguiente hipótesis de investigación: El perfil de las emergencias obstétricas está determinado por el diagnóstico de ingreso y las complicaciones que determinaron las referencias desde el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022. Luego para facilitar el desarrollo del estudio se plantearon los objetivos general y específico: como objetivo general se plantea, determinar el perfil de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022. Y los siguientes objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca. Identificar el perfil obstétrico de las pacientes referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca. Establecer el perfil de las emergencias obstétricas según diagnóstico clínico, de las pacientes referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Sucuy, Vera (8) en el 2019, Guayaquil, Ecuador. Los resultados de este estudio permitieron demostrar que, el perfil epidemiológico del primer trimestre sobresale los abortos, y el tratamiento más utilizado es el farmacológico; también los factores de riesgo de sangrado materno en el III trimestre fueron la hipertensión arterial, que representó aproximadamente el 18 %; que el perfil epidemiológico del sangrado materno en el tercer trimestre muestra que la atonía uterina representa el 52 % y la coagulopatía el 20 %.

Además, Castillo (9) en el 2018, Ciudad de México, los hallazgos del estudio mostraron que la preeclampsia y sus complicaciones, como el síndrome HELLP y la eclampsia, ocurrieron en el 48 % de los casos, seguidas de hemorragia posparto en el 33 % de los casos (mediana de edad, 27 años), así como el grupo de edad más vulnerable, 15 a 24 años (25 %); el 71 % de los pacientes presentaba obesidad o trastornos alimentarios; asimismo, el 80 % de los partos terminaron en cesáreas. Llegaron a la conclusión que las pacientes con condiciones obstétricas que frecuentemente requieren cuidados intensivos son aquellas que tienen factores de riesgo como edad joven, baja el nivel educativo, la obesidad y la sobrealimentación, y el número de embarazos.

También, Rivera, et. al. (10) en el año 2020, Santiago-Chile, obtuvo resultados de la investigación que, el embarazo ectópico es una enfermedad potencialmente mortal con una incidencia del 1-2 %. El 97 % ocurre en las trompas de Falopio y el 80 % en el la zona ampular. De igual forma, el manejo médico es una opción segura y efectiva para la mayoría de los pacientes hemodinamicamente estables. Si el tratamiento médico falla, si la paciente está física o emocionalmente disminuida, confirmado el embarazo ectópico o ectópico, esto se maneja con tratamiento quirúrgico, idealmente debería hacerlo por medio de la laparoscopia. Independientemente del tratamiento utilizado, las probabilidades de éxito son altas y las complicaciones son raras. Concluyeron que el diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para disminuir las complicaciones asociadas a esta patología.

Asimismo Rangel-Flores et al, (11) en el año 2022, México, obtuvo como resultados de la investigación que, las entrevistadas reconocieron tempranamente las complicaciones, pero pospusieron la atención profesional hasta que aparecieron signos objetivos de

complicaciones; en su opinión, la llegada puntual a un centro médico no garantiza una conducción o tratamiento oportuno y adecuado; además reportaron un inadecuado apoyo de redes formales e informales para traslados y atención para la atención de especialidades. proponen que la sociedad y los gobierno necesitan desarrollar políticas integradas e integradoras que permitan a las mujeres cuidarse a sí mismas en emergencias obstétricas, políticas que fomenten el autocuidado de las mujeres, pero también aseguren redes y servicios profesionales de calidad.

A su vez Quispe y Oyola (12) en el año 2018 Trujillo-Perú, obtuvo como resultados de la investigación que, las emergencias obstétricas registradas fueron shock hipovolémico 45,5 %, síndrome HELLP 22,7 %, eclampsia 19,9 % y shock séptico 11,9 %, además, las características epidemiológicas que se presentan en los registros de casos de emergencia obstétrica son: El 34,5 % reporta un rango de edad de 26-35 años (la edad promedio fue de 27,6 años con una desviación estándar de ± 8 años), el 80,2 % convivientes, el 29,9 % dijeron ser del distrito de El Porvenir, y el 63,8 % tenían un promedio de 3,3 atenciones prenatales; con respecto a los antecedentes obstétricos el 74,6 % no registran antecedentes de abortos.

Igualmente Rodríguez (13) en el año 2021, Pucallpa-Perú, obtuvo como resultados investigación que, las muertes maternas más evitables (preeclampsia severa, cardiopatía severa, diabetes severa, enfermedad renal severa, ofidismo, accidentes de tránsito, etc.) que representan 74,88 % recibieron atención en el cuidado de gestantes en los servicios de la UCIO; además, la edad media fue de 26 años, el rango intercuartílico fue de 21 a 33 años, y el lugar de origen y la edad se asociaron con los diagnósticos más comunes de muerte materna evitada (preeclampsia, shock hipovolémico, hemorragia posparto) con un valor de p superior a 0,05. Concluyeron que los trastornos más frecuentes se debían a trastornos hemorrágicos e hipertensivos; que la edad materna no se asocia con el diagnóstico más común de muerte materna evitada. También señala que el lugar de origen no está asociado con el diagnóstico más común para evitar la mortalidad materna.

También Martínez (14) en el año 2019, Huancayo-Perú, obtuvo como resultados de la investigación que, la edad osciló entre 20 y 34 años (70,65 %), nivel de educación básica: secundaria 50,54 %, convivientes 77,72 %. Según los perfiles obstétricos, la mayoría ha tenido uno o dos embarazos, incluido el embarazo actual que representan el 47,83 % y el 30,98 % respectivamente. Las 10 principales complicaciones identificadas fueron, en orden de prioridad, preeclampsia 21,74 %, ruptura prematura de

membranas 10,33 %, desproporción cefálico-pélvico 9,78 %, complicaciones obstétricas 9,78 %, aborto 8,70 % y hemorragia posparto 8,15 %, hemorragia tardía del embarazo 7,61 %, sufrimiento fetal agudo 5,98%, amenaza de parto prematuro 4,89%, cesárea anterior 4,35%. De igual forma, el 66,30% de las complicaciones ocurren entre las 37 y 40 semanas de gestación, pero son escasas en el puerperio y ocurridas en las primeras 24 horas.

Asimismo Ortiz (15) en el año 2021 Andahuaylas-Perú; obtuvo como resultados de la investigación que, Las características de la atención de emergencia obstétrica se presentaron 61,67 % en el grupo de edad de 20 a 34 años, el 18,33 % eran adolescentes; el 78,33 % tenían estudios secundarios, el 96,67 % eran de zona rural y casadas o convivientes el 83,33 %. En caso de emergencias, el 56,67 % se presentaron en el tercer trimestre, y el 30% en el primer trimestre de embarazo: el 26,67 % eran nulíparas, el 28,33 % eran primíparas y el 41 % eran multíparas. Sobresale también que el 43,33 de todas las emergencias ocurrieron en el domicilio, y 31,67 % ocurrieron en el mismo establecimiento de salud; destacan que el 56,67 % se trasladó a pie, 21,67 % en ambulancia y 21,67 % en vehículo particular. Además, el 66,67 % informó que, en menos de 1 hora desde la ocurrencia, recibió atención de la emergencia; pero que un 18,33 % fueron atendidas dentro de 1-2 horas y 15 % demoró entre dos a nueve horas o más antes de recibir tratamiento médico después de la emergencia. Las principales condiciones médicas atendidas en la emergencia fueron aborto 20 %, hemorragia posparto 15 %, complicaciones posparto 13,33 %, hipertensión 11,67 %, problemas de salud fetal 11-67 %, amenaza de parto prematuro 10 % y complicaciones posparto 8,33 %. Se resalta asimismo que, de las emergencias atendidas, el 96,67 % fueron estabilizadas y brindadas la respectiva referencia a un establecimiento de segundo nivel.

Además Cárdenas (16) en el año 2018 Lamas-Perú, obtuvo como resultados de la investigación que, destacó El nivel de gestión de la gestión de "referencias y contrarreferencias" de las emergencias obstétricas le corresponde una puntuación "regular" del 33 %; el nivel de manejo de manejo asistencial fue de "regular" 34 %; además, los diagnósticos más comunes a los que son referidas las mujeres embarazadas son "aborto incompleto" e hipertensión grave relacionada con el embarazo; de igual forma, el 39 % de las derivaciones fueron realizadas por obstetras, seguido por el médico cirujano con un 25 %; concluyendo el estudio, informaron que el nivel de cumplimiento de las normas técnicas para "referencias y contrarreferencias" de emergencias obstétricas en el Hospital Rural de Lamas fue de nivel "regular".

Del mismo modo Cardenas, et al (17) en el año 2020, en el Hospital II-1 en la ciudad de Moyobamba – Perú, obtuvo como resultados de la investigación que, el cumplimiento del sistema de "referencia y contrarreferencia" estuvo en un nivel regular en el 42 %, el nivel de manejo "asistencial" de pacientes obstétricas estuvo en un nivel regular con un 44 %, así como el nivel de manejo administrativo alcanzó la condición de regular en un 50 %. Informa también que el diagnóstico de referencia más común fue hipertensión grave inducida por el embarazo en un 23 %. Concluye este estudio manifestando que no existe una asociación significativa entre "referencia y contrarreferencia" en el Hospital II-1 de Moyobamba con el manejo de las emergencias obstétricas.

A su vez Vigil (18) en el año 2019, Tarapoto-Perú, cuya investigación fue no experimental, cuantitativo, con un diseño de estudio descriptivo correlacional, en la que utilizaron la técnica fue análisis documental, obtuvo como resultados que, de las referencias y contrarreferencias estudiadas en el presente estudio, el 83,4 % se desarrolló regularmente, el 15,9 % se desarrolló inadecuadamente y solo el 0,7 % se realizó de manera adecuada. De las muertes maternas identificadas en el estudio, 70 % fueron muertes maternas directas y 30,0 % fueron muertes maternas indirectas. Este estudio llega a la conclusión de que no existe asociación entre el sistema de referencias en el Hospital II-2 Minsa-Tarapoto y la mortalidad materna en el año (18).

2.2. Fundamentos teóricos

El siguiente fundamento teórico explica las ideas primordiales requeridas para comprender el desarrollo del presente estudio teniendo en cuenta la necesidad de identificar el perfil de usuario de las pacientes de emergencia obstétrica, las complicaciones más comunes con el embarazo y el parto, y los momentos cruciales del proceso de reproductivo; teniendo en cuenta que la identificación de estos factores pueden ayudar a asegurar un tratamiento más efectivo y oportuno para salvar una situación crítica de salud o momentos cruciales de una emergencia obstétrica. El perfil de las emergencias obstétricas son una serie de sucesos, causada tanto desde el estado materno como fetal y que son tanto un peligro apremiante para la vida, lo que demanda una conducta rápida del profesional de obstetricia. El perfil facilita la clasificación de la casuística según el evento sea hemorrágico o no, determinando la toma de decisiones con la mayor prontitud partiendo del diagnóstico que debe guiar la resolución de la emergencia (19).

Nuestro abordaje teórico se adecua a la norma técnica de salud orientada a la atención integral de la salud materna, lo que permite comprender que la maternidad es un

acontecimiento natural que se espera continúe sin alteraciones que perjudiquen su salud, es decir sin complicaciones que pongan en riesgo la salud y la vida de la madre o del niño (20).

2.2.1. Emergencias y urgencias.

Una emergencia de salud se refiere a una condición clínica fortuita e inesperada que requiere atención inmediata porque representa una amenaza inequívoca para la vida o la salud cuyas consecuencias pueden ser causa de muerte o situación incapacitante para el paciente (21). Las situaciones de emergencia y urgencia son dos situaciones diferentes. Ambos se relacionan con prácticas médicas, pero son palabras con diferentes significados y con frecuencia llevan a la confusión. Urgencia significa que el problema debe ser resuelto inmediatamente, lo que significa acción de solución sin demora en el caso de dificultades presentadas. En otras palabras, una urgencia médica significa una situación en la que se necesita atención en poco tiempo, pero no significa necesariamente amenaza incontrolable para garantizar la vida de los pacientes afectados y tampoco consecuencias inesperadas en el desarrollo de una situación de atención médica (22).

En este sentido, la tarea de la medicina de urgencia es afrontar y resolver, mediante un diagnóstico y tratamiento precoces, todas aquellas situaciones que amenacen la vida del paciente o supongan una amenaza esencial para él o para alguno de sus órganos. Todo este arreglo, si se implementa adecuadamente, conduce a una disminución de la mortalidad y, por lo tanto, a una reducción del tiempo de la enfermedad y su complicación (23). De igual forma, la Organización Mundial de la Salud considera como emergencia médica todas aquellas situaciones que requieren acción y decisión médica inmediata. Por la situación o la complejidad de la situación, ponen en peligro la vida de los involucrados. Cuando se trata de una emergencia médica, ganar tiempo es indispensable, por lo que los paramédicos deben atender al paciente donde se encuentre, con el objetivo de alejarlo del peligro en el que se encuentra. Una vez estabilizada la amenaza a la vida, es necesario trasladar a la(s) víctima(s) a un centro de salud para implementar las medidas necesarias para mejorar la salud física y mental del afectado (22).

Debido a que las emergencias médicas son situaciones de salud con consecuencias de riesgo inmediatas que amenazan la vida, su resolución oportuna es fundamental. Se ha demostrado que la respuesta inmediata a las emergencias médicas tiene un impacto positivo en la salud de la población (24).

2.2.2. Emergencias obstétricas.

Las emergencias obstétricas representan una sucesión de acontecimientos perinatales de origen tanto maternos como fetales que pueden ocurrir inesperadamente en cualquier momento, ya sea durante el embarazo, en el parto o posparto; pero más concretamente, cuando se trata de emergencias nos referimos categóricamente a complicaciones graves que pueden surgir y que pueden situar en riesgo la salud materna, fetal o de ambos (25) (26). De acuerdo con la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna, una condición grave relacionada con el embarazo, parto o puerperio es aquella que pone en peligro la vida de la madre y requiere atención médica inmediata para evitar su muerte o cualquier complicación que pueda derivarse de ella (27).

Cabe recordar que la institucionalización de prácticas clínicas estándar en todas las instituciones del Ministerio de Salud de acuerdo con su capacidad de resolución de problemas es la base principal para mejorar la calidad de la atención obstétrica y neonatal de emergencia. Las principales ventajas de la gestión estandarizada de la atención de la maternidad y emergencias neonatales son la brindar mayor eficiencia a la capacidad de resolver las emergencia, organizar y fortalecer el sistema de referencia -desde las instituciones del nivel primario hasta los establecimientos de mayores niveles de atención-, el trabajo coordinado entre las diferentes instituciones de salud; y la identificación y derivación oportuna de las gestantes con signos de peligro para ayudar a reducir no solo la mortalidad materna y perinatal sino también las lesiones por tales complicaciones (24). En consecuencia, es sumamente necesario e indispensable mejorar la calidad de los servicios de atención en obstetricia, especialmente en emergencias obstétricas, para que los equipos profesionales puedan actuar de manera adecuada y oportuna (28).

2.2.2.1. Clínica de las emergencias obstétricas.

Se ha demostrado que las emergencias obstétricas que ocurren en el primer trimestre incluyen aborto espontáneo, embarazo ectópico, mola hidatiforme. Infecciones urinarias, el parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta ocurren en el segundo trimestre. Mientras que la preeclampsia, la hipertensión gestacional, la placenta previa y la eclampsia ocurren con mayor frecuencia en el tercer trimestre; y luego en el puerperio, las hemorragias posparto y las infecciones puerperales (10).

2.2.2.1.1. Emergencias obstétricas en el primer trimestre.

2.2.2.1.1.1. El aborto.

El aborto es la interrupción natural o artificial del desarrollo del embarazo anterior a las 20 semanas de amenorrea, o la también a la separación del feto con un peso inferior a 500 gramos. Dependiendo del número de semanas de embarazo, se clasifica como precoz si se presenta hasta antes de las 12 semanas y aborto tardío cuando sucede después de 12 semanas (29).

Al respecto, consideramos que el criterio de la viabilidad fetal es criterio poco claro no nos permite tomar una posición conceptualmente fiable ya que tal condición fetal depende también en cierta medida, de la capacidad de resolución del establecimiento.

Se define el aborto, como la terminación de un embarazo después de las 20 semanas de gestación o la pérdida de un feto que pese menos de 500 gramos. La frase "viabilidad clínica" se refiere a un concepto más amplio que incluye el estado actual de la capacidad de la medicina para ayudar a los bebés muy prematuros a resistir fuera del claustro materno. Esta viabilidad está determinada por la madurez pulmonar o capacidad funcional-anatómica pulmonar, que se alcanza entre las semanas 24 y 26 de desarrollo fetal (30).

El aborto como emergencia obstétrica.

Se cree que los riesgos de mortalidad y las complicaciones relacionadas con el aborto aumentan en las mujeres adolescentes y las madres jóvenes, asociándose con factores de riesgo. La caracterización epidemiológica del aborto permite delimitar los grupos de riesgo en los que la asistencia de emergencia y los programas dirigidos a estas mujeres embarazadas vulnerables deben ser el foco principal para disminuir el riesgo de muerte de la madre y del producto. Cabe precisar, que el aborto se considera como uno de los más importantes problemas de salud para las gestantes de todas las edades. Las condiciones de riesgo para la salud materna relacionadas con el aborto con baja previsión incluyen: Aborto incompleto (no se elimina o expulsa todo el tejido fetal del útero); hemorragia abundante (sangrado abundante); infecciones; perforación uterina (cuando un objeto afilado perfora el útero); daño al tracto reproductivo o a los órganos internos debido a la penetración de objetos peligrosos en la vagina o el ano (31).

Es muy importante que el profesional obstetra tenga en cuenta que durante la entrevista al recepcionar a la paciente, que cuando a las mujeres se les niega el acceso a servicios de aborto seguros, asequibles, aceptables y respetuosos y se les acusa de tener un aborto, su salud física y emocional puede verse afectada por el resto de sus vidas. De

esta manera, se sabe que la negación del acceso a servicios de aborto de altamente seguros o servicios de alta calidad, se transgrede varios de los derechos humanos de mujeres de cualquier edad, incluido el derecho a la vida, el derecho a los más altos estándares de salud física y mental, y el derecho a beneficiarse de los avances tecnológicos y científicos en salud (30).

2.2.2.1.1.2. El embarazo ectópico.

El embarazo ectópico o embarazo externo a la cavidad del útero se deriva de la palabra griega "ektopos" que significa "fuera de lugar" y se refiere a la condición de implantarse de un blastocisto fuera del endometrio uterino. En la mayoría de los embarazos ectópicos, las trompas de Falopio son el sitio principal (32).

El embarazo ectópico como emergencia obstétrica.

Aunque la etiología del desarrollo de un embarazo ectópico involucra múltiples factores, se conoce que hasta el 50 % de las mujeres con esta enfermedad no parecen cursar con riesgo identificado. Los mecanismos relacionados con el riesgo de implantación fuera de la concavidad uterina, aún no están bien delimitados. Las formas incluyen: a) la obstrucción anatómica, b) anomalías en la motilidad tubular o ciliar, c) factores de la fecundación anormal, y d) factores quimiotácticos que favorecen la inserción o implantación del blastocisto en el oviducto (32). Históricamente, los tres síntomas asociados como el dolor, el sangrado vaginal y la amenorrea se han utilizado para diagnosticar el embarazo ectópico. Estos síntomas, como el dolor localizado en el hombro y shock, generalmente conducen a una operación quirúrgica. La anamnesis y la exploración física por sí solas rara vez diagnostican o descartan el embarazo ectópico. Un 30 % de las pacientes con embarazo ectópico no presenta signología clínica y más del 10 % no presenta síntomas inequívocos (33).

2.2.2.1.1.3. La mola hidatiforme (ETG).

La mola hidatiforme se caracteriza por degeneración edematosa, edema del estroma veloso, ausencia de angiogénesis en las vellosidades coriónicas y proliferación del epitelio trofoblástico. Se conservan estructuras vellosas diferenciadas. El diagnóstico de mola hidatiforme es de naturaleza anatomopatológica y está respaldado por técnicas citogenéticas como la citometría de flujo y el uso de sondas moleculares. Los estudios complementarios se basan en la ecografía y los niveles de hCG, siendo la subunidad β la de mayor utilidad clínica (34).

La mola hidatiforme como emergencia obstétrica.

En la mayoría de los casos, el síntoma habitual es el sangrado vaginal. El coriocarcinoma suele confundirse con otros trastornos porque las metástasis hemorrágicas pueden causar hematuria, hemoptisis, hematoquecia, enfermedad cerebrovascular o sangrado vaginal. La manifestación clínica habitual es el sangrado vaginal, habitualmente entre las 6 y 16 semanas de gestación. En alrededor de 24 % de los casos, el útero crece más de lo esperado para la edad gestacional. Al igual que los lunares completos, las molas parciales se presentan como sangrado vaginal en el 75 % de los casos, de forma tardía (35).

2.2.2.1.2. Emergencias obstétricas en el segundo trimestre.

2.2.2.1.2.1. Infección de vías urinarias.

Los procesos infecciosos del tracto urinario consisten en la colonización y proliferación de microorganismos (generalmente bacterias) a lo largo del tracto urinario. Cuando los riñones y la pelvis renal se ven afectados, se denomina pielonefritis; cistitis si la vejiga está afectada; y uretritis si afecta a la uretra. Las infecciones urinarias se definen como la presencia de bacterias en el trayecto urinario que suelen causar cambios funcionales y/o morfológicos (36). Los problemas con el sistema genitourinario han resultado ser un grave problema de salud pública, y esta es una patología bastante común tanto en hombres como en mujeres, siendo las mujeres la población más afectada. Las infecciones del sistema genitourinario están muy fuertemente asociada a algunas condiciones económicas, sociales, culturales, climáticas y sanitarias de la población, agravadas por factores biológicos que de alguna manera intervienen en el desarrollo de la patología (37).

La infección de vías urinarias como emergencia obstétrica.

Las dos principales complicaciones asociadas con las infecciones del tracto urinario son la amenaza de aborto y la amenaza de parto prematuro, las cuales se manifiestan por una actividad uterina de mayor frecuencia e intensidad prolongada que devienen en cambios cervicales que ocurren antes de las 37 semanas. La amenaza de aborto: con sangrados genitales, contracción del útero, pero sin cambios cervicales. Puede haber complicaciones del desarrollo del embarazo, por la ruptura prematura de las membranas ovulares, acompañado de fuga de líquido amniótico. La amenaza de parto prematuro y el bajo peso al nacer se define como peso al nacer < 2500 gr, independientemente de la edad gestacional (38).

2.2.2.1.2.2. Parto prematuro.

Un nacimiento prematuro es cuando un feto es expulsado del útero después de la semana 20 pero antes de la semana 37 de embarazo. Cada año, más de 15 millones de bebés nacen prematuramente en todo el mundo y más de 1 millón de recién nacidos mueren por complicaciones, en particular las relacionadas con el parto. Los factores asociados con los partos prematuros incluyen la edad, el origen étnico, los nacimientos múltiples, el historial médico personal, la infección transplacentaria y la falta de atención prenatal (39).

El parto prematuro como emergencia obstétrica.

La prematurez del nacimiento se relaciona con diversos factores de riesgo, entre los que precisamos anemia, edad de la mujer precoz o añosas, niveles altos de catecolaminas en la orina durante el embarazo, uso de toxicómanos, ruptura prematura de las membranas e enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia-eclampsia); sangrado transvaginal, infecciones urinarias, el oligohidramnios y antecedentes de aborto espontáneo son los más importantes. También se mencionan como factores asociados a parto prematuro la diabetes gestacional, la trombocitosis, la neumonía, los defectos fetales congénitos, infecciones transplacentarias, entre otras. (40). Algunas complicaciones del embarazo también implican inesperadas dolencias metabólicas, endoteliales, del sistema renal renales y enfermedades neoplásicas tanto en la mujer como en el producto. Este es el caso de los partos prematuros, donde los principales riesgos incluyen enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, hipertensión, diabetes y muerte prematura, y estos riesgos asociados deben de considerarse en la atención del parto prematuro en el tiempo, espontáneo o inducido (41).

2.2.2.1.2.3. Placenta previa.

Caracterizado por que la placenta se implanta en la parte sea inferior o baja del útero, muy cerca o cubriendo parcialmente el orificio interno del cérvix. El sangrado indoloro generalmente ocurre hacia el final del segundo trimestre del embarazo. Esta condición presenta alto riesgo o posibilidad de hemorragia intraparto y consecuentemente elevada posibilidad de morir o sufrir secuelas para la madre y el feto. Conocer los factores de riesgo asociados permite la identificación temprana de mujeres embarazadas con mayor riesgo de placenta previa (42) (43).

La placenta previa como emergencia obstétrica.

Las complicaciones producidas por la inserción placentaria (placenta previa y placenta accreta) se coligan con complicaciones peligrosas que ocurren primordialmente en el parto, lo que conduce a altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, con el consiguiente impacto familiar, económico y social. Se informa que la situación hemorrágica ligada con la placenta previa representa el 2,3 % de la mortalidad perinatal en todo el mundo; así como, se ha observado que el aumento de histerectomías por placenta accreta aumenta del 20 % al 46,5 % (44). La presencia de placenta previa está relacionada con la cicatrización uterina previa y los cambios endometriales que ocurren debido a la instrumentación uterina, como el legrado, la situación de placenta previa y la cesárea anterior o previa. Por razones aún no determinadas, las cicatrices o los cambios endometriales favorecen que la placenta se implante en esa zona baja del útero. Los embarazos dificultosos por placenta previa pueden sangrar en el segundo trimestre del embarazo. La causa u origen del sangrado se considera que se debe a la dinámica del desarrollo de la parte inferior del útero, pero también puede desencadenarse por la función del útero (45).

2.2.2.1.3. Emergencias obstétricas en el tercer trimestre.

2.2.2.1.3.1. Preeclampsia / Eclampsia.

La preeclampsia es considerada como complicación de la embarazada, vinculada con la hipertensión de inicio reciente que ocurre casi siempre después de la semana 20 de embarazo (es decir en la segunda mitad de la gestación). La práctica y la experiencia clínica del obstetra nos permite precisar que, usualmente, se acompaña de proteinuria de reciente aparición o, en su ausencia, anomalías sistémicas como trombocitopenia, aumento de los niveles de transaminasas, insuficiencia renal, edema pulmonar y trastornos a nivel cerebral. La preeclampsia como patología hipertensiva del embarazo, se clasifica según la edad gestacional y se manifiesta ya sea de inicio temprano o de inicio tardía (46).

La preeclampsia es actualmente responsable de una tercera parte de millón de muertes maternas en mujeres de ingresos bajos y medios, y una mortalidad de perinatos de más de seis millones, y un promedio de ocho y veinte millones de nacidos prematuros y recién nacidos con bajo peso al nacer en países en desarrollo. Por otro lado, la eclampsia suele ocurrir en el último trimestre del embarazo y un 15-20 % se presenta durante el parto y afecta el pronóstico perinatal en nacimientos prematuros (47).

La preeclampsia como emergencia obstétrica.

Una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal ligados al embarazo en todo el mundo son los trastornos hipertensivos. Incide en el 10 al 15% de los embarazos a nivel nacional, y es la segunda causa principal de muerte materna después de la hemorragia y representa del 15 al 20 % de las muertes maternas. La preeclampsia complica entre el 3 y el 22 % de los embarazos. Las complicaciones del embarazo por preeclampsia son más severas en la costa que en la sierra, pero las muertes son más comunes en la sierra, a pesar que sus características clínicas son las mismas en ambas regiones. La evaluación precisa del riesgo permite intervenciones oportunas para la predicción, detección y manejo profesional (46)(47).

2.2.2.1.3.2. Desprendimiento de la placenta normo inserta.

Ocurre cuando la placenta normalmente implantada se desprende total o parcialmente de la decidua basal después de la semana veinte de desarrollo gestacional y antes de la tercera etapa de trabajo de parto. Esto se refiere con el vocablo latino “abruptio placentae”, también conocido como “ablación placentaria” y/o hemorragia espontánea. Esta patología se asocia a una importante y elevada morbimortalidad materna y fetal. Estos componentes peligrosos incluyen enfermedad hipertensiva del embarazo, desprendimiento de placenta, parto por cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina (ya sea por embarazo múltiple o por polihidramnios), rotura prematura de membranas, trauma abdominal, etc., y en la mayor parte de los casos, la causa de “abruptio placentae” es desconocida (48) (49).

Desprendimiento de la placenta normo inserta como emergencia obstétrica

Comienza de repente de manera inesperada, el sangrado transvaginal es oscuro, el abdomen reporta mucho dolor al palpar el útero, ligado a una hiperactividad uterina y movimientos fetales disminuidos. Los tres signos clásicos se conocen son sangrado, dolor e irritabilidad uterina; luego también se diferencian dos tipos de desprendimiento prematuro placentario: agudo o crónico (49). Esta enfermedad es una de las causas más frecuentes de sangrados en el tercer trimestre, provocando mortalidad tanto materna como perinatal. La mortalidad materna es causada principalmente por la gravedad de la hemorragia, sus complicaciones y los procedimientos quirúrgicos utilizados para controlarlo; mientras que la mortalidad perinatal se produce debido al síndrome de prematuridad y asfixia neonatal. Según los hallazgos epidemiológicos, este es un problema algo común que afecta entre el 6 % y el 8 % de todos los embarazos. (50).

2.2.2.1.4. Hemorragia postparto.

Se considera así, a un sangrado total de 500 ml durante el parto por vía vaginal y más de 1000 ml durante la cesárea, y también provoca una caída del 10 % en la hemoglobina después del parto. La “atonía uterina” es una de las “complicaciones” posparto que con mayor frecuencia causa hemorragia posparto (51). Cabe mencionar que, la pérdida de sangre posparto se divide en primaria y secundaria, que puede ocurrir dentro de los primeros dos días después del parto o hasta 42 días después del parto. La pérdida primaria de sangre generalmente ocurre en partos entre los 4 y 6 % del total de los nacimientos, y la causa subyacente es la atonía uterina, que representa el 80 % o más de los casos (52).

Es importante recordar que la hemorragia posparto (HPP) es responsable de aproximadamente una cuarta parte de muerte materna en el mundo, lo que se traduce en unas 125,000 muertes por año (es decir una muerte de una madre cada 4 minutos). La incidencia global se estima en aproximadamente 6,09 % y 1,86 % para HPP grave. Una estrategia que tiene un impacto positivo en los resultados maternos es enfatizar los factores de riesgo prevenibles y, por lo tanto, reducir la morbilidad materna de manera considerable (53).

2.2.2.1.4.1. Retención placentaria.

La retención placentaria significa que la estructura placentaria y anexos no son expulsados dentro de los 15 minutos a 30 minutos posteriores al nacimiento. La retención de la placenta puede deberse a “adherencia total o parcial” en aquellas que no tienen capa decidual entre el endometrio y el miometrio, es decir, sin tejido que separe la placenta y la pared uterina (54). De manera similar, la placenta accreta se produce por el excesivo y profundo crecimiento placentario en la pared uterina durante el embarazo; las cicatrices en el útero de una paciente cesareada previamente o que tuvo otra cirugía en el útero, pueden ser un factor importante en el desarrollo de esta patología (55)

Retención placentaria como emergencias obstétricas

La retención placentaria es una de las patologías posparto que más se presentan y responsable de las complicaciones y de la muerte materna. Se presenta en la tercera etapa del trabajo de parto, una patología que ocurre durante el parto y en algunos casos provoca sangrado, que pueden ocurrir antes o después de la expulsión de la placenta, y se caracterizan por un sangrado severo de 500 ml o más en el parto vaginal y de 1000

ml o más en la cesárea. La retención placentaria puede provocar complicaciones y el sangrado no controlado resultante de esta afección puede provocar la muerte materna. La placenta puede permanecer parcial o completamente adherida a la pared uterina y debe extraerse manualmente. En casos severos donde el órgano uterino está complicado, se realiza una intervención quirúrgica de alta complejidad, incrementando el riesgo de muerte (56).

Por tanto, los efectos de la retención placentaria son: 1. involución uterina: es la imposibilidad o ausencia de la capacidad tónica del útero para volver a su tamaño original después de ocurrido el parto, aumentando el riesgo hemorrágico. Naturalmente, el útero se debe contraerse para controlar y parar el sangrado donde se adhiere la placenta. 2. Inversión del útero: se produce como resultado de una presión persistente sobre el fondo del útero si no se ha extraído la placenta. Esta emergencia complicada consiste en la eversión del órgano uterino dentro de su propia concavidad (56).

2.2.2.1.4.2. Atonía uterina.

Considerada así, a la incapacidad de las fibras musculares lisas del tejido miometrial para “contraerse”, lo que expone los vasos sanguíneos y provoca la pérdida de sangre. Eso significa que se pierden arriba de un litro de sangre; luego esta ausencia de la capacidad de contracción óptima impide y retrasa la recuperación posparto (57).

Atonía uterina como emergencia obstétrica

La atonía del útero es considerada indudablemente una emergencia obstétrica, es decir una causa más significativa de hemorragia post parto, siendo responsable del 80 % de las hemorragias como emergencia (53). Es indispensable tener presente cuando se brinda atención a la puérpera, que la hipotonía uterina es un cambio en la contractilidad del miometrio, lo que resulta en cambios en el flujo uterino entre los espacios intervellositarios superiores a 600 centímetros cúbicos por minuto, interfiriendo críticamente con la hemostasia de la herida placentaria y altera la contractilidad uterina, lo que resulta en un desequilibrio en la regulación de la hemostasia, lo que lleva a una hemorragia grave hasta mortal (51).

2.2.2.1.4.3. Lesiones del canal del parto.

Las lesiones o desgarros del canal del parto durante la labor de parto son un factor de riesgo de sangrado y pueden causar anemia. Cuando ocurre un desgarro o lesión, hay un sangrado persistente junto a pesar de contar con un útero contraído debido a una manipulación inadecuada. Por lo tanto, una laceración se diagnostica observando la

lesión donde se encuentra, ya sea en el canal vaginal, la vulva, el perineo, o tal vez en el cuello uterino (58).

Lesiones del canal del parto como emergencia obstétrica

El parto vaginal lleva inherente a su proceso el riesgo relativo de desgarros o laceraciones perineales. Se considera que alrededor del 80-85 % de las parturientas experimentan algún tipo de lesión perineal (desgarro o episiotomía) durante el parto vaginal, de las cuales alrededor del 70 % requieren puntos de sutura. Los desgarros perineales tienen la siguiente caracterización: de primer grado: afectan piel y mucosa en el tracto vaginal; de segundo grado: afectan la musculatura perineo vaginal y no compromete el esfínter anal; de grado tercero (clasificación de Sultán): afectan en menos del 50% del espesor del esfínter anal externo, y al esfínter anal interno. Los desgarros de grado cuarto, que no son frecuentes, comprometen lesiones del esfínter anal y la mucosa rectal (59).

2.2.2.1.5. Infecciones puerperales.

Las infecciones posparto ocurren como resultado de la contaminación del canal de parto y se definen como la introducción directa de microorganismos patógenos en el tracto reproductivo durante o después del parto. Las manifestaciones clínicas manifiestas son muy frecuentes, así, el diagnóstico se realiza para mujeres en periodo de puerperio y presentan una temperatura por encima de 38°C en al menos dos lecturas con 6 horas de diferencia, excluyendo las primeras 24 horas después del nacimiento (60). La infección en el post parto o periodo puerperal es una complicación de la atención obstétrica, atribuyéndose a las pautas de profilaxis la disminución considerable de la incidencia de esta patología (60).

2.2.2.1.5.1. Sepsis puerperal.

La infección uterina posparto o sepsis posparto se denomina endometritis, endomiometritis y endoparametritis. Se prefiere el término genérico metritis con celulitis pélvica porque la infección no solo afecta la decidua sino también el miometrio y parametrio (3). Además, es sepsis con infección del "tracto genital" la que puede ocurrir en cualquier momento entre el inicio de la rotura de membranas, parto o aborto y 42 días después del parto; se manifiesta con fiebre (temperatura corporal $\geq 38,0$ °C) durante 24 horas, mostrando signos infección pélvica. En segundo lugar, con respecto al abordaje etiológico y manejo antibiótico, alguna literatura define temperatura oral $\geq 38,0$ °C en dos tomas durante 4-6 horas durante el parto y/o en las primeras 24 horas

posteriores al parto, distinguiéndose entre fiebre intraparto y las primeras 24 horas después del parto (61).

La sepsis puerperal como emergencia obstétrica

Las infecciones puerperales después del parto vaginal afectan principalmente el lugar de inserción placentaria, el tejido decidual y el tejido miometrial adyacente o la hendidura cervicovaginal. La etiología de la infección uterina post cesárea resulta de un corte quirúrgico infectado. Las bacterias habituales del cuello uterino y el canal vaginal ingresan al líquido amniótico durante la labor de parto. Luego de ocurrido el nacimiento, invaden el tejido uterino debilitado. La celulitis perimetrial sigue a una infección del tejido conjuntivo del anillo pélvico retroperitoneal. Con un tratamiento temprano, la infección permanece confinada al parametrio y los tejidos paravaginales, pero puede diseminarse profundamente en la pelvis (3).

CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito y condiciones de la investigación

3.1.1. Contexto de la investigación.

El presente proyecto de investigación se desarrolló en el Centro de Salud San Ignacio ubicado en el distrito y provincia de San Ignacio departamento de Cajamarca, encontrándose en el Jr. Abelardo Quiñones S/N. Este establecimiento tiene sus inicios en el año de 1950, cuando se instala el primer botiquín comunal en una pequeña casa ubicada en lo que hoy es la esquina Jr. Jaén-Avenida San Ignacio ocupada actualmente por el edificio de la Municipalidad; era atendido por un Sanitario elegido por el pueblo, al que de vez en cuando apoyaba el Médico del Ejército llamado Donnet (Pedro) Martínez. Es de destacar la presencia del Sr. Lino Saavedra y don Abdón Olano como los pioneros en la atención de Salud en San Ignacio.

En el año 1968 el Ministerio de Salud con el apoyo del gobierno local y pueblo organizado construyó un pabellón de material semi noble que funcionó como Tópico, Emergencia, Almacén y algunas oficinas. Todo en el antiguo local del Centro de Salud ubicado en Jr. Marulanda (Frente al BIM 111). Y que por presentar gran deterioro en su estructura física fueron declarados en emergencia, pero nunca refaccionados o reconstruidos hasta que durante el Gobierno Regional de Cajamarca presidido por el Ing. Coronel se construyó la Ampliación del Centro de Salud San Ignacio en el Sector Santiago. Donde viene funcionando actualmente. El 27 de mayo de 1969 se inauguran estos ambientes en una ceremonia memorable con la participación del Área Hospitalaria-Jaén, Autoridades Locales y Pueblo en general, convirtiéndose entonces el Establecimiento de salud en **Centro de Salud San Ignacio**. Poco tiempo después y con apoyo del mismo pueblo organizado se pudo equipar con muebles e instrumental mínimo constituyendo el logro de un anhelo largamente esperado.

El año **1976** el terreno donde se asentaba el pabellón construido con material seminoble y el módulo prefabricado es donado y transferido al dominio del Ministerio de Salud (MINSa), según consta en el Libro I de Sesiones del Municipio Provincial de San Ignacio, folios 41 y 42. Actualmente, el Centro de Salud San Ignacio está considerado como un nivel I-4, el mismo que funcionalmente pertenece a la Red de Salud San Ignacio y administrativamente a la dirección Regional de Salud Cajamarca (DIRESA). Por su categoría alcanzada atiende a la población de San Ignacio brindando atención asistencial mediante la gestión prestacional de los siguientes servicios: consultorio

externo de: medicina general, pediatría, ginecoobstetricia, enfermería CRED; así como brinda atención en inmunizaciones, consultorio del adolescente, de nutrición, de odontología, de psicología, consultorio externo de obstetricia, consultorio diferenciado de TBC, tópico de urgencias y emergencias con ambiente de observación. Cuenta con una sala de partos, área de atención al recién nacido, sala de internamiento, laboratorio clínico y farmacia.

Siendo tan importante la ubicación y la utilidad del centro de salud, su nivel operativo es I-4 lo que no le permite resolver las complicaciones y emergencias obstétricas en salvaguarda de la salud materna perinatal, por lo que hay una activa atención a las referencias a establecimientos de mayor complejidad, de las emergencias presentadas en el Centro de Salud de San Ignacio, fuente principal para la realización del estudio.

3.1.2. Periodo de ejecución.

El periodo de ejecución del estudio comprendió desde junio 2021- mayo 2022.

3.1.3. Autorizaciones y permisos.

Para la realización del presente estudio, se contó con la autorización de la gerencia del Centro de Salud de San Ignacio – Cajamarca, formalizado a través de una solicitud (Anexo 3); esto nos permitió acceder a los registros respectivos de las pacientes de emergencias obstétricas en sus respectivas historias clínicas; conservando en todo el proceso de recolección de los datos informativos, la respectiva prudencia y discrecionalidad para mantener el anonimato de las pacientes.

3.1.4. Control ambiental y protocolos de bioseguridad.

Para nuestra investigación se aplicaron todas las medidas de prevención evitando el contagio de cualquier enfermedad y en particular la propagación del COVID-19, por lo que en cada revisión documentaria que se realizó se contó con uso de doble mascarilla, alcohol en gel y distanciamiento social.

La presente investigación no se hizo el uso de sustancias nocivas o reactivas.

3.1.5. Aplicación de principios éticos.

Se tomaron en cuenta los principios éticos postulados en el Informe Belmont (47):

- **Autonomía.**

Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección. Se garantizó el uso

de la información consignadas en la historia clínica o formatos sobre un caso clínico con respeto y prudencia a la persona y en particular a la usuaria que presentó una emergencia obstétrica.

- **Beneficencia.**

Se garantizó la no utilización de los resultados con fines o propósitos diferentes a la investigación y que pudieran ocasionar inconvenientes o problemas con el personal del establecimiento de salud.

- **No maleficencia.**

Se garantizó que cualquier información que se recopile sobre las pacientes referidas con diagnóstico de emergencias obstétricas, no se utilizará para hacer daño o provocar dolor o sufrimiento antes, durante o después del estudio.

- **Justicia.**

Consecuentemente, se practicó el principio de Justicia, garantizando que el acceso a la información de cada usuaria a través del registro consignado en su historia clínica, con un diagnóstico de emergencia obstétrica fue con respeto confidencialidad, sin discriminación de ninguna índole, preservando su anonimato y garantizando la autenticidad de la información.

- **Derecho.**

Derecho a ser elegido como sujeto de investigación por ser parte del ámbito de intervención.

3.2. Sistema de variables

3.2.1 Operacionalización de variables

Objetivo específico N°1: Describir las características sociodemográficas de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022.

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Variable 1: Perfil sociodemográfico de las usuarias	Grupo etario	Como técnica de revisión documentaria y ficha de análisis documentario	Ordinal
	Grado de instrucción		
	Lugar de procedencia		
	Estado civil		

Objetivo específico N°2: Identificar el perfil obstétrico de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022.

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Variable 2: Perfil Obstétrico de las usuarias de emergencias obstétricas.	Semanas de embarazo	Como técnica de revisión documentaria y ficha de análisis documentario	Ordinal
	Días de puerperio		
	Nº de embarazos (PIG)/hijos vivos, paridad		
	Atención prenatal		

Objetivo específico N°3: Establecer el perfil de las emergencias obstétricas según diagnóstico clínico, de las pacientes referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Variable 3: Características de la emergencia obstétrica para acudir al servicio de emergencias.	Lugar de ocurrencia de la emergencia Obstétrica	Como técnica de revisión documentaria y ficha de análisis documentario	Nominal
	Medio de transporte usado para llegar al CS San Ignacio		
	Cuadro clínico, diagnóstico		
	Destino de la referencia Modo de ingreso (complicaciones materna-fetal)		

3.2.2. Identificación de variables.

Variable única: Perfil de las emergencias obstétricas.

3.3. Procedimientos de la investigación

3.3.1 Tipo y nivel de la investigación

La Investigación fue básica, de nivel cuantitativa; en el que se realiza un análisis acerca del perfil de las usuarias en las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud de San Ignacio – Cajamarca.

3.3.2 Población y muestra

Población:

La población estuvo constituida por 116 historias clínicas de pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de salud de San Ignacio – Cajamarca durante el periodo junio 2021- mayo 2022.

(Fuente: Unidad_Ejecutora_Salud_San_Ignacio)

Muestra:

En la presente investigación la muestra estuvo constituida por el 100% de la población identificada (116 historias clínicas de emergencias obstétricas referidas) desde el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022.

Muestreo:

Se realizó un muestreo no probabilístico, muestreo por conveniencia; el mismo que respondía al cumplimiento de los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de Inclusión

- Emergencias obstétricas evaluadas y referidas desde el Centro de salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022.
- Emergencias obstétricas con diagnóstico clínico realizado por el profesional médico cirujano u obstetra del Centro de salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022.

Criterios de Exclusión

- Urgencias obstétricas.
- Historias clínicas ilegibles o con datos incompletos de la paciente.
- Historia clínica judicializada.

3.3.3 . Diseño analítico, muestral y experimental

El diseño de investigación no experimental, cuantitativa, retrospectiva, descriptivo simple.

Esquema:



Donde:

M = Historias clínicas de pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de salud de San Ignacio - Cajamarca.

O = Perfil de la emergencia obstétrica.

3.4. Procedimientos de la investigación

3.4.1 Objetivo específico 1

Describir las características sociodemográficas de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

a. Las actividades y tareas:

Se presentó una solicitud al **Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca**, para obtener facilidades y permitirnos la recolección de los datos registrados en las respectivas historias clínicas de las emergencias obstétricas.

Luego se aplicó una ficha para la recolección de datos informativos sobre el tema, donde se presentó organizadamente los datos requeridos que fueron rellenas por las investigadoras.

Posteriormente se procedió a ingresar la información al programa estadístico Microsoft Excel, para lo cual se hizo uso de un equipo informático para el procesamiento técnico respectivo.

b. Descripción de procedimientos:

Para la recolección de información utilizó como medio la técnica de análisis de documentos y como instrumento la ficha de recojo de datos para obtener información bien organizada sobre el perfil de emergencia obstétrica de las pacientes referidas desde el Centro de Salud San Ignacio Cajamarca. junio 2021 a mayo 2022.

El cuestionario constó de 16 preguntas con alternativas múltiples y respuesta única, sobre perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022, el mismo que evaluó los aspectos sociodemográficos tales como edad, grado de instrucción, lugar de procedencia, estado civil de las pacientes en estudio. Para el caso, cada pregunta tuvo 04 alternativas, de las cuales solo una fue marcada para la respectiva identificación del caso.

Los instrumentos fueron creados por Martínez J. (2019) (14) en su tesis de especialidad y adaptados para nuestro estudio sometidos a juicio de expertos para su respectiva validación que nos garantice y asegure la confiabilidad de los mismos.

c. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Se realizó el procesamiento de la información obtenida, las cuales fueron tabulados, codificados y procesados en forma ordenada, previa elaboración de una matriz de datos se realizó el análisis e interpretación de datos en el programa Microsoft Excel. Luego se presentan los resultados en tablas respectivas.

3.4.2 Objetivo específico 2

Identificar el perfil obstétrico de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022.

a. Las actividades y tareas:

Se presentó una solicitud a la dirección del Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, para Identificar el perfil obstétrico a través de la revisión de las respectivas historias clínicas de las emergencias obstétricas.

Luego se aplicó la ficha de recojo de datos informativos sobre el tema, presentándose los ítems respectivos que fueron completados por las investigadoras.

Posteriormente se procedió a ingresar la información al programa estadístico Microsoft Excel, para cual se hizo uso de un equipo informático para el procesamiento técnico respectivo.

b. Descripción de procedimientos:

Para la recolección de información se utilizó la técnica de análisis documental y como instrumento una ficha de recojo de datos los que fueron completados por las investigadoras, con el objetivo de obtener el perfil obstétrico a través de la revisión de las respectivas historias clínicas de las emergencias obstétricas.

La lista recolección de datos constó de 05 ítems (5, 6, 7,8, 9), donde cada ítem está provisto de espacios para el respectivo llenado de los datos recolectados el cual nos sirvió para recoger la información de acuerdo a las dimensiones y la respectiva variable.

Para la recolección de la información para el presente objetivo, le corresponde el mismo procedimiento instrumental descrito para el objetivo 1 Martínez J. (2019) (14)

d. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Se realizó el procesamiento de la información obtenida, las cuales fueron tabuladas, codificadas y procesadas en forma ordenada, previa elaboración de una matriz de datos se realizó el análisis e interpretación de datos en el programa Microsoft Excel. Luego se presentaron los resultados en las tablas respectivas.

3.4.3 Objetivo específico 3

Establecer el perfil de las emergencias obstétricas según diagnóstico clínico, de las pacientes referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021- mayo 2022.

a) Las actividades y tareas:

Se presentó una solicitud a la dirección del Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, para establecer lugar de ocurrencia o procedencia y el medio de transporte usado para acudir al servicio de emergencias por las usuarias a través de la revisión de las respetivas historias clínicas de las emergencias obstétricas.

Luego se aplicó la ficha de recojo de datos informativos sobre el tema, los mismo que fueron completadas por las investigadoras.

Posteriormente se procedió a ingresar la información al programa estadístico Microsoft Excel, para lo cual se hizo uso de un equipo informático.

b) Descripción de procedimientos:

Para la recolección de información se utilizó la técnica de análisis documental y como instrumento una ficha de recojo de datos para ser completadas por las investigadoras, con el objetivo de obtener datos sobre la procedencia y el medio de transporte usado para acudir al servicio de emergencias a través de la revisión de las respetivas historias clínicas de las emergencias obstétricas.

La lista recolección de datos consta de 07 ítems (10, 16), donde cada ítem está provisto de alternativas para respectiva especificación correspondiente el cual nos proporcionó la información de acuerdo a las dimensiones y la variable respectiva.

Para la recolección de la información del presente objetivo le corresponde el mismo procedimiento instrumental descrito para el objetivo 1 Martínez J. (2019) (14)

c) Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Se realizó el procesamiento de la información obtenida, las cuales fueron tabuladas, codificadas y procesadas en forma ordenada, previa elaboración de una matriz de datos se realizó el análisis e interpretación de los mismos en el programa Microsoft Excel. Luego los resultados fueron presentados tablas respectivamente.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.

Tabla 1

Perfil sociodemográfico de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

Perfil sociodemográfico	Emergencias Obstétricas n=116	%
Edad		
≤ 15 años	5	4,3
16 – 19 años	19	16,4
20-34 años	68	58,6
35 a más años	24	20,7
Grado de instrucción		
Iletrada	3	2,6
Primaria	40	34,5
Secundaria	53	45,7
Superior	20	17,2
Estado civil		
Soltera	45	38,8
Casada/Conviviente	71	61,2
Procedencia		
Rural	48	41,4
Urbano	68	58,6

Fuente: Resultados propias de la investigación

En la presente tabla referida a al perfil sociodemográfico de las pacientes con emergencias obstétricas se puede observar que el 58,6 % de las personas pertenecen al grupo de edad reproductiva ideal (20 a 34 años), mientras que el 16,4% son adolescentes, el 4,3 % son adolescentes precoces y el 20,7 % son pacientes de 35 a más años de edad. El nivel de educación secundaria es el más alto con un 45,7 %, seguido de los niveles de educación primaria con un 34,5 % y un nivel de educación iletrada con un 2,6 %. El 61,2 % de las personas están casadas o convivientes, mientras que el 41,4 % son solteras. El 58,6 % de ellos proceden de la zona urbana y el 41,4 % de la zona rural.

Tabla 2

Perfil obstétrico de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

Perfil Obstétrico de las usuarias	n=116	%
Número de embarazos		
1	47	40,5
2	23	19,8
3	15	12,9
4	13	11,2
5	11	9,5
6	3	2,6
7 y más	4	3,4
Número de hijos vivos		
0	47	40,5
1	23	19,8
2	14	12,1
3	13	11,2
4	14	12,1
5	2	1,7
6	3	2,6

Fuente: Resultados propias de la investigación

En la presente tabla referidas al perfil obstétrico de las pacientes con emergencias obstétricas se puede observar que, el 40.5 % tuvieron un solo embarazo, el 19,8 % presentaron dos embarazos, y el 12,9 % tres embarazos; el 40,5% no manifestó de ningún hijo vivo, el 19,8 % tiene un hijo vivo, y el 12,1 % tienen dos hijos vivos.

Tabla 3

Características del momento en que ocurren las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

Momento en que ocurre la complicación	Frecuencia	%
Edad gestacional		
1-13	24	20,7
14-27	9	7,8
28-36	32	27,6
37-40	34	29,3
41-42	3	2,6
Puerperio		
Primeras 24 horas	12	10,3
1- 10 días	2	1,7
Total	116	100,0

Fuente: Resultados propias de la investigación

En la presente tabla referidas al momento en que ocurren las emergencias obstétricas se puede observar que la mayoría el 29,3 % ocurren durante la semana 37 – 40 semanas de embarazo, seguido de la ocurrencia en el 27,6 % entre la semana 28 – 36; asimismo, durante el puerperio casi todas las emergencias obstétricas se presentaron durante las primeras 24 horas.

Tabla 4

Características de las atenciones prenatales recibidas durante el embarazo actual, según edad gestacional de emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

Edad gestacional (Semanas)	Atenciones prenatales							
	De 01 a 05	%	06 a mas	%	No recibe	%	Total	%
1 -13	1	4,2	0	0,0	23	95,8	24	20,7
14 - 27	3	33,3	0	0,0	6	66,7	9	7,8
28 - 36	22	64,7	7	20,6	5	14,7	34	29,3
37 - 40	9	19,6	27	58,7	10	21,7	46	39,7
41 - 42	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3	2,6
							Total	116 100,0

Fuente: Resultados propias de la investigación

En la presente tabla referidas a las atenciones prenatales recibidas se observa que, el 66,7 % de las embarazadas de 14 a 27 semanas no recibieron atención prenatal y el 21,7 % llegaron al término sin ella. Además, se observa que solo el 58,7 % de las mujeres embarazadas en el centro de salud de San Ignacio son pacientes controladas (recibieron entre 6 y más atenciones prenatales).

Tabla 5

Características referidas al diagnóstico de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

Diagnóstico principal	Frecuencia	%
Aborto	25	21,6
Ruptura prematura de membranas	23	19,8
Preeclampsia	20	17,2
Hemorragia post parto	14	12,1
Sufrimiento fetal agudo	10	8,6
Placenta previa	7	6,0
Presentación anómala del feto	5	4,3
Desproporción céfalo pélvica	5	4,3
Embarazo ectópico	4	3,4
Embarazo múltiple	3	2,6
Total	116	100,0

Fuente: Resultados propias de la investigación

En la presente tabla referidas al diagnóstico de emergencias obstétricas se puede observar que de todas las pacientes referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca, el aborto es la afección más común con 21,6 %, seguida de la ruptura prematura de membranas con 19,8 %, la preeclampsia con 17,2 % y la hemorragia postparto con 12,1 %.

Tabla 6

Características referidas al lugar donde ocurren las emergencias obstétricas recepcionadas en el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca, junio 2021- mayo 2022

Medio de transporte y lugar	Frecuencia	%
Lugar		
Su casa	81	69,8
Otro establecimiento	27	23,3
En el mismo establecimiento	8	6,9
Total	116	100,0
Medio de Transporte		
Movilidad particular	105	90,5
Ambulancia del establecimiento	11	9,5
Total	116	100,0

Fuente: Resultados propias de la investigación

En la presente tabla referidas al lugar donde ocurren las emergencias obstétricas se observa que, la mayoría el 69,8 % vienen de casa, seguida de los que se complican en otros establecimientos de salud el 23,3 % y solo 6,9 % en el mismo centro de salud. La mayoría, el 90,5 % se traslada buscando atención en movilidad particular y solo 9,5 % lo hace en la ambulancia del establecimiento de salud.

4.2. Discusión.

El tema de las emergencias obstétricas nos hace pensar en la necesidad de que el sistema de salud cuente con un equipo fundamental de profesionales capacitados para reconocer y manejar adecuadamente las emergencias obstétricas, ya que su abordaje (adecuado o inadecuado) puede significar la vida o la muerte tanto para la madre como para el niño, tratándose de situaciones patológicas que pueden surgir en cualquier momento durante el embarazo (49)

El estudio fue desarrollado con la finalidad de determinar el perfil de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021-mayo 2022. Por tal razón, se aplicó la técnica de análisis de documentos y como instrumento la ficha de recojo de datos para obtener información relevante del tema en 116 historias clínicas de pacientes con emergencias obstétricas que fueron referidas, encontrando los siguientes resultados:

En el primer objetivo específico se ha identificado los factores sociodemográficos de las pacientes con emergencias obstétricas se puede observar que el 58,6 % de las personas pertenecen al grupo de edad reproductiva ideal (20 a 34 años), mientras que el 16,4 % son adolescentes, el 4,3 % son adolescentes precoces y el 20,7 % son pacientes de 35 a más años de edad. El nivel de educación secundaria es el más alto con un 45,7 %, seguido de los niveles de educación primaria con un 34,5 % y un nivel de educación iletrada con un 2,6 %. El 61,2 % de las personas están casadas o convivientes, mientras que el 41,4 % son solteras. El 58,6 % de ellos proceden de la zona urbana y el 41,4 % de la zona rural.

Nuestros resultados difieren con los reportados por Quispe D, Oyola E (12) en el año 2018 en el Hospital Belén en la ciudad de Trujillo-Perú, informó que el 34,5 % reporta un rango de edad de 26-35 años, el 80,2 % convivientes. Asimismo, castillo B, y Rodríguez F (13) F reportaron que la edad promedio de las pacientes de emergencia fueron de 27 años (21 a 33 años); y el 25 % corresponde al grupo de mayor vulnerabilidad que lo ubicaron entre 15 a 24 años. Al respecto consideramos que las variaciones en los reportes de las investigaciones revisadas en cuanto a las características sociodemográficas se deben a que estas fueron realizadas en áreas urbanas de ciudades con mayor densidad poblacional, instituciones hospitalarias de mayor resolución, mayor cobertura de accesibilidad geográfica, cultural y tecnológica, entre otros aspectos. Estas marcadas diferencias reportadas en el aspecto sociodemográfico nos hacen pensar en la urgencia de que el sistema de salud nacional y regional implemente programas para promover y prevenir la salud materna en los

diferentes grupos de edad. Por otro lado, nuestros resultados coinciden con Martínez J (14) quien reportó que la edad en el 70,65 % osciló entre 20 y 34 años, el nivel de educación secundaria 50,54 %, estado civil convivientes el 77,72 %. En relación a estos resultados que se equiparan con nuestros resultados, se explica porque ambos estudios se realizaron en un centro de salud de una provincia del interior del país y en la región natural de la sierra; lo que demuestra, que las condiciones sociales y demográficas de las pacientes son muy similares y que no son favorables para las mujeres ni las familias que residiendo en el interior del país están obligadas a recibir atenciones de baja calidad tanto por la deficiente implementación del primer nivel de atención, como por los aspectos culturales de las comunidades que poca confianza le asignan al sistema oficial de salud (58).

Con respecto al perfil obstétrico de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el centro de Salud San Ignacio, en nuestro estudio se puede observar que, el 40.5 % tuvieron un solo embarazo, el 19,8 % presentaron dos embarazos, y el 12,9 % tres embarazos; el 40,5 % no manifestó de ningún hijo vivo, el 19,8 % tiene un hijo vivo, y el 12,1 % tienen dos hijos vivos.

Nuestros resultados fueron analizados y comparados y coinciden con Martínez J (14) Ortiz F (15) que informaron que la mayoría las pacientes con complicaciones obstétricas eran primíparas y múltiparas. Al respecto Carbajal J, Ralph C. (49), manifiestan que, en el campo de la obstetricia, es bien conocido que la paridad puede estar relacionada con algunas complicaciones obstétricas, como la primigravidez y la gran multiparidad. Estas situaciones se explican desde la conceptualización con una influencia cultural y social importante y que pueden distorsionar su respuesta frente al embarazo en la primigrávida. Por otro lado, en la múltipara, las condiciones obstétricas están influenciadas por la experiencia, sus expectativas y por el propio estado de salud de la paciente. A propósito, los hallazgos expuestos, están respaldados por los reportes de otros estudios y que se ajusta a la teoría en el campo de la obstetricia, en la que se sustenta los factores predisponentes y asociados a las complicaciones obstétricas.

La observación realizada, respecto al momento en que ocurren las emergencias obstétricas en nuestro estudio se encontró que la mayoría el 29,3 % ocurren durante la semana 37 – 40 semanas de embarazo, seguido de la ocurrencia en el 27,6 entre la semana 28 – 36; asimismo, durante el puerperio casi todas las emergencias obstétricas se presentaron durante las primeras 24 horas. Al respecto, Martínez J (14), el 66,30 % de las complicaciones ocurren entre las 37 y 40 semanas de gestación, pero son escasas en el puerperio y ocurridas en las primeras 24 horas. Nuestra lectura es que

los autores coinciden con nuestros hallazgos en el sentido la mayoría de las complicaciones se ubican al final de la duración del embarazo es decir entre 37 y 40 semanas y en el post parto; esto no exime de anotar que las emergencias obstétricas pueden ocurrir en cualquier momento durante el embarazo, el parto y el posparto.

En lo que consiste a las atenciones prenatales recibidas durante el embarazo por las pacientes con diagnóstico de complicaciones obstétricas, se encontró que, el 66,7 % de las embarazadas de 14 a 27 semanas no recibieron atención prenatal y el 21,7 % llegaron al término sin ella. Además, se observa que, en el centro de salud de San Ignacio de Cajamarca, solo el 58,7 % de las embarazadas son pacientes controladas (recibieron entre 6 y más atenciones prenatales). Al respecto, Quispe D, Oyola E (12) y Martínez J (14) reportaron la escasa cobertura en la atención prenatal en los establecimientos de salud sede de los respectivos estudios (el 63,8 % tenían un promedio de 3,3 atenciones prenatales). Nuestros resultados coinciden con los estudios revisados en el sentido de que existen muy bajas coberturas de atención prenatal que ponen en riesgo inminente la salud materna y en general la salud sexual y reproductiva de la comunidad y de la región. De acuerdo con diversos análisis, en el Perú existen disparidades en la atención prenatal, especialmente en las regiones rurales y andinas. Ser una mujer de etnia nativa o vivir en una zona rural o andina son algunos de los factores asociados con una atención prenatal de baja calidad. En Perú, alrededor de un tercio de las mujeres no realizan los ocho controles prenatales sugeridos y muchas de ellas no tienen acceso a la atención posnatal necesaria. La falta de atención prenatal de alta calidad puede causar complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que puede aumentar la mortalidad materna (27).

En nuestro estudio, en lo referido al diagnóstico de emergencias obstétricas de las pacientes referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca se encontró que: el 21,6% su diagnóstico de referencia fue aborto, 19,8% ruptura prematura de membranas, 17,2% preeclampsia, 12,1% hemorragia post parto, 8,6% sufrimiento fetal agudo, 6,0% placenta previa, 4,3% presentación fetal anómala; 4,3% desproporción céfalo pélvica, 3,4% embarazo ectópico y el 2,6% embarazo múltiple.

Nuestros resultados se comparan con Sucuy y Vera (8), quien reportó que la complicación obstétrica sobresaliente en el primer trimestre es el aborto; asimismo que la hipertensión arterial y el sangrado materno sobresalen en el tercer trimestre. Quispe y Oyola (12) y Rodríguez (13) y otros estudios, encontraron que las emergencias obstétricas más comunes fueron preeclampsia, hemorragia posparto. Martínez (14) encontró que las 10 principales complicaciones identificadas fueron, en orden de

prioridad, preeclampsia 21,74 %, ruptura prematura de membranas 10,33 %, desproporción cefálico-pélvico 9,78 %, aborto 8,70 % y hemorragia posparto 8,15 %. Ortiz F (15). Informó que las principales condiciones médicas atendidas en la emergencia fueron aborto 20%, hemorragia posparto 15%, hipertensión 11,67%, problemas de salud fetal 11-67%. Estos resultados coinciden con nuestros hallazgos con algunas diferencias relativas respecto a la distribución porcentual pero que en general se encuentran presentes en el diagnóstico de las emergencias obstétricas referidas a establecimientos de mayor resolución. Es importante contar con personal capacitado, equipamiento moderno y una infraestructura adecuada para brindar una atención de manera efectiva a las emergencias obstétricas.

Con relación al lugar donde ocurren las emergencias obstétricas, se encontró que la mayoría el 69,8% vienen de casa, seguida de los que se complican en otros establecimientos de salud el 23,3% y solo un 6,9% en el mismo centro de salud. La mayoría, el 90,5% se traslada buscando atención en movilidad particular y solo un 9,5% lo hace en la ambulancia del establecimiento de salud. Nuestros resultados coinciden con Ortiz F (15) quien encontró que el 43,33 de todas las emergencias ocurrieron en el domicilio, y 31,67% ocurrieron en el mismo establecimiento de salud; destacan que el 56,67% se trasladó a pie, 21,67% en ambulancia y 21,67% en vehículo particular. Nuestros resultados coinciden con los estudios revisado en el sentido que la casa o el domicilio fue el lugar donde mayoritariamente ocurrieron las emergencias obstétricas. Sin embargo, es importante ilustrar que las emergencias obstétricas pueden ocurrir en diferentes lugares, dependiendo de muchos factores como, la accesibilidad al sistema de salud que está determinado por factores educativos, geográficos, culturales, sociales, económicos que condicionan el comportamiento de la mujer frente al sistema de salud (20).

CONCLUSIONES

1. Las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca se caracterizaron por: 58,6 % con edad entre 20 y 34 años; el 45,7 % con instrucción secundaria; el 61,2 % con estado civil casado/conviviente; y el 58,6 % proceden de la zona urbana.
2. Las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca presentaron el siguiente perfil obstétrico: el 40,5 % tuvieron un solo embarazo; el 60,3 % tienen de uno a dos hijos vivos; asimismo, el 21,7 % de las mujeres llegaron al término sin recibir ninguna atención prenatal.
3. Las emergencias obstétricas referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca, presentan el siguiente perfil: la mayoría, el 56,9 % ocurrieron en el tercer trimestre (ruptura prematura de membranas; preeclampsia; sufrimiento fetal agudo, presentación fetal anómala; desproporción céfalo pélvica; embarazo múltiple); seguido del 25,0 % presentadas en el primer trimestre (aborto; embarazo ectópico); y el 6,0 % en el segundo trimestre (placenta previa). El 12,1% de las complicaciones se presentaron en el puerperio inmediato (hemorragia post parto).
4. El 69,8% de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio-Cajamarca ocurren en casa y se trasladan al establecimiento de salud en movilidad particular.

RECOMENDACIONES

1. Gestionar la atención obstétrica de calidad, a través de garantizar la disponibilidad de personal profesional capacitado, equipos y suministros médicos y obstétricos adecuados y modernos, y la implementación de protocolos de atención estandarizado del Ministerio de Salud que favorezca ampliar atención prenatal y emergencias a zona urbano marginal y rural del establecimiento de salud.
2. Siendo la atención prenatal una herramienta importante para detectar y tratar problemas de salud materna y fetal antes de que se conviertan en emergencias obstétricas, es importante motivar y comprometer a los profesionales de obstetricia del centro de salud San Ignacio-Cajamarca para mejorar las coberturas de atención regular e integral tanto en el área urbano como rural.
3. Difundir la importancia del conocimiento del perfil de las emergencias obstétricas, como una herramienta informativa esencial para garantizar la atención adecuada y oportuna de las embarazadas que presentan complicaciones obstétricas, lo que ayudará a reducir la mortalidad materna o las secuelas en la salud materna perinatal.
4. Utilizar de manera activa y continua el radar de gestantes en el área de influencia del Centro de Salud San Ignacio, a fin de reducir las emergencias obstétricas ocurridas en casa y activar la conectividad para trasladar los casos en la ambulancia del establecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo R, Magaña M, Rivas V, Sánchez L, Cruz A, Morales F. Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel Satisfaction with the quality of care in women in postpartum. Artículo Original CONAMED [Internet]. 2016;21(ISSN 2007-932X):15–20. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con161c.pdf>
2. Hüner B, Reister F. Emergencies in obstetrics: Detect—Decide—Deliver. Gynakologe Article [Internet]. 2022;55(4):246–56. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00129-022-04929-2>
3. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Williams Obstetricia. 25a Edició. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES SA de CV, editor. México: Mc Graw Hill; 2019. 1346 p.
4. Gil F. Situación epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú. Vol. 68, Reporte: Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades. Lima, Perú; 2021.
5. Gómez-Sánchez PI, Arévalo-Rodríguez I, Rubio-Romero JA, Guío JA, Osorio-Castaño JH, Buitrago-Gutiérrez G, et al. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: Introducción y metodología. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2013;64(3):234–44.
6. Salazar E. El problema de la seguridad de la Atención Obstetrica. Art Rev Perú Ginecol Obstet. 2019;65(1):31–5.
7. Facho E, Aliaga C. Mortalidad materna en Cajamarca y otros departamentos. Artículo - Alicia-Concytec. 2017;1(ISSN 1996-5389):99–108.
8. Sucuy J, Vera M. Hemorragia materna, perfil epidemiológico, poblaciones vulnerables, complicaciones y secuelas en mujeres de 18 a 35 años en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo 2016-2018. Vol. 1, Tesis de Grado. Universidad de Guayaquil; 2019.
9. Castillo B. Perfil epidemiológico de la paciente obstétrica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital del Niño y la Mujer de Seseq, enero a diciembre 2016. Universidad Autónoma de Querétaro; 2018.
10. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Artículo de Revisión. 2020;85(6):697–708.
11. Rangel-Flores YY, Rincón-Zúñiga DT, Hernández-Ibarra LE. La experiencia vivida de la emergencia obstétrica: un estudio fenomenológico con mujeres mexicanas. Saude e Sociedade. 2022;31(1):13.
12. Quispe D, Oyola E. Características epidemiológicas y clínicas de emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2015-2017. Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.

13. Rodríguez F. Características epidemiológicas y clínicas asociadas a muertes maternas evitadas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018. Universidad Nacional de Ucayali; 2019.
14. Martínez JN. Perfil De Las Emergencias Obstétricas En El Centro De Salud De Chilca – Junin - 2017. Repositorio Institucional - UNH. 2019;80.
15. Ortiz F. Características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020. Repositorio Institucional - UNH. Universidad Nacional de Huancavelica; 2020.
16. Cardenas Rosa. Sistema de referencia y contrarreferencia en el manejo de las emergencias. TecnoHumanismo. 2021;1(11):1–11.
17. Cardenas GG, Sánchez K, Delgado-Bardales JM, Arévalo L. Sistema de Referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2020;1(1):2.
18. Vigil S. “Relación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia con la Mortalidad Materna del Hospital II 2 Tarapoto, 2017.” Universidad César Vallejo. 2019;1–83.
19. EcuRed. Emergencia obstétrica. Cuba; 2022. p. 254.
20. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. MINSA [Internet]. 2019;l:60. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
21. Aburto V, Reyes G, Aróstegui M. Manual de Procesos y Procedimientos del Proceso de Atención de Salud: Atención de urgencias y emergencias obstétricas y ginecológicas. HNERM-EsSalud. 2019;1(M02.05.02.04):152.
22. Nikki T, Heike A. Atención Básica de Emergencia. abordaje de lesionados y enfermos agudos. ISBN (WHO). CICR, editor. Vol. 59, OMS/OPS. USA: Diseño grafico de Inís Communication; 2020.
23. Bibiano C, Sanz T, Esparza C, Montero M, Puig R. Manual de Urgencias. Hospital Universitario Infanta Leonor Madrid. 2018;3(89):1456–61.
24. Vilchez J, Rengifo J, Barrios D, Carrasco C, Toro C. Conocimientos sobre emergencias médicas en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Ucayali. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2019;33(3):1–14.
25. FAME. Emergencias Obstétricas o Ginecológicas. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2021;1:5.
26. Caicedo J. Aseguramiento de la atención de calidad del equipo de salud en emergencias obstétricas y neonatales del Hospital General Santo Domingo. PUCE. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2022.
27. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de Salud Materna. NST N° 105-MINSA/DGSPV01 [Internet]. 2013;01:1–61. Available from: <https://www.bitlylinks.com/kiiQIS1cR>
28. Guevara E, Sánchez A, Luna A, Ayala F, Mascaró P, Carranza C, et al. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2ª. Edició. SRL GD, editor. Vol. 53, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú; 2018. 351 p.

29. Larroca C, Chaquiriand V. Manejo inicial del aborto. revista uruguayana medicina interna [Internet]. 2021 Jul 17 [cited 2023 Jun 2];06(02). Available from: file:///C:/Users/Dell/Downloads/2393-6797-rumi-6-02-22.pdf
30. Sánchez-Ramírez G, Veldhuis S. Opiniones y disposición de personal médico sobre el aborto en dos regiones de México. Realidades y retos del aborto con medicamentos en México [Internet]. 2021;(January). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Suzanne-Veldhuis/publication/359300851_Opiniones_y_disposicion_de_personal_medico_sobre_el_aborto_en_dos_regiones_de_Mexico/links/62338725b4db545f473248e0/Opiniones-y-disposicion-de-personal-medico-sobre-el-aborto-en-d
31. Andrade Moreira VN, Lara Zambrano CE. Perfil Epidemiológico, Clínico Y Complicaciones De Aborto En Mujeres De 15-25, Hospital Liborio Panchana [Internet] [Tesis de Grado]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2018. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Suzanne-Veldhuis/publication/359300851_Opiniones_y_disposicion_de_personal_medico_sobre_el_aborto_en_dos_regiones_de_Mexico/links/62338725b4db545f473248e0/Opiniones-y-disposicion-de-personal-medico-sobre-el-aborto-en-d
32. Liang H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo ectópico: revisión con enfoque en el manejo médico. Revista Clínica HSJD. 2018;8(1):28–36.
33. Rivera C, Soto M, Díaz V, Espinoza P, Merino C, Silva S. Experiencia y manejo del embarazo ectópico cervical: Revisión del tema. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(5):460–7.
34. Bermúdez LC, Llanes YA, Herrera MG, Cabrera MPC, Casanova AF, Rivera GP. Mola hidatiforme parcial del segundo trimestre. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;44(2):1–12.
35. Espinoza Artavia A, Fernández Vaglio R, Solar del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. Revista Medica Sinergia. 2019;4(5):44–59.
36. Melgar M. Estudio clínico epidemiológico y bacteriológico en gestantes con infección urinaria de Huancayo 2020. Universidad Peruana Los Andes; 2020.
37. Suárez I. Determinantes de la infección de tracto urinario en gestantes del Hospital Hermilio Baldizán Medrano, Huánuco de enero a julio 2021. Vol. 1, Repositorio Institucional. Universidad de Huánuco; 2020.
38. López P. Falta de seguimiento de las infecciones de vías urinarias en el embarazo como factor de riesgo para complicaciones obstétricas. Universidad Autónoma de Querétaro; 2022.
39. Añazco A, Lucas K. Factores Maternos asociados al parto prematuro en el área de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo . Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019.
40. Zerna-Bravo C, Fonseca-Tumbaco R, Viteri-Rojas A, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Revista Ciencia Unemi. 2018;11(26):134–42.
41. Pacheco-Romero J. ¿Qué se conoce sobre el futuro de la madre y el niño en el parto prematuro? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018;64(3):423–31.

42. Bermúdez-rojas AK, Zarate-reyes KD, Zambrano-Alarcón HE, Valdivieso-Álava FC. Causas e fatores de risco em mulheres grávidas com placenta prévia. *Revista Científica: Dominio de las Ciencias*. 2021;7(ISSN: 2477-8818):1587–99.
43. Torres-Berra KC, Uriel-Calvo MM, Rincón-Franco S, De la Hoz-Valle JA, RomeRo-Infante XC. Placenta previa: factores de riesgo e impacto en la morbimortalidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia. *Revista de la facultad de medicina*. 2020;3118(2):1–10.
44. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Manejo de ANOMALÍAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA Y VASA PREVIA Evidencias y Recomendaciones GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA G PC. *Guía de Práctica Clínica (GPC)*. 2019;2–68.
45. Ávila Darcia S, Alfaro Moya T, Olmedo Soriano J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*. 2016;6(3):11–20.
46. Grilli M, Crespo H, Stagnaro A, Giurgiovich A. Preeclampsia: un Acercamiento a su Fisiopatología y Predicción por medio de Biomarcadores. *Revista FASGO*. 2022;21(2).
47. Guimaray G. Factres asociados a preeclampsia-eclampsia en gestantes del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón Nuevo Chimbote. 2017. UNASAM. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2019.
48. Martos Cano M de los Á, Martínez oya M, Campos Pereiro S, Salcedo Mariña Á, Pérez Medina T. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2018;61(3):256–60.
49. Carvajal J, Ralph C. *Manual Obstetricia y Ginecología*. Novena Edición [Internet]. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Santiago-Chile; 2018. p. 638. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecología-2018.pdf>
50. Torres Moore CD. Patologías maternas asociadas al desprendimiento prematuro de placentas normo inserta en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo de enero 2008 - julio 2018. Universidad Ricardo Palma; 2018.
51. Jesús Verde HA. Atonía uterina post cesárea en gestante con preeclampsia severa Hospital Nivel II Junín 2017. Vol. 1, Universidad José Carlos Mariátegui. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020.
52. Rojas-Chanzapa L del P. “Atonia Uterina Y Shock Hipovolemico Como Causa De Mortalidad Materna.” UPICA. Universidad Particular de Ica; 2017.
53. Guardo R. Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto por atonía uterina en pacientes de la clínica Maternidad Rafael Calvo de la Ciudad de Cartagena. Universidad de Cartagena; 2019.
54. Olivera K. Características Sociodemograficas Y Obstétricas De Puerperas Que Presentaron Retención Placentaria En El Centro De Salud De El Tambo 2017 Y 2018. Repositorio Institucional - UNH. Universidad Nacional de Huancavelica; 2019.
55. OMS. Aborto. WHO. 2022;5–6.

56. Montenegro L, Montoya L. Prevalencia de retenciones placentarias y su relacion con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad que fuereon atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda - 2017. Vol. 1, Repositorio Institucional. Universidad Técnica de Babahoyo; 2018.
57. Jenniffer C, Wizuete T. Atonía uterina asociada a expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en el Hospital Gustavo Dominguez - Santo Domingo de los Tsachilas; enero-junio 2019 [Internet] [Tesis de Grado]. Universidad Técnica de Babahoyo; 2019. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8079/P-UTB-FCS-OSBT-000157.pdf?sequence=1>
58. Torres Huaman R. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2019 [Internet] [Tesis de Grado]. Vol. 1, Repositorio Institucional. Universidad de Huánuco; 2021. Available from: [http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2872/Torres Huamán%2C Rocío Esther.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2872/Torres_Huamán%2C_Rocío_Esther.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
59. Díez I, Cassadó J, Martín A, Muñoz E, Bauset C, López-Herrero E. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2020;63(1):48–53.
60. Ferreiro L, Díaz M, López R, Vient JC, Favier M. Factores de riesgo de infección puerperal en el Hospital General Docente “Dr. Agostino Neto”, Guantánamo 2016-2018. *Revista Informática Científica*. 2019;98(3):332–43.
61. Durán Méndez CF, Sánchez LL. Sepsis puerperal : de la prevención al tratamiento. In: Universidad de Antioquía, editor. *Ginecología y Obstetricia*. XVIII. Antioquía; 2019. p. 143–53.
62. Delclós J. Ética en la investigación científica. Cómo elaborar un proyecto en Ciencias de la Salud. Comité Ético [Internet]. 2016;14–8. Available from: <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/03/C43-02.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

“Año de la unidad la paz y el desarrollo”

San Ignacio 04 de Julio del 2023

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

Señor: M. c. Gerardo Huatuco Crisanto

Director Centro de Salud San Ignacio

Yo Mirian Julithza Robledo Quinde identificada con DNI N° 71011406 domiciliada en el JR Chilclayo 204 provincia de San Ignacio-Cajamarca, Evelin Laserna Gaslac identificada con DNI N° 70236087 domiciliada en Av Marginal S/N Centro Poblado Alianza- Yurimaguas ,ante usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos :

Que siendo bachilleres en obstetricia de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN –TARAPOTO .Que habiendo aprobado el proyecto para realizar la ejecución en el Centro de Salud San Ignacio solicito a Ud permiso para realizar nuestro proyecto de Investigación titulado“PERFIL DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN IGNACIO-CAJAMARCA, JUNIO 2021 MAYO 2022” para optar el grado de Obstetras .

Ruego a usted acceder a lo solicitado por ser de justicia

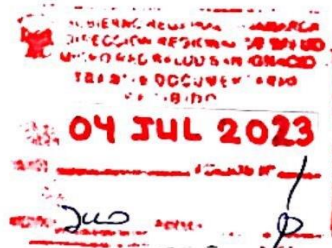
Atentamente



Mirian Julithza Robledo Quinde



Euridis Evelin Laserna Gaslac



Anexo 2

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO

Para la recopilación de los datos informativos sobre el **Perfil de las usuarias en las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio – Cajamarca**, se utilizará la presente ficha, en la que se analizarán las historias clínicas de las emergencias atendidas, registros de atención y los registros de referencia y contra referencia utilizados en cada caso. Los datos recopilados serán de utilidad exclusiva para el presente estudio, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los casos observados.

Nº de Historia Clínica u hoja de emergencia:

Fecha de la atención:/...../.....

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

1. Edad de la usuaria al momento de la emergencia: _____

- a. ≤ de 15 años (1)
- b. 16 a 19 años (2)
- c. 20 a 34 años (3)
- d. ≥ 35 años (4)

2. Grado de instrucción

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

3. Lugar de procedencia:

- a) Rural(1)
- b) Urbano marginal.....(2)
- c) Urbano(3)

4. Estado civil:

- a) Soltera (1)
- b) Casada/conviviente (2)
- c) Separada/divorciada (3)
- d) Viuda (4)

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

5. Semanas de embarazo (al momento de la emergencia)
6. Días transcurridos desde el parto a la fecha de atención de la emergencia (solo para puérperas)
7. Número de embarazos incluido el actual
8. Número de hijos vivosPeriodo Inter Genésico.....meses
- 9. Atenciones prenatales durante su embarazo actual:**
- a) < = 5 controles () b) 6 a más controles () c) Ninguno()

CARACTERÍSTICAS DE LA EMERGENCIA**10. La paciente que presenta emergencia procede de:**

- a. Su casa
- b. Otros establecimientos
- c. Del establecimiento mismo (sala de parto, hospitalización)

11. Transporte usado para llegar al Centro de Salud de San Ignacio

- a) Ambulancia del establecimiento
- b) Auto u otra movilidad particular
- c) PNP
- d) Serenazgo

12. Cuadro clínico presentado al momento de su ingreso al establecimiento**(Marcar más de una alternativa, agrupados de acuerdo al caso):**

- a. Convulsiones..... ()
- b. Dolor de cabeza, ()
- c. Contracciones uterinas antes de las 37 semanas.. ()
- d. Infección urinaria..... ()
- e. Edemas..... ()
- f. Disminución de movimientos fetales. ()
- g. Sangrado vaginal..... ()
- h. Fiebre..... ()
- i. Pérdida de líquido amniótico..... ()
- j. Náuseas y vómitos.....()
- k. trastornos visuales..... ()
- l. hipertensión.....()

13. Diagnóstico de la emergencia obstétrica referida (consignar tal como se encuentra en la hoja de emergencia)

- D1
-
- D2
-
- D3

14. Destino de la paciente:

- a. Referencia a establecimiento de mayor resolución
- b. Clínica privada
- c. Otro.....

15. Modo de ingreso:

Estable: () grave ()

16. Complicación de la emergencia:

Ingreso a UCIM: SI () NO ()

ANEXO 3

Tarapoto, 25 de abril del 2023

Estimado:

Obsta. Mg. PEDRO VARGAS RODRIGUEZ

Presente:

Nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en calidad de JUEZ para validar el contenido del instrumento:

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTARIO

Para lo cual se hace entrega formal de la delimitación conceptual y operacional del constructo, formatos de evaluación y el protocolo de aplicación, el cual deberá llenar siguiendo su criterio profesional y teórico, a fin de evaluar la relevancia, coherencia, claridad y contexto de los ítems.

Agradecemos de antemano su receptividad y colaboración, su apoyo permitirá utilizar un instrumento con garantía de validez científica en contexto peruano. Quedamos de Ud. en espera de su evaluación.

Muy Atentamente:




Mirian Julithza Robledo Quinde
Bachiller en Obstetricia
Universidad Nacional de San Martín
<https://orcid.org/0000-0003-4221-3912>



Euridis Evelin Laserna Gaslac
Bachiller en Obstetricia
Universidad Nacional de San Martín
<https://orcid.org/0000-0002-6861-897X>

cc. Archivo.



Obsta. Pedro Vargas Rodriguez
COP 6182

Tarapoto, 25 de abril del 2023

Estimado:

Obsta Mg. EDUAR VILLACORTA PANDURO

Presente:

Nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en calidad de JUEZ para validar el contenido del instrumento:

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTARIO

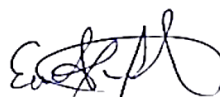
Para lo cual se hace entrega formal de la delimitación conceptual y operacional del constructo, formatos de evaluación y el protocolo de aplicación, el cual deberá llenar siguiendo su criterio profesional y teórico, a fin de evaluar la relevancia, coherencia, claridad y contexto de los ítems.

Agradecemos de antemano su receptividad y colaboración, su apoyo permitirá utilizar un instrumento con garantía de validez científica en contexto peruano. Quedamos de Ud. en espera de su evaluación.

Muy Atentamente:

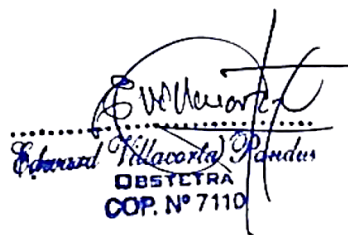


Mirian Julithza Robledo Quinde
Bachiller en Obstetricia
Universidad Nacional de San Martín
<https://orcid.org/0000-0003-4221-3912>



Euridis Evelin Laserna Gaslac
Bachiller en Obstetricia
Universidad Nacional de San Martín
<https://orcid.org/0000-0002-6861-897X>

cc. Archivo.



Eduard Villacorta Panduro
OBSTETRA
COP. N° 7110

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTARIO

N°	Ítems	Relevancia				Coherencia				Claridad				Contexto				Sugerencias		
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Dimensión: Factores sociodemográficos																			
1	Edad				X													X		
2	Grado de instrucción				X													X		
3	Lugar de procedencia				X													X		
4	Estado civil				X													X		
	Dimensión: Características obstétricas																			
5	Semanas de embarazo (al momento de la emergencia)			X														X		
6	Días transcurridos desde el parto a la fecha de atención de la emergencia (solo para púperas)			X														X		
7	Número de embarazos incluido el actual			X														X		
8	Número de hijos vivos			X														X		
9	Atenciones prenatales durante el embarazo actual			X														X		
	Dimensión: Características de la emergencia																			
10	La paciente que presenta emergencia procede de: su casa, de otros establecimientos, etc.			X														X		
11	Transporte usado para llegar al Centro de Salud de San Ignacio			X														X		
12	Cuadro clínico presentado al momento de su ingreso al establecimiento			X														X		
13	Diagnóstico de la emergencia obstétrica referida			X														X		
14	Destino de la paciente (establecimiento de destino, lugar de referencia)			X														X		
15	Modo de ingreso: Estable, grave			X														X		
16	Complicaciones de la emergencia			X														X		


 E. Villalón
 Ginecóloga Obstetra
 C.O.P. N° 1110

Tarapoto, 09 Mayo del 2023

Estimado:
Mg.Obsta. Lloy Américo Vargas Daza

Presente:

Nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en calidad de JUEZ para validar el contenido del instrumento:

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTARIO

Para lo cual se hace entrega formal de la delimitación conceptual y operacional del constructo, formatos de evaluación y el protocolo de aplicación, el cual deberá llenar siguiendo su criterio profesional y teórico, a fin de evaluar la relevancia, coherencia, claridad y contexto de los ítems.

Agradecemos de antemano su receptividad y colaboración, su apoyo permitirá utilizar un instrumento con garantía de validez científica en contexto peruano. Quedamos de Ud. en espera de su evaluación.

Muy Atentamente:



Mirian Julithza Robledo Quinde
Bachiller en Obstetricia
Universidad Nacional de San Martín
<https://orcid.org/0000-0003-4221-3912>



Euridis Evelin Laserna Gaslac
Bachiller en Obstetricia
Universidad Nacional de San Martín
<https://orcid.org/0000-0002-6861-897X>

cc. Archivo.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD S.M.
UNIDAD EJECUTORA 400 - BM
MICRORED SALUD - MORALES.

Mg. LLOY AMÉRICO VARGAS DAZA
OBSTETRA COP 4618
ESP. BAJO RNE 4629.0.01.1

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTARIO

Nº	Ítems	Relevancia				Coherencia				Claridad				Contexto				Sugerencias		
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Dimensión: Factores sociodemográficos																			
1	Edad			X													X			
2	Grado de instrucción			X													X			
3	Lugar de procedencia			X													X			
4	Estado civil			X													X			
	Dimensión: Características obstétricas																			
5	Semanas de embarazo (al momento de la emergencia)			X													X			
6	Días transcurridos desde el parto a la fecha de atención de la emergencia (solo para puérperas)			X													X			
7	Número de embarazos incluido el actual			X													X			
8	Número de hijos vivos			X													X			
9	Atenciones prenatales durante el embarazo actual			X													X			
	Dimensión: Características de la emergencia																			
10	La paciente que presenta emergencia procede de: su casa, de otros establecimientos, etc.			X													X			
11	Transporte usado para llegar al Centro de Salud de San Ignacio			X													X			
12	Cuadro clínico presentado al momento de su ingreso al establecimiento			X													X			
13	Diagnóstico de la emergencia obstétrica referida			X													X			
14	Destino de la paciente (establecimiento de destino, lugar de referencia)			X													X			
15	Modo de ingreso: Estable, grave			X													X			
16	Complicaciones de la emergencia			X													X			

DIRECCION REGIONAL DE SALUD S.M.
 UNIDAD EJECUTORA 400.7 B.M.
 MICRORED SALUD MORAYES

.....
 Mg. LLOY AMÉRICO VARGAS DIAZ
 OBSTETRA COP 4688
 ESP. EARO RNE 4629.E.11.1

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Población y muestra	Diseño	Instrumento	Análisis estadístico
¿Cuál es el perfil de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022?	Determinar el perfil de las emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021- mayo 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Describir las características sociodemográficas de las pacientes con emergencias obstétricas referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca. - Identificar el perfil obstétrico de las pacientes referidas desde el Centro de Salud San Ignacio - Cajamarca. - Establecer el perfil de las emergencias obstétricas según diagnóstico clínico, de las pacientes referidas desde el centro de salud San Ignacio-Cajamarca 	Perfil de las emergencias obstétricas	La población y muestra estará constituida por 116 pacientes referidas (120 historias clínicas de emergencias obstétricas referidas) desde el Centro de salud de San Ignacio – Cajamarca durante el periodo junio 2021- mayo 2022. (Fuente: UNIDAD_EJECU TORA_SALUD_S AN_IGNACIO)	El diseño de investigación no experimental, cuantitativa, retrospectiva, descriptivo simple. Esquema: M → O Donde: M: Historias clínicas de pacientes con emergencias obstétricas referidas. O: Perfil de las emergencias obstétricas	Ficha de análisis documentaria	Se realiza a través de la Hoja de cálculo de Microsoft Excel

Perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021 - mayo 2022

por Euridis Evelin Laserna Gaslac

Fecha de entrega: 17-nov-2023 09:09a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2231170724

Nombre del archivo: dis_Evelin_Laserna_Gaslac_Mirian_Julithza_Robledo_Quinde_2.docx (10.41M)

Total de palabras: 16851

Total de caracteres: 94365

Perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Ignacio - Cajamarca, junio 2021 - mayo 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

1library.co

Fuente de Internet

4%

2

tesis.unsm.edu.pe

Fuente de Internet

3%

3

repositorio.unsm.edu.pe

Fuente de Internet

2%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

5

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

8

repositorio.upao.edu.pe

Fuente de Internet

1%