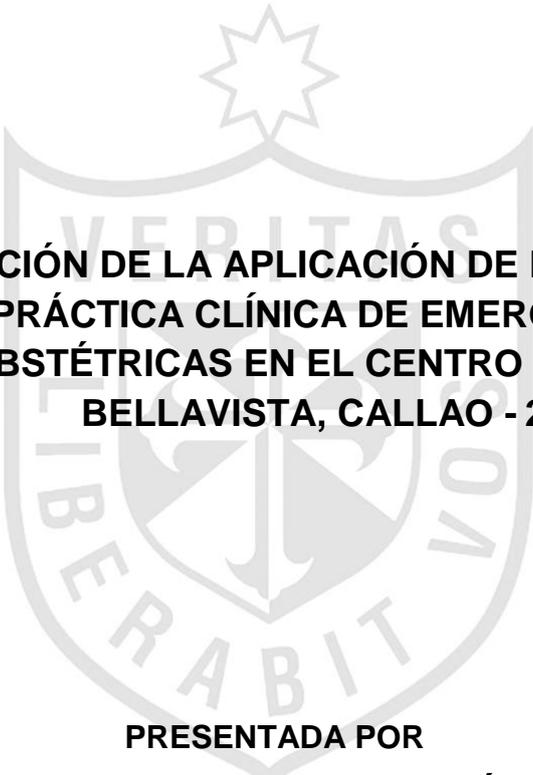




FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO



**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE
PRÁCTICA CLÍNICA DE EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS EN EL CENTRO DE SALUD
BELLAVISTA, CALLAO - 2012**

**PRESENTADA POR
ANGÉLICA ALEJANDRINA FLORIÁN VALDIVIA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN
ESTRATEGICA DE CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA
CLÍNICA DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL
CENTRO DE SALUD BELLAVISTA, CALLAO - 2012**

TESIS

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN
ESTRATEGICA DE CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

PRESENTADA POR

ANGÉLICA ALEJANDRINA FLORIÁN VALDIVIA

LIMA-PERÚ

2015

Asesor: Dr. Celso Vladimir Bambaren Alatrística. Doctor en medicina.

Miembros de Jurado:

- Dr. Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi.
- Dr. Yenka Magdalena La Rosa Schreier.
- Dr. Celso Vladimir Bambaren Alatrística.



ÍNDICE

PORTADA	I
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	II
ÍNDICE	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	17
RECOMENDACIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	19
ANEXOS	
MATRIZ DE CONSISTENCIA	
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
RECOLECCIÓN DE DATOS	
GUÍA DE PRÁCTICA	

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las referencias obstétricas de emergencia de acuerdo a la “Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”.

Materiales y Métodos: Se recolectó la información de todas las historias clínicas de emergencia, formatos de referencia y del libro de reporte de obstetricia de aquellas gestantes referidas desde la emergencia de un centro de salud 1-4, de enero a diciembre del año 2012. Se desarrolló un estudio descriptivo, diseño observacional transversal para evaluar la concordancia entre las referencias obstétricas y la “Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”.

Resultados: De un total de 175 referencias, 30 no aplicaron al estudio y de las 145 restantes, 30 tenían diagnósticos que si ameritaban referirse, de éstos entre los más frecuentes se encontró: descartar Pelvis estrecha con 12 referencias (40,0%), seguido de descartar Aborto incompleto con 9 referencias (30,0%). El diagnóstico más frecuente del total de referencias fue la ruptura prematura de membrana (67 casos) seguido de preeclampsia leve (48 casos). Al final del estudio se observó que

solo cuatro atenciones médicas (2,9%) fueron manejadas según la guía. Finalmente de las 175 referencias, 123 terminaron en parto vaginal sin complicaciones.

Conclusiones: El porcentaje de referencias injustificadas es muy alto, generando inadecuada utilización de recursos del Estado, además de inadecuados resultados en el parto institucional y capacidad resolutive. Se encontró que únicamente cuatro de las referencias cumplieron con la guía.

Palabras claves: referencia, obstétricas, complicaciones, injustificadas.



ABSTRACT

Objectives: To evaluate emergency obstetric references according to the "Clinical practice guidelines for the care of obstetric emergencies by level of resolution capacity."

Materials and Methods: Information on all emergency medical records, reference formats and the report book of obstetrics was collected, for those pregnant women referred from the emergence room of a health center 1-4, in 2012. A descriptive cross-sectional study was conducted to assess the correlation between the references and the clinical practice guidelines "Clinical practice guidelines for emergency obstetric care by level of decision-making capacity"

Results: From a total of 175 referrals, 30 did not apply to the study and the remaining 145, 30 referrals had diagnosis that merited be referred, of these referrals the most frequently diagnosis was: small pelvis with 12 references (40,0%), followed by incomplete abortion with 9 references (30,0%). The most common diagnosis of the total references were premature rupture of membrane (67 cases) followed by mild preeclampsia (48 cases). At the end of the study it found that only four medical attentions (2.9%) were managed according to the guide. Finally of the 175 references, 123 ended in uncomplicated vaginal delivery.

Conclusions: It was concluded that, the percentage of unjustified referrals is very high, generating high economic burden to the institution and the patients, as well as distrust in the health personnel. In addition, the inadequate results in institutional delivery and response capacity. It was found that only four cases of references carried out the guidelines.

keywords: referrals, obstetric, complication, unjustified



INTRODUCCIÓN

En el Perú los sistemas de salud se están modernizando a fin de adecuar sus capacidades a las exigencias y demandas de las personas y a las restricciones de los fondos públicos ⁽¹⁾. En estos cambios se tiene que asegurar el acceso al sistema de salud a todos sus ciudadanos ⁽²⁾. Es crucial entonces darle el mejor uso a los recursos y en este punto encaja el sistema de referencia y contrarreferencia; a través del cual se orientan los distintos tipos de demandas en salud según el grado de complejidad de la enfermedad, garantizando la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios ⁽³⁾. Esto implica el control de costos y el uso de recursos, maximizando la eficacia y la equidad en el acceso a la salud, y evitando la sub o sobre utilización de recursos, lo que también condiciona que se mantengan los estándares de acreditación de los establecimientos de salud ⁽⁴⁾.

Recordemos que el modelo de atención integral de salud se basa en principios de universalidad en el acceso, equidad, integralidad, eficacia, descentralización ⁽⁵⁾. Articulando todo esto a niveles de resolución y asegurando adecuados procedimientos de relación entre ellos ⁽⁶⁾. Si consideramos que un 80 % de las patologías son atendidas por médicos generales y el otro 20 % requieren de un nivel de resolución mayor ⁽⁷⁾, se necesita entonces de un sistema de referencia y contrarreferencias que sirva como herramienta para poner a disposición de los médicos, criterios y procedimientos homogéneos que permiten canalizar la demanda de servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención evitando así la

referencia injustificada, la cual se genera cuando el usuario (paciente), es referido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad de resolución, a pesar de que el establecimiento de origen de la referencia si contaba con la capacidad resolutiva para solucionar el motivo de la referencia ⁽⁸⁾.

Si bien el gobierno, se preocupa por el bienestar de toda la población, existe una población vulnerable y dentro de ella se encuentran las mujeres gestantes y los recién nacidos y es sobre la salud de esta población en donde recaen los mayores esfuerzos del estado ^(9,10). Esta priorización demanda diversos convenios, normas, etc. que buscan impactar positivamente sobre la salud de esta población vulnerable ^(11,12). Asimismo, las atenciones en caso de emergencias requieren de normas flexibles, ya que al tratarse de un riesgo para la vida el paciente puede ser referido al establecimiento más cercano siendo o no este de su jurisdicción ⁽¹³⁾.

En el caso particular de gestantes se creó el término gestantes reenfocada para referirse a gestantes que han cumplido ciertas características que indican que tienen un embarazo sin riesgo obstétrico ⁽¹⁴⁾; por tanto, estas pacientes podrían ser atendidas en establecimientos categoría IV sin mayores dificultades ⁽¹⁵⁾. También se crearon normas que indican el equipamiento mínimo que debe tener un ambiente de emergencia, así como del personal ^(16,17). Además, se creó la norma de traslado terrestre, en donde se indica que tipo de ambulancia debe trasladar al paciente según el tipo de prioridad ⁽¹⁸⁾, y luego la Guía de Atención Según Niveles de

Capacidad Resolutiva, la cual describe los procesos de atención a desarrollarse en los diferentes niveles de capacidad resolutiva.

Se detalla diagrama de flujos que precisan acciones a ser ejecutadas desde la comunidad y a nivel de los servicios de salud, facilitando el manejo adecuado de las emergencias obstétricas, así como, la decisión de referir a la paciente de manera oportuna, adecuada y con calidad a servicios de mayor capacidad resolutiva⁽¹⁹⁾.

Lamentablemente, es frecuente observar en países en vías de desarrollo, que los establecimientos de segundo y tercer nivel con recursos humanos y técnicos muy especializados, atienden problemas de salud sencillos. De esta manera los recursos del primer nivel son subutilizados, mientras que los establecimientos del segundo y tercer nivel se congestionan, generando que no solo se pierda eficiencia productiva de manera importante, sino que la congestión de los establecimientos secundarios puede impedir la atención oportuna de casos más complejos, violando así, el principio de equidad. Y, desde el punto de vista económico, es importante asegurar que el servicio médico se brinde en el establecimiento donde se pueda entregar a menor costo, siempre partiendo del supuesto que el servicio se entrega con el mismo grado de calidad⁽²⁰⁾.

Por tanto, no solo se requiere de normas y procesos, sino también, de vigilar que éstos se cumplan y esto se puede hacer mediante la evaluación de estándares de calidad^(21,22).

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado, deseado, factible de alcanzar y demostrable ⁽²³⁾. Por ejemplo, para la demanda de servicios de salud materno perinatales (población vulnerable), el indicador más útil es la cobertura del parto institucional ⁽²⁴⁾. El conjunto de variables e indicadores integran el sistema de verificación o cumplimiento del estándar ⁽²⁵⁾. El análisis y evaluación de la calidad utiliza el enfoque sistémico diferenciando tres áreas, estructura, procedimientos y resultados ⁽²⁶⁾. Dentro de la estructura se encuentra la tipificación de los establecimientos de salud, la cual es importante ya que delimita las funciones de todos los prestadores del sistema, define las características estructurales y de procesos de la oferta, permitiendo el desarrollo de programas de evaluación y acreditación, identifica brechas en la capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Lo anteriormente señalado permite orientar las políticas de inversión, optimizar el uso de recursos humanos y materiales favoreciendo de este modo la eficiencia del sistema ⁽²⁷⁾.

Se presume que muchas de las referencias son injustificadas, debido a las múltiples quejas de los pacientes referidos, y de los médicos que atendieron dicha referencia, los cuales indican muchas veces que las patologías que llegan a sus establecimientos no son complejas y no merecían por tanto referirse al paciente a un establecimiento de mayor resolución. Por tanto un paciente referido de manera injustificada, en este caso paciente obstétrica, genera una inadecuada utilización de los servicios de salud, lo que implica una sobre demanda de atención en los niveles

de mayor complejidad, sobresaturando las áreas de emergencia e impidiendo que usuarios con patologías realmente complejas sean atendidas de forma oportuna y adecuada; además esta subutilización de los servicios del primer nivel y sobre utilización de los servicios de mayor resolución genera elevación en los gastos del estado. Finalmente implica que los usuarios no reciban una atención adecuada generando desconfianza en los servicios de salud públicos.

Por lo antes expuesto, se compararán las referencias obstétricas con una guía de práctica clínica, con los objetivos específicos de: determinar el porcentaje de referencias justificadas e injustificadas realizadas, identificar los diagnósticos más frecuentes que originan las referencias, verificar si el establecimiento de salud garantiza el parto institucional, valorar la capacidad resolutive y determinar el cumplimiento de la guía de práctica clínica. Con estos conocimientos se podrá dar sugerencias de capacitación, además al auditar las historias de emergencia se podrá conocer la calidad de la atención brindada, con todo este conocimiento se podrá mejorar el proceso de referencia y contrarreferencia, debido a que será posible conocer los errores o fallas que se están cometiendo en este sentido. Cabe mencionar también que la referencia injustificada es un problema que se presenta con frecuencia, pero del cual no existe mucha información ^(28,29). Al ser este un problema presente en otros establecimientos de salud; es factible que los planteamientos de mejora puedan ser adoptados por otras instituciones de salud. Tengamos en cuenta que un mejor conocimiento de nuestra realidad permitirá crear

estrategias para evitar o disminuir los errores y así conseguir una mejor calidad de atención para el paciente ^(30,31).



MATERIAL Y MÉTODO

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de diseño observacional transversal, que fue desarrollado en el centro salud materno infantil Perú Corea de Bellavista, durante el año 2012. Con este tipo de estudio se buscó describir un fenómeno en función de ciertas características, teniendo la ventaja de orientar rápidamente las acciones de control y prevención ya que este tipo de estudio permite estimar la prevalencia del problema, al mismo tiempo genera asociaciones significativas (hipótesis) que deben ser posteriormente estudiadas con diseños analíticos. El presente estudio se basó en la evaluación de la concordancia entre la “Guía de Práctica Clínica Para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva”, fichas de referencia y las hojas de atención por emergencia, de aquellas gestantes.

Población y muestra

Se analizó a la población de gestantes referidas, la cual estaba conformada por el total de las gestantes referidas desde la emergencia del centro salud materno infantil Perú Corea de Bellavista, de enero a diciembre del año 2012, siendo el número final de referencias incluidas en el presente estudio de 175.

Recojo de información

Toda la información fue recolectada tomando en cuenta algunas variables como: la referencia de gestantes, la cual podía ser o no justificada; el diagnóstico que originó la referencia, el porcentaje de parto institucional, la capacidad resolutoria y el cumplimiento de la guía de práctica clínica (Anexo 1). Para tal fin se elaboró una ficha de recolección de datos cuya validez se analizó a través del cálculo de los promedios de cada ítem y de la prueba V de Aiken a partir de las valoraciones cuantitativas de jueces expertos (médicos especialistas con experiencia en atención de emergencias y referencias). Con este instrumento se recogió la información obtenida en las fichas de referencia y las hojas de atención por emergencia, de toda la población (Anexos 2 y 3). Como limitación de este estudio se tuvo la letra ilegible y datos incompletos en algunas de las fichas de referencia e historias clínicas revisadas.

Análisis de datos

El registro de los datos se hizo en Excel y los resultados se presentaron en gráficos.

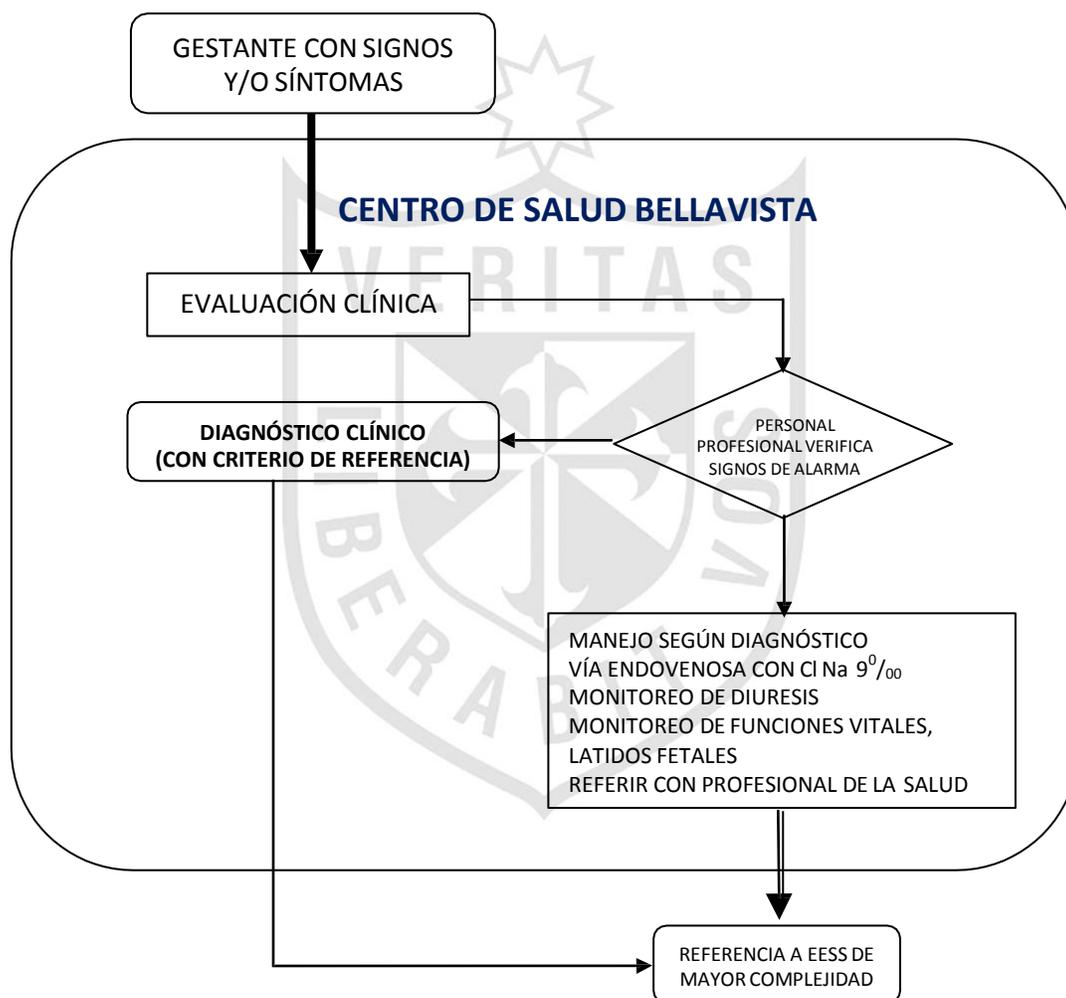
Aspecto ético

Desde el punto de vista ético al ser un estudio sin participación de pacientes, no se requirió de consentimiento informado. Sin embargo, es importante indicar que toda la información obtenida es confidencial, a fin de no transgredir la identidad de las pacientes estudiadas.

RESULTADOS

Resultados del análisis de 175 referencias obstétricas realizadas desde la emergencia de un centro salud materno infantil

Figura 1. Diagrama de flujo de la atención obstétrica del centro de salud Bellavista



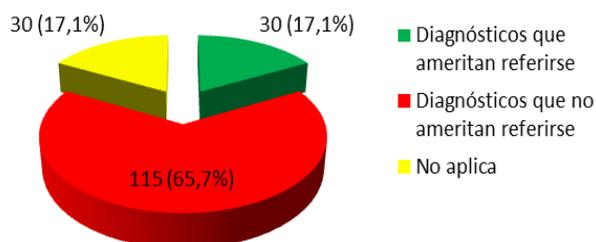
Fuente: Servicio de emergencia - centro de salud Bellavista.

Referencia de gestante

Tomando como referencia la Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva, se evaluó si las gestantes ameritaban ser referidas, encontrándose lo siguiente: del total de 175 referencias; 160 (91,4%) de estas contaban con diagnóstico acorde a los signos y síntomas escritos en la historia clínica.

Considerando los diagnósticos de las 175 referencias como adecuados, y basándonos únicamente en si el diagnóstico de referencia dado a la gestante ameritaba ser o no referido según la guía de práctica clínica, se observó que solamente 30 (17,1%) referencias contaban con diagnósticos que ameritaban la referencia; en 115 (65,7%) referencias los diagnósticos no ameritaban referencia y en 30 (17,1%) de las referencias los diagnósticos no estaban contemplados en la Guía, por lo que se consignaron como que no aplican, siendo en su gran mayoría el sufrimiento fetal agudo el diagnóstico de referencia para este grupo que no aplicó.

Figura 2. Diagnósticos según requerimiento de referencia
Centro de salud Bellavista, servicio de emergencia. 2012



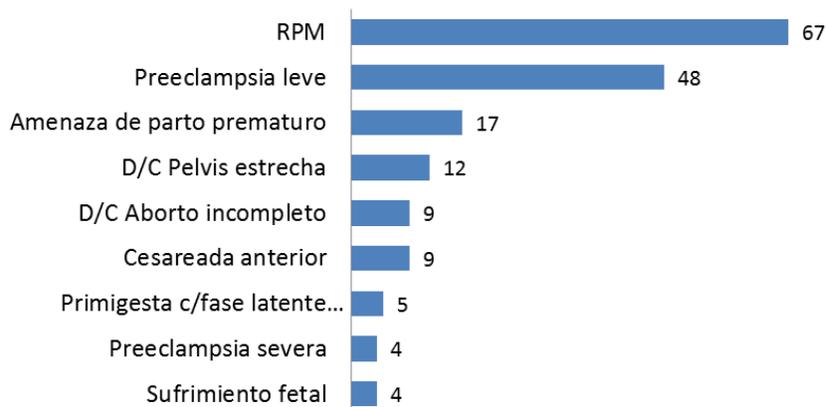
Fuente: Fichas de referencia y hojas de atención por emergencia. CS Bellavista, 2012

Considerando como adecuado el diagnóstico de todas las referencias, se observó que de esas 115 referencias con diagnóstico que no ameritaban ser referidos, el diagnóstico más frecuente fue ruptura prematura de membrana (RPM) siendo el diagnóstico que originó la referencia en 65 seguido del diagnóstico de preeclampsia leve con 48 casos.

Diagnósticos de Referencia.

Del total de 175 referencias, los diagnósticos que originaron la mayor cantidad de referencias fueron: la ruptura prematura de membrana 67 casos, seguido de la Preeclampsia leve con 48 casos, los que representan el 38% y 27% respectivamente.

Figura 3. Referencias obstétricas según diagnósticos
Centro de salud Bellavista. Servicio de emergencia, 2012



Fuente: Fichas de referencia y hojas de atención por emergencia. CS Bellavista, 2012

De los 30 diagnósticos que sí ameritaban referirse, entre los más frecuentes se encontró: D/C Pelvis estrecha como el más frecuente con 12 referencias que

representan el 40,0%, seguido del D/C Aborto incompleto con 9 referencias (30,0%) y en tercer lugar la Preeclampsia severa con 4 casos (13,3%).

Las gestantes fueron referidas en su gran mayoría al Hospital Nacional Daniel A. Carrión en un 91,4% de los casos (160), siendo el resto referida al Hospital San José 8,6% (15).

Parto institucional

El centro de salud esperaba atender 455 partos según el plan operativo anual (POA) del 2012, y se llegó a atender 227 partos durante todo el año, lo cual da un porcentaje de 49,9%, porcentaje que no llega al permitido de 50%, lo que indica que no se garantiza el parto institucional.

Capacidad Resolutiva

En la emergencia del centro de salud se realizaron 1543 atenciones obstétricas, y 175 de estas atenciones terminaron siendo referidas. Con estos datos se calcula la capacidad resolutiva de la institución de salud en 11,3%, y lo aceptable es menos de 5%. Se concluye entonces que la capacidad resolutiva del área de emergencia del centro de salud para las atenciones obstétricas no es aceptable.

Cumplimiento de la guía de práctica clínica

De las 175 referencias que se evaluaron, solo 4 de ellas fueron manejadas según la guía de práctica clínica. Es decir solo 4 historias tenían diagnóstico para ser referidas y se les indicó los exámenes de laboratorio y el tratamiento indicado por la guía antes de ser trasladadas al lugar de referencia. Si tomamos en cuenta que el valor aceptable para afirmar que se cumple con la guía es de 80% y al obtener nosotros solo 2,9% se concluye que hay muy bajo cumplimiento de esta guía.

Se asumía que el personal que venía de apoyo al centro de salud, no estaba comprometido ni identificado con el centro de salud y por tanto era el que realizaba más referencias; pero al analizar las referencias vemos que el personal de apoyo realizó 71 referencias, mientras que el personal del centro de salud realizó 104 referencias.

Con respecto al seguimiento de las pacientes referidas, se observó que de las 175 referencias, 123 terminaron en parto vaginal sin complicaciones.

En cuanto al llenado de formatos o historias clínicas, se observó que el dato que más faltaba en el formato de referencia era el código del Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10). Mientras que solo un 50% de historias clínicas de emergencia estaban completamente llenas con todos los datos mínimos necesarios según la norma técnica.

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró un alto número de referencias injustificadas. Tomemos en cuenta que las personas no necesariamente pueden tomar la decisión correcta en cuanto al lugar que correspondería a su necesidad, y los trabajadores de salud que sí tienen esta capacidad requieren de un marco de referencia, el cual al parecer no está claramente definido, según lo encontrado en este estudio de investigación. Además es frecuente observar en países en vías de desarrollo, que los establecimientos de segundo y tercer nivel con recursos humanos y técnicos muy especializados, atienden problemas de salud sencillos, tal como lo indicó Cecilia Má de Bitrán & Asociados en el Informe Técnico del PHRplus del año 2004 ⁽²⁰⁾.

Como consecuencia de las referencias injustificadas, los recursos del primer nivel son subutilizados tal como lo muestra la cifra tan baja en la cantidad de atenciones de parto en el centro de salud de Bellavista, mientras que los establecimientos del segundo y tercer nivel se congestionan, disminuye la eficiencia productiva, aumentan los gastos, debido a que el sistema de referencia y contrarreferencia no funciona bien, y permite el uso de los recursos del segundo y tercer nivel de atención para resolver problemas sencillos, impidiendo una atención oportuna de casos complejos y originando listas de espera, insatisfacción de usuarios y mayores costos al sistema. Además la congestión de los establecimientos secundarios puede impedir la atención oportuna de casos más complejos, violando así, el principio de equidad.

Estas observaciones fueron también halladas por la Dra. María Luz Terrazas Uria, en un estudio sobre la red de servicios: referencia y contrarreferencia ⁽³²⁾.

Al observar que en la mayoría de las referencias injustificadas no se aplicó la “Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva” es razonable creer que el personal de la salud requiere de un protocolo o guía que pueda orientarlo al momento de decidir referir o no a un paciente, pero que no basta solo con contar con dicha guía sino que hay que socializarla y aplicarla correctamente y en eso concuerda el Dr. Fernando Piña Baca, Luz La Torre Chivilches y Rody Alva Ocrospoma en su publicación sobre Funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud ⁽³³⁾.

La mayor cantidad de referencias injustificadas pudo ser causada no solo por el inadecuado manejo de la guía de práctica clínica, sino también por un diagnóstico erróneo o por falta de capacitación y/o actualización del personal de salud para el manejo de las enfermedades que causaron las referencias, recordemos que un establecimiento categoría IV cuenta en la mayoría de casos con personal médico general, a veces con poca práctica en la atención obstétrica, y en muchos casos no están actualizados. Hay una concordancia con la publicación de Evaluación de la interconsulta y la referencia ⁽³⁴⁾.

La causa que originó la mayor cantidad de referencias fue la ruptura prematura de membrana, con 38%, cuya incidencia varía entre 1,6 % y 21,0 %, con un promedio

de 10 % de incidencia en los embarazos ⁽³⁵⁾. Si bien por si la RPM no es una causa de referencia, y que se reconoce que puede contribuir con la presentación de partos prematuros espontáneos y producir un importante impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal, y que también se asocia a un aumento de la morbilidad materna, debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica e infección puerperal. Es por ello que el manejo adecuado en el primer nivel debe considerar la obtención de un balance razonable entre sus dos complicaciones más importantes: la prematuridad y la prevención de la infección perinatal y materna.

Si bien existen estudios acerca del sistema de referencia y contrarreferencia, sobre como este se articula, el adecuado llenado de los formatos, como simplificar el proceso, entre otros; muy pocos de estos estudios evalúan la justificación de las referencias así como las consecuencias generadas por estas que como hemos visto son varias y muy importantes.

CONCLUSIONES

Al evaluar las referencias de acuerdo con la “Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive” en el servicio de emergencia del centro de salud materno infantil Perú Corea de Bellavista, durante el año 2012, se concluyó que:

- De 175 referencias realizadas, el 65,7% (115) no fueron justificadas, se requieren de más estudios a fin de aseverar que se ha generando inadecuada utilización de recursos del estado.
- Los dos diagnósticos más frecuentes causantes de referencia injustificada fueron; ruptura prematura de membrana, originando un total de 67 referencias y en segundo lugar el diagnóstico de preeclampsia leve con 48 referencias.
- Según la formula aplicada, en el centro de salud no se garantizó el parto institucional, se requiere de más estudios a fin de aseverar lo expresado.
- La capacidad resolutive del centro de salud no fue la adecuada.
- En el 8,6% (15) de los formatos de referencia, los síntomas o signos plasmados en la historia clínica no concordaban con el diagnostico de referencia.
- Únicamente el 2,9% de las referencias realizadas cumplieron con lo establecido en la guía de práctica clínica.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar más estudios que confirmen la relación entre las referencias injustificadas con el incumplimiento de la “Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”. Se podría capacitar al personal de la salud, que labora en el centro de salud estudiado, sobre la aplicación de la “Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive” y realizar un estudio posterior a fin de verificar la relación entre el uso de la guía y las referencias injustificadas.
- Capacitar al personal de salud en el manejo de las enfermedades según el nivel de resolución de su establecimiento, con énfasis en las enfermedades que más referencias injustificadas han causado; siendo en este caso la ruptura prematura de membrana y la preeclampsia leve. Esta capacitación se puede realizar mediante charlas, rotaciones por instituciones médicas de mayor resolución, mesas redondas, debate de casos clínicos, etc.
- Se sugiere también realizar auditorías mensuales a todas las referencias obstétricas del servicio de emergencia usando la “Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”, con el fin de detectar fallas y poder corregirlas y/o prevenirlas a tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú, Ministerio de Salud. Presupuesto por Resultados. Definiciones operacionales. Programas Estratégicos. Salud materno neonatal y articulado nutricional. Lima: MINSA; 2006.
2. Socios para la Reforma del Sector Salud (Partners for Health Reformplus). Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020. Lima: PHRplus; 2003.
3. Perú, Ministerio de Salud. Norma sobre niveles de complejidad de servicios de los establecimientos del primer y segundo nivel de atención. Lima: MINSA; 2000.
4. Perú, Ministerio de Salud. Dirección de Calidad en Salud. Listado de Estándares de Acreditación Para Establecimientos de Salud del Nivel I-1 a III-1 versión 02. Ministerio de Salud. Lima: Dirección de Calidad en Salud; 2007.
5. Wagner de Sousa CG. El filo de la navaja de la función: reflexiones sobre la función clínica en el sistema único de salud en Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(4):477-83.
6. Perú, Ministerio de Salud. Proyecto salud y nutrición básica. Manual de organización y funciones del sistema de referencia y contrarreferencia. Lima: MINSA; 2000.
7. Aranaz JM, Bull JA. Gestión sanitaria acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clin (Barc). 1995; 106:182-4.
8. Resolución Ministerial N° 751-2004/ MINSA, que aprobó la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica del Sistema de Referencia y

- Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2004.
9. Resolución Ministerial N° 195- 2005 MINSA. 29 Diciembre del 2005. Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud. Lima: MINSA; 2005.
 10. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev Méd Urug. 2008; 24(2):69-82.
 11. Resolución ministerial N° 729-2003 SA/DM, que aprobó el documento técnico: La salud integral: compromiso de todos, el modelo de atención Integral de salud. Lima: MINSA; 2003.
 12. Perú, Ministerio de Salud. Modelo de intervención para mejorar la disponibilidad calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales. Ministerio de salud de Perú. Lima: MINSA; 2009.
 13. Perú, Ministerio de Salud. Proyecto mejora de servicios de salud. Análisis de referencias. Lima: MINSA; 2001.
 14. Perú, Ministerio de Salud. Guía nacional de atención integral de salud sexual y reproductiva. Lima: MINSA; 2004.
 15. Norma técnica de Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría I-1 y servicios médicos de apoyo NT N°50 MINSA/DGSP-V.02. Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Dirección de calidad en salud. Lima: MINSA; 2007.

16. Resolución ministerial N° 064-2001-SA/DM que aprobó las Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencia de los establecimientos de salud. Lima: MINSA; 2001.
17. Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud. N° 001-MINSA/DGSP-V.01. Lima: MINSA; 2009.
18. Norma técnica de ambulancias terrestres. Documentos de trabajo. Lima: MINSA; 2003.
19. Resolución Ministerial N°695-2006 que aprobó la Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: MINSA; 2006.
20. Má de Bitrán C & Asociados. Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud. Socios para la reforma del sector salud. Cartillas de políticas sistemas de referencia y contrarreferencia en los servicios de salud. Lima: Informe Técnico del PHRplus; 2004.
21. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control Calid Asistl 1991; 6: 65-74.
22. Calidad y costo de la atención médica. Boletín de la academia nacional de medicina. Buenos aires: estudio Sigma; 1992.
23. Antoñas A. Magallón R. Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En: Saturno J, Gascón J, Parra P. Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Du Pont Pharma; 1997.

24. Resolución ministerial N° 668-2004/2004 que aprobó las guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Ministerio de salud del Perú. Lima: MINSA; 2004.
25. Fundación Avedis Donabedian. Actas del simposio nacional sobre calidad de la atención médica. Argentina; 1993.
26. Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud. Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de servicios de salud. Dirección de garantía de la calidad y acreditación. Lima: MINSA; 2002.
27. Resolución Ministerial N° 1142-2004 MINSA. Guía para la Categorización de los establecimientos del Sector Salud.
28. Suñol R, Humet C. Garantía de Calidad y Acreditación en España. En: Invertir para la Salud: Prioridades en Salud Pública. Informe SESPAS 2002. Madrid: SESPAS; 2002; 481-94.
29. Orjuela de Deeb N, Kerguelén C, Camacho M. Acreditación en salud: el camino hacia el mejoramiento de la calidad. Revista Vía Salud. 2001; 17:42-5.
30. Auditoría para el Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 3. Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima: MINSA; 2010.

31. Norma técnica de categorías de establecimientos del sector salud NT°21. ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de servicios de salud. Lima: MINSA; 2004.
32. Terrazas Uria ML. Red de servicios: referencia y contra referencia. Rev méd. (La Paz). 2007; 5(2):30-34.
33. Piña Baca F, La Torre Chivilches L, Alva Ocrospoma R. Funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud. Rev Per Obst Enf. 2008; 4(1):45-55.
34. Díaz Novás J, Gallego Machado B. La interconsulta y la referencia. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2005, 21(3-4) [citado 2015-07-30], pp. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300020&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3038.
35. Sánchez Ramírez N, Nodarse Rodríguez A, Sanabria Arias AM, Octúzar Chirino A, Couret Cabrera MP, Díaz Garrido D. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2013; 39(4):343-53.



ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVO ESPECIFICO	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	INDICADOR	MÉTODO
¿Cuál es el porcentaje de las referencias obstétricas y cuántas son injustificadas?	Determinar el porcentaje de referencias realizadas, así como cuántas de estas referencias fueron injustificadas.	Se presume que existen referencias injustificadas, pero no se tiene un dato real.	Referencia obstétrica	Número en porcentaje (de referencias injustificadas y justificadas)	Diremos que es una referencia injustificada si la "guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva" indica que la paciente con ese diagnostico debe ser referida y será referencia injustificada si con ese diagnostico no debió ser referida.
¿Cuáles son los diagnósticos más frecuentes que generan las referencias obstétricas?	Identificar los diagnósticos más frecuentes que originan las referencias obstétricas en el servicio de emergencia.	Se desea recomendar cursos de capacitación, basándonos en las patologías más frecuentes.	Diagnóstico	Orden de frecuencia	Se hará un listado de todos los diagnósticos que originan las referencias obstétricas y se ordenarán del más frecuente al menos frecuente.
¿Cuál es la relación que hay entre las atenciones de parto que se esperaban atender y las que se han atendido durante el año 2012?	Verificar si el establecimiento de salud garantiza el parto institucional.	Tener un alcance de la calidad del Centro de Salud, usando este parámetro de calidad.	Parto institucional	Porcentaje (valor referencial 50%)	Se obtiene dividiendo el número de partos atendidos por personal de salud capacitados entre números de partos esperados por 100.
¿Es aceptable la capacidad resolutiva del centro de salud de Bellavista en la atención de gestantes que llegan por el servicio de emergencia?	Valorar la capacidad resolutiva del centro de salud de Bellavista con respecto a la atención de pacientes obstétricas que llegan por emergencia.	Conocer la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población	Capacidad resolutiva	Porcentaje (valor referencial 5%)	Se obtiene dividiendo el número de referencias enviadas entre el número de atenciones por 100.
¿Qué porcentaje de referencias cumplen con la guía de práctica clínica?	Verificar cuantas atenciones cumplen con la guía de práctica clínica.	Este es un parámetro de eficacia en la calidad de la atención de la salud en el centro de salud de Bellavista	Guía de práctica clínica	Porcentaje (valor referencial es 80%)	Se obtiene dividiendo el número de casos manejados según la guía de atención para prioridades sanitarias locales (que en este caso será la guía antes mencionada) entre el número de casos auditados por 100.

Fuente: Protocolo de investigación del presente estudio. Elaboración propia

**ANEXO 2
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

LISTADO DE REFERENCIAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO 2012

N°	NOMBRE DE LA PACIENTE	FECHA DE INGRESO Y HORA	FECHA DE EGRESO Y HORA	DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA	CUMPLIÓ CON LA GUÍA ANTES DE SER REFERIDA	OBSERVACIÓN	SE LLENO LA HOJA DE REFERENCIA SEGÚN LA NT	OBSERVACIÓN	HOSPITAL DE REFERENCIA	DOCTOR QUE INDICÓ LA REFERENCIA	DIAGNÓSTICO FINAL DE LA PACIENTE EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA CIE10	OBSERVACIÓN	LA HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA CUMPLE CON EL LLENADO DE DATOS SEGÚN NORMA TÉCNICA*	OBSERVACIÓN

* Según NT de HCL de EMG de atención tiene que tener registrado como mínimo:		
• Fecha y hora de atención	• Enfermedad actual	• Antecedentes
• Filiación	• Motivo principal de la consulta	• Examen físico
• Anamnesis	• Plan de trabajo	• Exámenes auxiliares
• Terapéutica y seguimiento con fecha y hora	• Firma y sello del médico tratante	• Diagnósticos presuntivos

Partos programados según POA 2012:	
Partos atendidos durante el año 2012:	

Fuente: Protocolo de investigación del presente estudio. Elaboración propia

ANEXO 3

RECOLECCIÓN DE DATOS

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustento en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
1	P.M.M.	67269	02-ene; hora 10:40	descartar aborto incompleto	si	ninguna	02-ene; hora 10:55	si	no	no se realizaron exámenes de laboratorio	si	ninguna	HDAC	si	multigesta de 13 semanas por FUR con aborto incompleto	ninguna	si
2	C.M.E	14449	02-enero; hora 1:00	descartar aborto incompleto	si	ninguna	02-enero; hora 1:00	si	no	no se realizaron exámenes de laboratorio	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 7 semanas con amenaza de aborto	ninguna	si
3	L.C.D.	66815	04-enero; hora 12:00	descartar aborto incompleto	si	ninguna	04-febrero; hora 12:20	si	no	no se realizaron exámenes de laboratorio	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 10 semanas con aborto incompleto	ninguna	si
4	C.E.L	1167	05-enero; hora -	preeclampsia leve	si	ninguna	05-enero; hora 21:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 37 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
5	E.R.M	56922	05-enero; hora 18:40	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	05-enero; hora 19:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 40 semanas con RPM de 8 horas	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT, FC Y FE
6	T.Q.V	67237	07-ene; hora 20:30	preeclampsia leve	si	ninguna	no se indica	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 39 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
7	T.R.A	6754	07-enero; hora 2:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	07-enero; hora 2:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 40 semanas con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FC Y FE
8	C.E.L	12296	09-enero; hora 21:15	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	09-enero; hora 22:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 40 semanas con RPM de 6 horas	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT
9	S.C.K	67235	12-enero; hora 5:55	D/C pelvis estrecha	No	no hay pelvimetría; solo indican que la paciente mide 1.46 mt.	12-enero; 9:50	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	no	no se indicó el CIE10; ni la especialidad de destino	HSJ	si	gestante de 38 semanas por FUR; en TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
10	S.D.G	35479	12-ene; hora -	preeclampsia leve	si	ninguna	12-ene; hora -	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE10	HDAC	si	segundigesta a término, en TPFA a D/C preeclampsia	ninguna	si

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustento en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
11	M.C.A	67223	12-enero; hora 00:35	primigesta con fase latente prolongado	No	TPFLP es evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un 20 horas en las primíparas; esta paciente refiere contracciones 11 horas antes de ser referida	12-enero; hora 8:20	Si	no	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 40 semanas por ecografía; en TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
12	C.C.F	66790	16-enero; hora 14:32	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	16-enero; hora 14:45	No	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HSJ	no	gestante de 39 semanas; con RPM de 6 horas; PTP	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
13	C.C.K	67264	18-enero; hora 19:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	18-enero; hora 20:00	No	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indicó el CIE10	HSJ	si	gestante de 40 semanas en TPFA con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
14	G.E.E	67256	18-enero hora: 23:00	preeclampsia leve	si	ninguna	19-enero hora 01:50am	No	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no se indicó la dirección de la paciente, el tratamiento, número de historia clínica, ni CIE10	HDAC	si	segundigesta a término, a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FTE
15	Z.F.L	66780	19-enero; hora 9:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	19-enero; hora 11:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HSJ	no	segundigesta nulípara de 41 semanas por ecografía y 40 semanas por FUR con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
16	T.O.B	65937	20-enero; hora 18:15	D/C pelvis estrecha	No	no hay pelvimetría; solo indican altura uterina 37cm y no hay ecografía	20-enero; hora 18:40	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 38 semanas por FUR; en TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT y FT
17	F.M.M	66897	22-ene; hora 7:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	22-ene; hora 7:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el personal que acompaña a la paciente; ni el personal que acepta	HDAC	si	multigesta de 39 semanas por ultima regla, en TPFA con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE y FDE
18	H.T.V	67052	23-enero; hora:-	cascareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	23-enero; hora:-	no aplica	no aplica	no aplica	si	ninguna	HDAC	no	multigesta en TPFA; cascareada anterior	cesárea por cesárea anterior multigesta	si
19	J.S.E	67399	24-ene; hora 24:50	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	25-ene; hora 01:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	multigesta de 40 semanas por ultima regla, con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FDE

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustentado en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
20	C.G.C	21227	24-ene; hora 15:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	25-enero; hora 2:30	no	no aplica	paciente no tiene indicación para ser referida	si	ninguna	HDAC	no	multigesta de 39 semanas; en TPFA; con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT FC
21	B.V.X	3865	27-enero; hora 00:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	27-ene; hora 00:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	primigesta de 39 semanas por ecografía, TPFA y RPM de 1 hora	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FDE
22	R.R.P	67646	27-ene; hora 2:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	27-ene; hora 3:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE
23	E.P.L	67651	29-ene; hora 9:45	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	29-ene; hora 9:55	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	amenaza de parto prematuro	ninguna	si
24	B.B.N	65713	29-enero; hora 1:35	D/C pelvis estrecha	si	ninguna	29-enero; hora 1:40	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	no	no se indica el personal que acompaña a la paciente	HDAC	no	gestante de 40 semanas; sin trabajo de parto, pelvis estrecha	cesárea	FPT, FE, FTE, FDE, FT, FFM
25	R.M.J	67171	02-feb; hora 9:20	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	02-feb; hora 10:00	no aplica	no aplica	ninguna	no	no se indica el personal que acompaña a la paciente	HDAC	no	gestante de 33 semanas por FUR, con amenaza de parto prematuro	cesárea	si
26	S.T.S	67642	06-feb; hora:-	preeclampsia leve	si	ninguna	06-feb; hora 20:05	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE10	HDAC	si	segundigesta a término, en TPFA a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
27	H.P.S	58188	07-feb; hora 11:00	casareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	07-feb; hora 11:29	no aplica	no aplica	no aplica	si	ninguna	HDAC	no	multigesta de 38 semanas por FUR; en PTP; casareada anterior	cesárea por cesárea anterior multigesta	si
28	J.C.P	65601	07-enero; hora 12:30	descartar aborto incompleto	si	ninguna	07-feb; hora 13:58	si	si	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 8 semanas con aborto incompleto	ninguna	si
29	R.P.P	58533	07-feb; hora 12:00	preeclampsia leve	si	ninguna	07-feb; hora 2:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 37 semanas; D/C preeclampsia	ninguna	si
30	D.M.E	63239	14-feb	preeclampsia leve	si	ninguna	14-feb; hora 19:58	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no se indica el CIE10	HSJ	no	segundigesta a término, en TPFA a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE
31	B.R.E	67067	19-feb; hora 13:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	19-feb; hora 14:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el personal que acompaña a la paciente; ni el personal que acepta	HSJ	si	primigesta de 38 semanas por ultima regla, con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE, FT

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustento en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
32	B.B.V	40227	20-feb; hora -	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	20-feb; hora -	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 32 semanas con amenaza de parto pre término	ninguna	si
33	R.S.J	37078	21-feb; hora 16:48	preeclampsia leve	si	ninguna	21-feb; hora 16:48	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HSJ	si	segundigesta a término, a D/C preeclampsia	ninguna	si
34	B.G.A	65566	20-feb; hora 14:25	primigesta con fase latente prolongado	No	TPFLP es evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo de 20 horas en las primiparas; esta paciente refiere contracciones 9 horas antes de ser referida	20-feb; hora 19:45	no	no aplica	ninguna	no	no se indica el CIE10 ni el personal que acompaña	HSJ	si	primigesta de 39 semanas por FUR; adolescente, con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT, FDE
35	I.I.R	8969	24-feb; hora 6:35	preeclampsia leve	si	ninguna	24-feb; hora 6:35	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HSJ	no	segundigesta a término a preeclampsia D/C	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
36	C.P.	67624	25-feb; hora 10:45	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	25-feb; hora 10:50	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	no	Amenaza de parto pre término	se hospitaliza y sale de alta a los 2 días	si
37	L.F.L	63347	25-feb; hora 8:30	primigesta con fase latente prolongado	No	TPFLP es evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo de 20 horas en las primiparas; esta paciente refiere contracciones 8 horas antes de ser referida	25-feb; hora 00:45	si	si	ninguna	no	no se indica el CIE10	HSJ	no	primigesta de 41 semanas por FUR; con TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
38	S.G.G	8896	26-feb; hora 12:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	26-feb; hora 12:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HSJ	no	gestante de 38 semanas por FUR, con RPM en fase latente de trabajo de parto	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
39	P.A.M	66978	28-feb; hora -	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	28-feb; hora -	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HSJ	no	primigesta a término con RPM de 6 horas	paciente presentó bradicardia y terminó en cesárea	si
40	G.C.Y	6710	28-feb; hora -	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	28-feb; hora -	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	Amenaza de parto pre término	tocólisis y alta	si

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustentado en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
41	T.A.V	67643	29-feb; hora 04:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	29-feb; hora 5:10	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el CIE10	HDAC	no	multigesta de 39 semanas por ecografía y RPM precoz	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
42	G.N.O	59481	04-marzo; hora -	preeclampsia leve	si	ninguna	04-marzo; hora -	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	segundigesta a término a D/C preeclampsia	ninguna	si
43	V.P.S	52927	5-may; hora-	preeclampsia leve	si	ninguna	5-may; hora-	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 38 semanas; D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT, FTE
44	C.V.E	67685	04-marzo; hora: 20:00	RPM y detención del descenso	No	detención del descenso es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas o multiparas fundamentalmente en el expulsivo; la paciente tenía 6 de dilatación. Esta paciente ha tenido detención de la dilatación	05-marzo; hora 5:00	si	no	paciente no presentó signos de alarma para ser referida; y en todo caso el diagnóstico de parto obstruido; se tiene que referir y la acentuación se debe hacer en establecimiento categoría II y no en el centro I-4 como figura en la historia clínica	no	no se indica la hora; los códigos CIE10	HDAC	si	gestante de 38 semanas, TPFA; con RPM en TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
45	G.C.Y	6710	07-mar; hora -	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	07-mar; hora -	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	Amenaza de parto pre término	tocólisis y alta	si
46	O.P.M	61490	07-marzo; hora 9:40	preeclampsia severa	si	ninguna	07-mar; hora 10:40	si	no	se debió administrar el tratamiento indicado en la guía antes de referirla.	si	ninguna	HDAC	si	multigesta de 38 semanas por última regla; en TPFA; co	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
47	R.T.A	67831	10-mar; hora 21:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	10-mar; hora 21:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, inducir el parto y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	NO	gestante a término sin trabajo de parto con RPM de 1 hora	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
48	Y.M.Y	68081	19-mar; hora 23:50	D/C pelvis estrecha	si	ninguna	20-mar; hora 01:55	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 39 semanas por FUR; en TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustento en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
49	R.R.S	8989	20-mar; hora -	descartar aborto incompleto	si	ninguna	20-mar; hora -	si	si	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	gestante con aborto incompleto	ninguno	si
50	T.C.M	65332	28-mar; hora 16:30	D/C pelvis estrecha	si	ninguna	28-mar; hora 22:30	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 41 semanas por FUR en TPFA, con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
51	C.E.E	68036	30-mar; hora 15:35	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	30-mar; hora 15:50	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el personal que acompaña a la paciente	HDAC	no	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
52	L.A.N	67487	30-mar; hora 19:20	cascareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	30-mar; hora 19:20	no aplica	no aplica	no aplica	si	ninguna	HDAC	si	multigesta de 37 semanas por ecografía prodromos de trabajo de parto, cascareada anterior	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT
53	R.C.C	44473	02-abril; hora 20:00	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	02-abril; hora 20:00	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	Amenaza de parto pre término	hospitalizada y alta	FPT, FFM
54	C.F.S	66470	02-abr; hora 17:30	preeclampsia leve	si	ninguna	02-abr; hora 21:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	Gestante de 40 semanas con preeclampsia leve	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
55	A.M.C	68233	08-abril; hora 22:30	preeclampsia leve	si	ninguna	08-abril; hora 22:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 38 semanas con preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
56	R.M.L	66177	10-abr; hora 12:45	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	10-abr; hora 12:55	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el personal que acepta a la paciente	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
57	A.O.E	67865	10-abr; hora 22:00	preeclampsia leve	si	ninguna	11-abril; hora 02:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	segundigesta a término, a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
58	E.R.S	29875	14-abr; hora 03:42	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	14-feb; hora 5:10	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el CIE10	HDAC	no	multigesta de 40 semanas en pródromo de trabajo de parto, con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
59	R.P.S	47757	14-abril; hora 15:00	preeclampsia leve	si	ninguna	14-abril; hora 15:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 40 semanas a descartar preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
60	P.G.M	7990	15-abril; hora 21:52	preeclampsia leve	si	ninguna	15-abril; hora 22:12	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	multigesta de 39 semanas por FUR a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE, FT
61	G.N.H	66980	16-abril; hora 8:50	preeclampsia leve	si	ninguna	16-abril; hora 10:50	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 39 semanas con preeclampsia leve	cesárea	si

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustento en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
62	R.A.A	7767	21-abril; hora-	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	22-abril; hora 3:55	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 39 semanas por FUR; con RPM y con TPFL	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
63	V.V.L	8887	23-abr; hora 03:20	primigesta con fase latente prolongado	No	TPFL es evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por 20 horas en las primiparas; esta paciente refiere contracciones 5 horas antes de ser referida	23-abr; hora 03:20	no	no	se debió referir por consultorio	no	no se indico el CIE10	HDAC	si	primigesta de 41 semanas por FUR, en TPFL; a descartar embarazo prolongado	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE
64	M.R.A	8978	24-abr; hora 10:30	preeclampsia leve	si	ninguna	24-abr; hora 11:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no se indico el CIE10	HDAC	si	tercigesta nulipara de 40 semanas con preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE, FA
65	T.Q.R	68377	27-abr; hora 21:00	preeclampsia leve	si	ninguna	27-abril; hora 00:21	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	segundigesta de 40 semanas con preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE, FA, FDE, FT, FFM
66	M.C.S	68630	03-mayo; hora 9:25	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	03-mayo; hora 9:50	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el CIE 10	HDAC	no	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
67	A.M.M	8879	06-mayo; hora 12:30	cascareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	07-may; hora 03:00	no aplica	no aplica	no aplica	no	no se indicó el CIE10	HDAC	si	gestante de 38 semanas por ecografía; en TPFA; cascareada anterior	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FFM
68	C.S.E	60136	10-mayo; hora 16:50	D/C pelvis estrecha	si	ninguna	10-mayo; hora 22:30	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	no	no se indicó el CIE10	HDAC	no	primigesta de 40 semanas por ultima regla en TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
69	A.Y.M	4524	16-may; hora 10:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	16-may; hora 00:55	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	segundigesta de 40 semanas por FUR; con RPM en TPFL	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
70	F.R.N	68007	20-mayo; hora 5:20	preeclampsia leve	si	ninguna	20-mayo; hora 5:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no se indicó el CIE 10	HDAC	si	segundigesta nulipara de 37 semanas a D/C preeclampsia	ninguno	si
71	M.I.Y	67638	21-may; hora 10:30	preeclampsia leve	si	ninguna	21-may; hora 10:48	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no se indicó el CIE 11	HDAC	si	segundigesta de 40 semanas con preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustento en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
72	P.S.C	66506	21-may; hora; 9:40	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	21-may; hora; 10:40	no aplica	no aplica	ninguna	no	no se indicó el CIE 10	HDAC	si	Amenaza de parto pre término	ninguna	si
73	A.C.J	68831	21-may; hora 00:05	preeclampsia leve	si	ninguna	21-may; hora 01:15	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	gestante 38 semanas en TPFA; D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
74	C.O.I	68895	26-may; hora 21:20	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	26-may; hora 21:50	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el CIE10	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
75	B.O.L	52437	28-may; hora 11:00	preeclampsia leve	si	ninguna	28-may; hora 20:45	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 38 semanas por FUR; en TPFA D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FFM
76	T.M.A	5465	28-mayo; hora 21:00	D/C pelvis estrecha	No	no se ha realizado pelvimetría; altura uterina 32cm	28-may; hora5:00	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 39 semanas, pelvis ginecoide y D/C preeclampsia	paciente fue operada por preeclampsia; diagnostico muy diferente por el que fuereferida	si
77	F.G.Y	7843	28-may; hora 01:15	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	28-may; hora 13:50	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 40 semanas por ecografía; en fase latente de trabajo de parto; con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
78	S.A.R	67298	29-mayo; hora 15:10	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	29-mayo; hora 15:20	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	Amenaza de parto pre término	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
79	C.C.S	65989	30-mayo; hora 20:00	preeclampsia leve	si	ninguna	01-junio; hora 01:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no se indica CIE10	HDAC	si	gestante de 39 semanas en TPFA, a preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
80	A.V.K	12930	02-jun; hora 15:35	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	02-jun; hora 15:55	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	primigesta a término con RPM de 6 horas	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT, FTE
81	T.R.A	54414	04-junio; hora 00:00	cascareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	04junio; hora 03:00	no aplica	no aplica	no aplica	no	no se indicó el CIE10	HDAC	si	gestante de 39 semanas por ecografía; en TPFA; cascareada anterior	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
82	P.R.R	6543	08-junio; hora 18:40	D/C pelvis estrecha	si	ninguna	9-junio; hora 8:21	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	no	no se indica el CIE 10	HDAC	no	primigesta de 39 semanas en TPFA, pelvis estrecha	cesárea	FPT, FTE
83	T.R.A	44614	10-jun; hora 1:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	10-jun; hora 2:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	multigesta de 40 semanas fase activa prolongada RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT, FTE

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustentado en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
84	Z.C.Y	66621	13-jun; hora 19:30	D/C pelvis estrecha	No	no se ha realizado pelvimetría; altura uterina 34cm	14-junio; 00:21	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	no	no se indica el CIE10	HDAC	si	primigesta de 39 semanas con TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FFM
85	S.S.T	61787	13-junio; hora 16:30	cascareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	13-junio; 16:51	no aplica	no aplica	no aplica	si	ninguna	HDAC	si	multigesta de 41 semanas por FUR; en FLLP; cascareada anterior	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT, FFM
86	A.O.M	69135	14-jun; hora 00:25	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	15-jun; hora 10:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el CIE10	HDAC	si	multigesta de 38 semanas por ecografía; en TPFA y RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT, FFM
87	L.C.V	66995	14-jun; hora 23:55	preeclampsia leve	si	ninguna	14-jun; hora 24:40	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguno	HDAC	si	primigesta de 38 semanas por FUR a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
88	M.C.M	67780	14-jun; hora 3:05	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	14-jun; hora 3:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
89	N.L.W	3498	16-junio; hora 10:40	descartar aborto incompleto	si	ninguna	16-junio; hora 10:45	si	no	no se realizaron exámenes de laboratorio	si	ninguna	HDAC	no	gestante con aborto incompleto	ninguno	si
90	F.A.L	7105	18-jun; hora 02:05	descartar aborto incompleto	si	ninguna	18-jun; hora 02:30	si	no	no se realizaron exámenes de laboratorio	si	ninguna	HDAC	no	gestante con aborto incompleto	HUA	si
91	F.S.G	6643	19-jun; hora -	preeclampsia leve	si	ninguna	19-jun; hora -	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	segundigesta de 39 semanas con preeclampsia	cesárea	si
92	P.V.G	9923	25-jun; hora -	preeclampsia leve	si	ninguna	25-jun; hora -	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	segundigesta de 40 semanas con preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
93	A.M.L	69485	01-jul; hora 2:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	01-jul; hora 2:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
94	C.A.T	34712	03-jul; hora 3:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	03-jul; hora 3:40	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
95	P.R.N	9981	12-jul; hora 00:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	12-jul; hora 00:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 38 semanas con RPM de más de 6 horas	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT, FFM

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustentado en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
96	V.G.E	2238	03-jun; hora -	preeclampsia leve	si	ninguna	03-jun; hora -	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 38 semanas por FUR en fase latente de labor de parto D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
97	V.H.M	8769	04-jun; hora -	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	04-jun; hora -	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	no	Amenaza de parto pre término	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
98	J.C.J	69325	05-jul; hora 00:08	preeclampsia severa	si	ninguna	05-jul; hora 00:20	si	no	se debió administrar el tratamiento indicado en la guía antes de referirla.	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 39 semanas con preeclampsia severa	ninguna	si
99	L.G.S	9823	05-jul; hora -	preeclampsia leve	si	ninguna	05-jul; hora -	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE10	HDAC	si	primigesta de 39 semanas por ecografía con preeclampsia leve	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
100	S.C.E	67483	06-jul; hora 9:40	preeclampsia leve	si	ninguna	06-jul; hora 9:40	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no se indica CIE 10	HDAC	si	primigesta de 39 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
101	C.L.T	67036	09-jul; hora 01:23	preeclampsia leve	si	ninguna	09-jul; hora 01:23	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no se indica el CIE 10	HDAC	no	primigesta adolescente de 39 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
102	A.G.S	9821	11-julio; hora 1:40	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	11-julio; hora 2:04	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el CIE10	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	FPT, FE
103	C.E.M	67372	11-julio; hora 16:30	D/C pelvis estrecha	si	ninguna	11-julio; hora 17:50	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	no	no se indica el CIE10	HSJ	si	primigesta de 41 semanas; TPFL; D/C pelvis límite	cesárea	si
104	B.C.T	3186	11-jul; hora 14:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	12-jul; hora 00:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 40 semanas por FUR con RPM	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	FPT, FFM
105	E.B.J	69914	15-julio; hora 18:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	15-julio; hora 18:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	primigesta de 38 semanas por FUR con RPM en TPFA	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
106	M.A.R	69500	14-jul; hora -	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	14-jul; hora -	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	primigesta de 38 semanas por FUR con RPM en TPFA	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustento en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
107	L.P.I	18583	19-julio; hora 11:40	RPM y D/C pelvis estrecha	No	no hay pelvimetría; altura uterina es de 30cm y no se indica talla de la paciente	19-julio; hora 12:15	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con ese diagnóstico debió ser referida desde la semana 37 de gestación	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 37 semanas en FLP con RPM a descartar pelvis estrecha	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
108	U.Y.A	69814	24-julio; hora -	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	24-julio; hora -	no	no aplica	tercigesta a término con RPM	si	ninguna	HDAC	no	tercigesta a término en TPFA con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
109	M.C.E	66718	25-jul; hora 7:25	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	25-jul; hora 7:25	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	multigesta de 39 semanas, a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
110	T.C.C	557	02-ago; hora 17:50	descartar aborto incompleto	si	ninguna	02-ago; hora 17:50	si	no	no se solicitaron exámenes de laboratorio	si	ninguna	HDAC	no	segundigesta de 39 semanas por FUR con RPM de 6 horas	AMEU	si
111	M.N.I	8892	03-ago hora 22:55	D/C pelvis estrecha	No	no hay pelvimetría; solo indican que la paciente mide 1.46 mt	12-enero; 9:50	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	no	no se indicó el CIE10; ni la especialidad de destino	HSJ	si	segundigesta de 40 semanas por FUR con pelvis estrecha	cesárea	si
112	P.C.K	60947	06-ago; hora 4:15	preeclampsia leve	si	ninguna	06-ago; hora 5:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE10	HDAC	si	primigesta de 39 semanas a D/C preeclampsia	ninguna	si
113	S.V.B	9671	07-ago; hora 21:00	preeclampsia leve	si	ninguna	07-ago; hora 21:15	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE10	HDAC	si	primigesta de 39 semanas por ecografía; a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones; 4.068 kilos	si
114	A.R.Y	7683	13-ago; hora 11:00	preeclampsia leve	si	ninguna	13-ago; hora 11:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE10	HSJ	si	primigesta de 39 semanas por ecografía; en TPFA con preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
115	D.P.M	8931	13-ago; hora 23:00	preeclampsia leve	si	ninguna	13-ago; hora 23:15	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE11	HDAC	no	primigesta de 40 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
116	D.P.M	8945	14-ago; hora 11:00	preeclampsia leve	si	ninguna	14-ago; hora 11:40	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE12	HDAC	no	primigesta de 39 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
117	Y.F.M	41803	18-agosto; hora 20:45	preeclampsia leve	si	ninguna	18-agosto; hora 22:44	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguno	HDAC	si	primigesta de 41 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
118	C.M.Y	68024	23-ago; hora 10:45	preeclampsia leve	si	ninguna	24-ago; hora 1:48	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican el CIE10	HDAC	no	primigesta de 39 semanas en TPFA a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FC, FFM

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustento en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
119	S.O.E	68107	27-agosto; hora 11:00	preeclampsia leve	si	ninguna	28-agosto; hora 22:10	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguno	HDAC	si	primigesta de 39 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
120	T.R.P	39248	27-ago; hora 12:50	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	27-ago; hora 19:50	no	no aplica	no se realizan exámenes de laboratorio, ni tto. antes de referirlo	si	ninguno	HDAC	si	multigesta de 39 semanas a descartar preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
121	R.Z.A	69307	30-ago; hora 08:30	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	30-ago; hora 09:30	no aplica	no aplica	ninguna	no	no indican CIE10	el HDAC	no	Amenaza de parto pre término	ninguno	FE, FFM, FT
122	G.I.M	9458	31-ago; hora 2:25	preeclampsia leve	si	ninguna	31-ago; hora 2:35	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican CIE10	el HDAC	si	primigesta de 39 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
123	Z.S.M	6782	31-ago; hora 6:05	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	31-ago; hora 6:05	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	no	amenaza de parto pretérmino	AMEU	si
124	C.A.T	34712	03-ago; hora 00:40	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	03-ago; hora 00:40	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar Tto ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	primigesta de 39 semanas por FUR con RPM en FLLP	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
125	M.F.X	3869	21-ago; hora 12:45	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	21-ago; hora 12:45	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	no	no indican CIE11	el HDAC	no	primigesta de 40 semanas en TPAF con RPM	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
126	C.S.G	9832	04-sep; hora 18:45	preeclampsia leve	si	ninguna	04-sep; hora 18:45	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 38 semanas en trabajo de parto fase latente, a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
127	F.A.L	7105	06-set; hora 10:40	amenaza de parto prematuro	si	ninguna	06-set; hora 10:45	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	amenaza de parto pretérmino	ninguna	si
128	A.G.L	9801	08-sep; hora 7:27	preeclampsia severa	si	ninguna	08-sep; hora 7:47	si	no	se debió administrar el tratamiento indicado en la guía antes de referirla.	no	no indican CIE12	el HDAC	no	primigesta de 40 semanas D/C preeclampsia	cesárea	si
129	S.I.P	9012	11-sep; hora 10:45	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	11-sep; hora 11:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar Tto ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica CIE10	el HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
130	A.R.G	8792	16-sep; hora 1:05	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	16-sep; hora 1:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar Tto ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el personal que acompaña a la paciente	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
131	H.G.M	8542	17-sep; hora 13:30	preeclampsia leve	si	ninguna	17-sep; hora 13:55	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguno	HDAC	si	multigesta de 39 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustentado en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
132	E.E.C	8926	18-nov; hora 3:19	preeclampsia leve	si	ninguna	18-nov; hora 3:40	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguno	HDAC	si	primigesta de 38 semanas a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
133	S.D.S	8943	19-sep; hora 10:00	preeclampsia leve	si	ninguna	19-sep; hora 10:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguno	HDAC	no	gestante a término con RPM y a D/C preeclampsia	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
134	G.J.R	8757	21-sep; hora 21:15	preeclampsia leve	si	ninguna	21-sep; hora 21:15	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	multigesta de 39 semanas por FUR con RPM a D/C preeclampsia	ninguna	si
135	S.O.M	67504	24-sept; hora 9:15	preeclampsia leve	si	ninguna	24-sept; hora 9:45	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	primigesta de 38 semanas, sin trabajo de parto a D/C preeclampsia	ninguna	FE, FDE, FT,FFM
136	K.P.R	89638	24-set; hora 3:00	cascareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	24-set; hora 3:30	no aplica	no aplica	no aplica	si	ninguna	HDAC	no	segundigesta de 39 semanas por FUR cascareada anterior	ninguna	si
137	T.E.E	98693	24-sep; hora 15:30	cascareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	24-sep; hora 15:30	no aplica	no aplica	no aplica	si	ninguna	HDAC	no	segundigesta de 39 semanas por FUR cascareada anterior	cesárea por cesárea anterior multigesta	si
138	S.C.R	67392	26-sep; hora 23:55	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	26-sep; hora 24:25	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	no	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
139	A.L.F	78456	29-sep; hora 3:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	29-sep; hora 3:25	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
140	V.C.M	89475	03-oct; hora 13:50	descartar aborto incompleto	si	ninguna	03-oct; hora 14:20	si	no	no se realizaron exámenes de laboratorio	si	ninguna	HDAC	si	gestante con aborto incompleto	Legrado uterino	si
141	Q.A.N	78454	04-oct; hora 5:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	04-oct; hora 5:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el personal que acompaña a la paciente; ni quien acepta	HDAC	no	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	FE, FDI
142	U.G.C	31691	06-oct; hora 14:20	preeclampsia leve	si	Ninguna	06-oct; hora 14:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares; refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 39 semanas por FUR, con preeclampsia	ninguno	FE, FT
143	M.C.M	67780	07-oct; hora 18:00	sufrimiento fetal	si	Ninguna	07-oct; hora 18:00	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 39 semanas a descartar sufrimiento fetal	paciente terminó dando parto eutóxico sin complicaciones	si
144	H.G.R	67969	12-oct; hora 20:20	cascareada anterior	si	no indica hace cuantos años fue la cesárea, ni el motivo	12-oct; hora 20:20	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 36 semanas en prodromo, cascareada anterior, feto podálico	cesárea	FPT, FE, FT

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustentado en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
145	S.O.M	67504	13-oct; hora 23:00	sufrimiento fetal	No	no se indican signos de sufrimiento fetal	14-oct; hora 2:00	no aplica	no aplica	no debió ser referida	no	no se indica CIE10	HDAC	no	primigesta de 40 semanas en FATP	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE, FT
146	A.G.M	69732	09-oct; hora 11:30	preeclampsia severa	si	Ninguna	09-oct; hora 11:30	si	no	se debió administrar el tratamiento indicado en la guía antes de referirla.	no	no se indica CIE10	HDAC	si	tercigesta de 34 semanas por FUR y preeclampsia severa	ninguna	FFM
147	L.G.M	5264	15-oct; hora 6:19	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	15-oct; hora 11:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	multigesta de 39 semanas por FUR en TPFA con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE, FT
148	R.R.L	70637	16-oct; hora 21:55	sufrimiento fetal	No	no se indican signos de sufrimiento fetal	16-oct; hora 23:00	no aplica	no aplica	no debió ser referida	si	ninguna	HDAC	NO	segundigesta de 40 semanas por FUR en TPFA	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FFM
149	P.S.S	89564	24-oct; hora 13:48	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	24-oct; hora 14:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FPT
150	N.Q.S	28569	27-oct; hora 15:00	preeclampsia leve	si	Ninguna	27-oct; hora 15:00	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, monitorizarla y solicitarle exámenes auxiliares refiriéndola en caso se complique el cuadro	si	ninguna	HDAC	no	gestante de 39 semanas por D/C preeclampsia	ninguno	si
151	V.D.M	70417	03-nov; hora -	amenaza de parto prematuro	si	Ninguna	03-nov; hora -	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	amenaza de parto pretérmino	ninguna	si
152	S.L.Y	78453	06-nov; hora 4:20	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	06-nov; hora 4:57	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el CIE10	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
153	D.G.S	6345	09-nov; hora 8:00	amenaza de parto prematuro	si	Ninguna	09-nov; hora 8:00	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	amenaza de parto pretérmino	ninguna	si
154	F.R.K	98567	09-nov; hora 4:20	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	09-nov; hora 4:50	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FDE
155	A.S.J	-	12-nov; hora 9:50	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	12-nov; hora 10:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indica el CIE10	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	FE
156	G.M.D	70552	15-nov; hora 19:40	sufrimiento fetal	No	no se indican signos de sufrimiento fetal	16-nov; hora 00:12	no aplica	no aplica	Ninguna	si	ninguna	HDAC	no	primigesta de 39 semanas; con sufrimiento fetal agudo, bradicardia fetal	cesárea	si

LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustentado en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
157	M.S.L	71058	20-nov; hora 15:30	primigesta con fase latente prolongado	No	TPFLP es evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por 20 horas en las primíparas; esta paciente refiere contracciones 7 horas antes de ser referida	20-nov; hora 19:30	si	si	Ninguna	si	ninguna	HDAC	si	gestante de 39 semanas, con fase latente prolongada	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
158	A.O.C	98934	21-nov; hora 11:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	21-nov; hora 11:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
159	C.V.Z	89373	22-nov hora 22:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	22-nov hora 22:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 40 semanas con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
160	C.F.N	89322	24-nov; hora 02:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	22-nov hora 2:50	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	segundigesta nulípara de 39 semanas, con fase activa prolongada y RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
161	M.Y.J	89342	26-nov; hora 20:35	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	26-nov; hora 20:55	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indico el CIE10	HDAC	no	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
162	A.S.K	98943	28-nov; hora 6:50	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	28-nov; hora 7:30	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
163	P.G.V	43523	29-nov; hora 22:50	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	29-nov; hora 23:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indico el CIE10	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
164	F.G.L	32534	2-dic; hora 14:15	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	2-dic; hora 14:45	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
165	V.W.K	89123	2-dic; hora 22:00	amenaza de parto prematuro	si	Ninguna	2-dic; hora 22:30	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	amenaza de parto pretérmino	ninguna	si
166	C.V.V	89789	4-dic; hora 1:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	4-dic; hora 1:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrar TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si

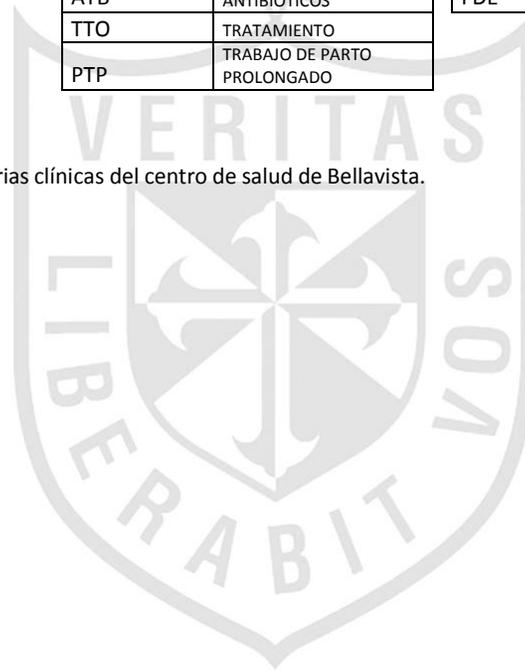
LISTADO DE REFERENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS DESDE LA EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ COREA DURANTE EL AÑO 2012

N°	Iniciales de la Paciente	N° de Historia Clínica	Fecha de ingreso y Hora	Diagnóstico que origina la Referencia	Diagnóstico de referencia tiene sustentado en la historia clínica	Observación	Fecha de Referencia y Hora	Asumiendo cierto el diagnóstico; la guía indica que debe ser referida (justificación de la referencia)	Cumple con la guía antes de ser referida	Observación (según datos de historia clínica)	Ficha de referencia se llenó en su totalidad	Observación	Hospital de referencia	Doctor que indica la referencia pertenece al Centro de Salud	Diagnóstico de la paciente en el hospital de referencia	Observación	La historia clínica esta completa
167	A.C.A	98931	4-dic; hora 6:00	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	4-dic; hora 6:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
168	C.V.V	98913	4-dic; hora 13:30	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	4-dic; hora 13:55	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indico el CIE10	HDAC	no	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
169	C.B.P	-	4-dic; hora 19:00	D/C pelvis estrecha	si	Ninguna	4-dic; hora 19:00	si	no	paciente conocida por el servicio y controlada en el centro; con la sospecha de este diagnóstico, debió ser referida desde la semana 37 de gestación	si	ninguna	HDAC	no	primigesta de 39 semanas en TPFA con pelvis estrecha	cesárea	si
170	C.C.A	9891	5-dic; hora 1:00	amenaza de parto prematuro	si	Ninguna	5-dic; hora 1:30	no aplica	no aplica	ninguna	si	ninguna	HDAC	si	amenaza de parto pretérmino	ninguna	si
171	A.B.R	89019	8-dic; hora 00:20	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	8-dic; hora 00:45	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 39 semanas con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
172	G.H.G	88452	8-dic; hora 1:40	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	8-dic; hora 2:10	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
173	L.H.J	98769	11-dic; hora 18:20	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	11-dic; hora 18:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 40 semanas sin trabajo de parto con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
174	C.G.P	87321	18-dic; hora 12:22	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma en la historia clínica	18-dic; hora 12:50	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	si	ninguna	HDAC	si	primigesta de 40 semanas con RPM de 18 horas	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si
175	H.G.R	78675	19-dic; hora 2:20	RPM	si	no hay exámenes auxiliares; y no se indican signos de alarma	19-dic; hora 2:20	no	no aplica	se debió hospitalizar a la paciente, administrarle TTO ATB, y solicitarle exámenes auxiliares y solo referir en caso se complique	no	no se indico el CIE10	HDAC	si	gestante a término con RPM	paciente terminó dando parto eutócico sin complicaciones	si

Fuente: Formato de referencia y contrarreferencia e historias clínicas del centro de salud de Bellavista.

LEYENDA							
HOSPITAL		DIAGNÓSTICOS		LLENADO DE HISTORIA CLÍNICA			
HDAC	HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN	FUR	FECHA DE ÚLTIMA REGLA	FPT	FALTA PLAN DE TRABAJO	FT	FALTA TRATAMIENTO
HSJ	HOSPITAL SAN JOSÉ	TPFA	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	FC	FALTA CIE10	FFM	FALTA FIRMA DE MÉDICO
		D/C	DESCARTAR	FE	FALTA EVOLUCIÓN	FDI	FALTA DIAGNÓSTICO DE INGRESO
		RPM	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	FTE	FALTA TIEMPO DE ENFERMEDAD	FA	FALTA ANTECEDENTES
		ATB	ANTIBIÓTICOS	FDE	FALTA DIAGNÓSTICO DE EGRESO		
		TTO	TRATAMIENTO				
		PTP	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO				

Fuente: Formato de referencia y contrarreferencia e historias clínicas del centro de salud de Bellavista.



ANEXO 4



GUÍA TÉCNICA:

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

GUÍAS DE PRÁCTICA
CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN
DE EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS
SEGÚN NIVEL
DE CAPACIDAD RESOLUTIVA

GUÍA TÉCNICA:

2007

La presente guía de práctica clínica fue elaborado con la participación de:

Ministerio de Salud:

Dr. José Gilmer Calderón Yberico
Dr. Luis Podestá Gavilano
Dr. Walter Ravelo Chumioque
Dra. Isabel Chaw Ortega
Dr. Jaime Moya Grande
Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Lic. Carmen Julia Carpio Becerra
Lic. Marysol Campos Fanola
Lic. Carmen Mayurí Morón
Dra. María del Pilar Torres Lévano

Instituto Nacional Materno Perinatal:

Dr. Luis Meza Santibáñez
Dr. Teófilo Jara Mori
Dr. Alfonso Medina Bocanegra
Dr. Eduardo Calagua Solís

Región Ayacucho:

Lic. Adsel Acori Tinoco, Director DGSP
Odont. Flor de María Melgar Salcedo, Directora DAIS
Obst. Rosa Pomasonco Pomasonco, Coord. ESSS y SR
Lic. Hernán Medina, DIRES
Obst. Yaneth Arce Hernández, DIRES
Obst. Zenia Ayala Sulca, DIRES
Obst. Cleimer Bautista Prado, DIRES
Obst. Virgilia Guerra Valencia, DIRES
Obst. Olga Salyrosas Tenorio, DIRES
Obst. Milagritos Carrasco Aronés, DIRES

Hospital Regional de Ayacucho:

Dra. Ruth Ochoa Roca, Directora

Departamento de Ginecología y Obstetricia:

Dr. Jorge Cevallos Sáez
Dr. Jorge Rodríguez Rivas
Dr. Máximo Vega Alcazar
Dra. Marilú Obando Corzo
Dra. María Moquillaza Barrios
Dr. Pablo Salinas Alvarado
Dr. Víctor Hugo Salcedo Escobar

Dr. Sergio Mena Mujica
Obst. Abigail Aramburú Castilla
Obst. Yanet Peñaloza Vargas
Obst. Bacilia Vivanco Garfias
Obst. Zenaida Gutiérrez Fuentes
Obst. Serafina Pimentel Godoy
Obst. Gloria Figueroa Chávez
Obst. Elena Miranda Vilca
Obst. Graciela Mendoza Bellido
Obst. Norma Córdova Flores
Obst. Maria Bautista Gómez

Redes de Salud:

Dr. Joseph Díaz Rodríguez, Hospital San Francisco
Dr. Michael Córdova Pure, Hospital San Francisco
Dr. Mario Flores Quispe, Hospital de Huanta
Dr. Mauro Mamani Mamani, Hospital Cora Cora
Dr. Jesús Huayne Díaz, C.S. Tambo
Obst. Vicente De La Cruz Cerda, Hospital San Francisco
Obst. Diógenes Salvatierra Llallahui, C.S. Sucre
Obst. Reyna Salvatierra Bautista, Hospital San Miguel
Obst. Cedy Meneses Suárez, C.S. Huancasancos

Región Huánuco:

Dr. Fredhy Luyo-Vallejos Escalante, Región Huánuco

Región Puno:

Dr. Rolando Montes de Oca Velasco, DIRES
Lic. Esperanza Cueva Pure, DIRES
Dra. Laura Del Carpio Condori, Hospital San Juan de Dios de Ayaviri
Dr. Edgar Cotacallapa C., Hospital Regional de Juliaca
Dr. Renán Luque Madani, Hospital Regional de Puno

Región Piura:

Dra. Ana María Flores Ronceros, G. Regional Piura
Dra. Isabel Najarro Huapaya, DIRES
Dra. Marina Herrera Viloche, Hospital Sullana
Dr. José Oña Gil, Hospital Sullana
Dr. Nelson Navarro Jiménez, Hospital Sullana

Región Huancaavelica:

Dr. Bernardo Amao Palomino, DIRES
Dr. Jorge Cribilleros Matos, Hospital Regional
Obst. Magdalena Escobar Vilcarana, DIRES

Región La Libertad:

Dr. Segundo García Angulo, Hospital Belén

Región Cajamarca:

Dr. Luis Gómez Mendoza, Hospital Regional

Región Ancash:

Dr. Alberto Peñaranda Tarazona, Hospital Regional

Revisión técnica:

Dra. Paulina Guisti Hundskopf

Dr. Luis Robles Guerrero

Lic. Ana Borja Hernani

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología:

Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

Dr. Eduardo Madariague M.

CARE Perú:

Elena Esquiche León, Asesora Nacional en Salud Materna

Asociación SOLARIS PERÚ:

Dra. Mónica Matayoshi Díaz

Dr. Carlos Cuadros Vizcarra

Sra. Cecibel Granda Calagua

Apoyo Secretarial

La presente edición se hizo con la asistencia técnica de CARE Perú.
La presente publicación cuenta con el financiamiento de CARE Perú,
Asociación SOLARIS PERU y del Fondo de Población de las Naciones
Unidas (UNFPA).

ÍNDICE

Resolución Ministerial	10
Presentación	13
Cómo utilizar la Guía	15
Abreviaturas	16

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE:

Hemorragia en la Primera Mitad del Embarazo

Aborto	19
Embarazo Ectópico	27
Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo	31
Hemorragia Intraparto y Postparto	37
Shock Hipovolémico Obstétrico	47
Trastornos Hipertensivos en el Embarazo	53
Sepsis en Obstetricia	63
Aborto Séptico	69
Rotura Prematura de Membranas (RPM)	75
Corioamnionitis	81
Endometritis Puerperal	85
Alteraciones del Trabajo de Parto	
Trabajo de Parto Prolongado	91
Incompatibilidad Feto Pélvica y Estrechez Pélvica	97
Parto Podálico	103

ANEXOS

Anexo 1 - Atención Prenatal	111
Anexo 2 - Atención del Parto	117
Anexo 3 - Cesárea	127
Anexo 4 - Legrado Uterino	133
Anexo 5 - Aspiración Manual Endouterina	135
Anexo 6 - Extracción Manual de Placenta	141
Anexo 7 - Revisión Manual de Cavidad Uterina	145
Anexo 8 - Revisión del Canal del Parto	147
Anexo 9 - Cateterización Venosa Periférica	151
Anexo 10 - Cateterismo Vesical	155
Bibliografía	157

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud, en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, compromiso suscrito por el Estado peruano en el ámbito de las Naciones Unidas, se ha planteado como metas la reducción de la mortalidad materna e infantil para el año 2015.

En coherencia con estos compromisos, durante los últimos años el Ministerio de Salud ha considerado como prioridad política sectorial la reducción de la mortalidad materna y neonatal, desarrollando diferentes actividades para contribuir en el logro de tales metas.

Parte de estos esfuerzos han surgido de los equipos técnicos de la Dirección General de Salud de las Personas de este Ministerio, los que propusieron y elaboraron documentos normativos, resultado de la labor conjunta con las diversas Direcciones Regionales de Salud poseedoras de experiencias exitosas y que a partir de sus servicios de salud han logrado avances en la mejora de la calidad de sus servicios.

Estos esfuerzos y sus resultados han significado también aportes valiosos en la construcción de propuestas significativas e innovadoras, las que hoy se incluyen en estas guías y son puestas así al servicio de la población de las regiones más pobres del país.

Me complace presentar las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva y las Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. Estas Guías serán de consulta para todo el personal profesional y técnico que labora en los servicios de salud del país, poniendo de esta manera al alcance de la población la posibilidad de acceder a una atención oportuna, de calidad y adecuada para afrontar las emergencias obstétricas y del recién nacido en los diferentes niveles de atención.

El Ministerio de Salud expresa su agradecimiento al personal de salud de las Direcciones Regionales, al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, a la Sociedad Peruana de Pediatría y todas las personas y organizaciones que han participado en la composición de estas Guías Técnicas para la atención de las emergencias

obstétricas y neonatales. Que el esfuerzo conjunto de los próximos años, acompañado por valiosos instrumentos como el que el lector tiene entre sus manos, contribuya real y eficazmente en mejorar la salud materna y neonatal en el país.

Carlos Vallejos Sologuren
Ministro de Salud

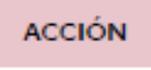
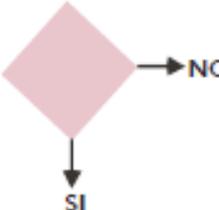
CÓMO UTILIZAR LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SEGÚN NIVELES DE CAPACIDAD RESOLUTIVA

La Guía de Atención Según Niveles de Capacidad Resolutiva, facilitará al personal de los servicios de salud el manejo clínico de las emergencias obstétricas. La Guía describe los procesos de atención a desarrollarse en los diferentes niveles de capacidad resolutiva.

El Flujograma precisa acciones a ser ejecutadas desde la comunidad y a nivel de los servicios de salud, facilitará el manejo adecuado de las emergencias obstétricas, así como en la decisión de referir a la paciente de manera oportuna, adecuada y con calidad a servicios de mayor capacidad resolutiva.

El Flujograma es la explicación gráfica y secuencial del proceso de atención en salud, permite actuar de forma rápida y organizada en el sistema de salud; es una imagen mental de una acción a ejecutar.

Un Flujograma utiliza la siguiente simbología estandarizada:

<p>INICIO El inicio de cualquier flujograma se simboliza así:</p>	
<p>ACCIÓN Se grafica con rectángulo:</p>	
<p>DECISIÓN o ALTERNATIVA Se representa con un rombo donde se describe la situación a decidir, y en sus ángulos se colocará las alternativas SI o NO. Las flechas indican la dirección del proceso; si, en posición vertical y no, en posición horizontal:</p>	
<p>FIN Representa el final de cualquier procedimiento: FIN</p>	
<p>REFERENCIA Si simboliza así:</p>	

ABREVIATURAS

AMEU	Aspiración manual endouterina	TGP	Transaminasa glutamicopirúvica
amp	Ampolla	TP	Tiempo de protombina
AQV	Anticoncepción quirúrgica voluntaria	TTP	Tiempo parcial de tromboplastina
CID	Coagulación intravascular diseminada	UCI	Unidad de cuidados intensivos
CINa	Solución de cloruro de sodio	UCIM	Unidad de cuidados intermedios maternos
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología	UI	Unidades internacionales
cm	Centímetro	VIH	Virus inmuno deficiencia humana
CPN	Control prenatal	VSG	Velocidad de sedimentación
DBP	Diámetro biparietal	> <	Mayor de; menor de
DCP	Desproporción céfalo pélvica	≥ ≤	Mayor o igual de; menor o igual de
DIP	Alteración frecuencia cardíaca fetal		
DIU	Dispositivo intrauterino		
DPP	Desprendimiento prematuro de placenta		
EV o IV	Vía endovenosa		
FCF	Frecuencia cardíaca fetal		
FONB	Funciones obstétricas y neonatales básicas		
FONE	Funciones obstétricas y neonatales esenciales		
FONI	Funciones obstétricas y neonatales intensivas		
FONP	Funciones obstétricas y neonatales primarias		
FR	Frecuencia respiratoria		
gr	Gramo		
GTM	Gentamicina		
HCG	Gonadotropinas coriónicas humanas		
HELLP	Hemólisis, liberación de enzima hepáticas, plaquetopenia		
HIE	Hipertensión inducida por el embarazo		
HTT	Hemorragia del tercer trimestre		
hr o hrs	Hora; horas		
ICP	Incompatibilidad céfalo pélvica		
IM	Intramuscular		
LDH	Lactato deshidrogenasa		
LF	Latidos fetales		
lt	Litro		
LU	Legrado uterino		
Mcg	Microgramos		
MELA	Método de lactancia materna y amenorrea		
mg	Miligramos		
ml	Mililitro		
mmHg	Milímetro de mercurio		
min	Minuto		
NST	Test no estresante		
PA	Presión arterial		
PP	Placenta previa		
Rh	Factor sanguíneo		
RPM	Ratura prematura de membranas		
RPR o VDRL	Pruebas para el descarte de Sífilis		
SIRS	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica		
seg	Segundo		
TDP	Trabajo de parto		
TGO	Transaminasa glutamicooxalacética		

HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

ABORTO

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Aborto inevitable:	O05.0
Aborto incompleto:	O03.4
Aborto completo:	O03.0
Aborto retenido, diferido o frustrado:	O02.1
Aborto séptico:	O03.0

II. DEFINICIÓN

1. Definición:

Aborto: Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

Aborto inevitable:

Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.

Aborto completo:

Es la eliminación total del contenido uterino.

Aborto incompleto:

Es la eliminación parcial del contenido uterino.

Aborto retenido o diferido:

Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.

Aborto séptico:

Complicación infecciosa grave del aborto.

2. Etiología:

- Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- Deficiencia hormonal.
- Enfermedades intercurrentes.

3. Aspectos epidemiológicos:

Del 15% al 20% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos. Es causa importante de muerte materna y de secuelas que conducen a infertilidad.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedente de aborto previo.
- Patología uterina que compromete su cavidad.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- Malas condiciones socio-económicas (desnutrición).
- Violencia familiar.
- Intoxicaciones ambientales.
- Factores hereditarios.

IV. CUADRO CLÍNICO

Gestación menor de 22 semanas con:

- Dolor abdominal en bajo vientre y/o sangrado vaginal de cuantía variable con o sin cambios cervicales.
- Con expulsión o sin expulsión del producto de la gestación.

V. DIAGNÓSTICO:

1. Criterios diagnósticos

- Gestación menor de 22 semanas.
 - Sangrado por vía vaginal.
 - Dolor hipogástrico tipo contracción.
- a) Aborto inevitable
 - Cambios cervicales.
 - Membranas rotas.
 - b) Aborto incompleto
 - Sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (pueden estar los restos en el canal cervical o vaginal).
 - Sangrado persistente que pone en peligro la vida de la paciente.
 - c) Aborto completo
 - Expulsión completa del producto de la gestación con verificación ecográfica.
 - Sangrado escaso.
 - d) Aborto diferido o retenido

- Su diagnóstico es ecográfico. Los parámetros son los siguientes:
- No visualización de embrión en una gestante con diámetro medio de saco gestacional de 25 mm, utilizando la ecografía abdominal; o de 18 mm si utilizamos ecografía transvaginal.
 - No identificación de latido cardiaco fetal en un embrión con longitud corono-nalga mayor de 6 mm.
- e) Aborto séptico
 Cuando en un aborto (incompleto, frustrado, etc.), se presenta fiebre de 38 grados o más y/o sangrado con mal olor.

2. Diagnóstico diferencial:

- Embarazo ectópico.
- Hemorragia uterina disfuncional con periodo de amenorrea previo.
- Enfermedad del trofoblasto (mola hidatiforme).
- Lesiones del canal vaginal.
- Patología cuello uterino y vagina (cáncer, pólipos, cervicitis, etc).

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica:

- Hemograma (recuento de leucocitos, fórmula leucocitaria, hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Examen de orina.
- RPR o VDRL.
- Prueba de ELISA para VIH o prueba rápida para VIH.
- Prueba de confirmación del embarazo (orina, sangre).

2. De imágenes:

- Ecografía, revela restos en cavidad uterina o embrión, ausencia de signos de vitalidad fetal, áreas de desprendimiento, número de fetos.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Identificación de signos de alarma y factores asociados.
- Colocación de vía EV segura con CINA 9%.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas: (ver protocolo de referencia)

- Vía segura con catéter endovenoso N°18.
- Vía aérea permeable. Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
- Posición decúbito dorsal.
- Abrigo suficiente.
- Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
- Traslado con acompañante, potencial donante de sangre.
- Comunicar al sitio de referencia.
- En casos que cuente con profesional de salud capacitado y el sangrado sea abundante, realizar:
 - Examen con espéculo.
 - Retirar los restos del canal vaginal y cervical con pinza Foerster.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Lo mismo que en establecimientos con FONP más:

- Realizar tacto vaginal y examen con espéculo.
- Solicitar hemograma (hemoglobina o hematocrito), grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, RPR, prueba de ELISA para VIH o prueba rápida.
- Si hay signos de descompensación, ver protocolo de shock Hemorrágico.
- Si cuentan con médico capacitado, insumos e infraestructura, proceder al legrado o AMEU en aborto incompleto no complicado. De lo contrario, estabilizar y referir.
- Referir si la paciente presenta:
 - Fiebre, reacción peritoneal, dolor a la movilización de cérvix o secreción purulenta o con mal olor.
 - Anemia severa y requiere transfusión sanguínea.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- a) Aborto incompleto.
- Hospitalización.
 - Instalar vía EV segura con ClNa 9‰.
 - Solicitar:
 - Ecografía.
 - Hemograma, (hemoglobina o hematocrito).
 - Grupo sanguíneo y factor Rh.
 - Examen de orina.
 - RPR o VDRL.
 - Prueba de Elisa VIH o prueba rápida.

- Procedimiento:
Si el tamaño uterino es menor de 12 cm:
Legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino, si fuera necesario.

- Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm:**
 - Si el cuello uterino está abierto, existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, procurar la expulsión de restos con infusión oxitócica 30 UI en 500 cc de CINA 9%. Luego realizar legrado uterino.
 - Si el cuello uterino está cerrado y no existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, madurar el cuello con prostaglandinas: 200 microgramos de Misoprostol en el fondo de saco vaginal cada 6 horas, máximo 4 dosis. Luego realizar legrado uterino contando con una vía endovenosa segura.
 - Si la metrorragia es abundante, colocar una vía segura con oxitocina y evacuar el contenido uterino inmediatamente. Si el cuello uterino estuviera cerrado, realizar una dilatación instrumental seguida de legrado uterino, o mediante histerotomía abdominal en último caso.

- b) **Aborto retenido**
 - Hospitalizar.
 - Solicitar:
 - Ecografía para evaluar viabilidad fetal.
 - Perfil de coagulación: fibrinógeno, recuento de plaquetas, tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina; sino cuenta con los reactivos, solicite tiempo de coagulación y sangría.
 - Hemograma (hemoglobina o hematocrito).
 - Grupo y factor sanguíneo.
 - Sedimento de orina.
 - RPR o VDRL.
 - Prueba de Elisa VIH o prueba rápida.
 - Si el cuello uterino es permeable realizar legrado uterino previa dilatación.
 - Si el cuello uterino no es permeable, madurar con prostaglandinas (Misoprostol). Luego realizar legrado uterino.
 - Si existen alteraciones en las pruebas de coagulación someter a legrado inmediatamente, con transfusión simultánea de componentes sanguíneos necesarios o sangre total fresca.

- c) **Aborto séptico:**
- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos según el estadio clínico.
 - Ver manejo de Sepsis en la correspondiente Guía de Práctica Clínica (ver página 63).
2. **Signos de alarma**
- Aparición de fiebre, desvanecimiento.
 - Signos de hipotensión y shock.
3. **Criterios de alta**
 Paciente estabilizada hemodinámicamente, con funciones vitales estables, con prueba de deambulación, sin síntomas, con capacidad de ingerir alimentos y realizar actividades comunes.
 Impartir:
- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.
 - Elección de un método anticonceptivo de ser el caso.
4. **Pronóstico**
 Depende de la complicación infecciosa o hemorrágica y de la prontitud de la intervención de parte del equipo de salud.

VIII. COMPLICACIONES:

- Shock hipovolémico: ver manejo en la correspondiente Guía de Práctica Clínica de shock hipovolémico (ver página 47).
- Shock séptico: ver manejo en la correspondiente Guía de práctica clínica de Shock Séptico (ver página 63).
- Perforación uterina: Laparoscopia o Laparotomía exploratoria.
- Desgarros de cérvix: Sutura.
- Pelvipertonitis: Histerectomía.

IX.- CRITERIOS DE REFERENCIA

Manejo según nivel de Funciones obstétricas y neonatales

Establecimiento con FONP:	Identifica signos de alarma, estabiliza y refiere todos los casos al nivel con capacidad resolutive.
Establecimiento con FONB:	Sin personal capacitado. Diagnostica, estabiliza y refiere todos los casos. Con personal capacitado. Refiere al establecimiento FONE todos los casos complicados y los mayores de 12 semanas.

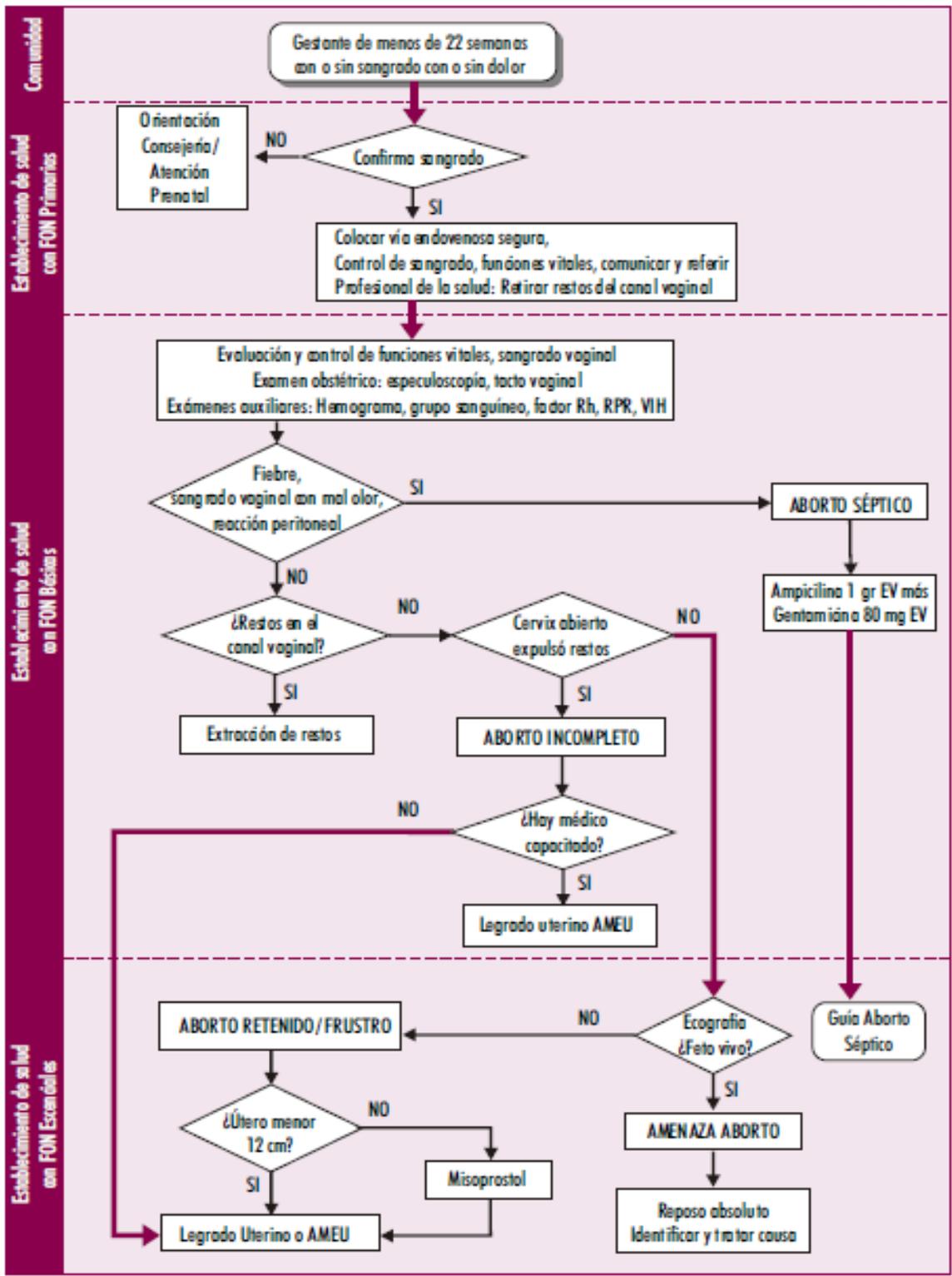
De ser necesario según la gravedad de la paciente al establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI).

Establecimiento con FONE:

Realiza los procedimientos quirúrgicos, maneja las complicaciones, insuficiencia renal, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, trastornos de coagulación. Refiere al establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI).

X. FLUXOGRAMA (Ver fluxograma de Aborto)

ABORTO



TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

I. NOMBRES Y CÓDIGO	CIE 10
Preeclampsia:	O14.9
Eclampsia:	O15.9
Hipertensión transitoria de la gestación:	O13
Hipertensión crónica:	O16
Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada:	O11

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Hipertensión inducida por la gestación

Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación.

A. Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg.
- Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).

B. Preeclampsia severa:

La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg.
- Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico).
- Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis.

C. Eclampsia:

Crisis de convulsiones generalizadas que sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia.

D. Síndrome HELLP:

Complicación de la preeclampsia caracterizada por:

- Anemia hemolítica microangiopática, definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 gr/dl a predominio indirecto.
- Aumento TGO mayor de 70 UI, o LDH mayor de 600 UI.
- Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100,000 por ml.

2. Etiología

La etiología de la hipertensión inducida por el embarazo es desconocida.

3. Fisiopatología

Múltiples teorías, actualmente es desconocida. El sustrato es la vasoconstricción generalizada.

4. Aspectos epidemiológicos

Es la segunda causa de muerte materna en el Perú. Origina hasta el 10% de muertes perinatales y el 15% de cesáreas.

III. FACTORES ASOCIADOS

- Antecedentes de hipertensión en madres o abuelas.
- Antecedente de hipertensión en embarazo anterior.
- Edad menor de 20 y mayor de 35.
- Raza negra.
- Primera gestación.
- Periodo intergenésico largo.
- Embarazo múltiple actual.
- Obesidad.
- Hipertensión crónica.
- Diabetes mellitus.
- Pobreza extrema en caso de eclampsia.

IV. CUADRO CLÍNICO

• Hipertensión inducida por la gestación

Aparición de hipertensión después de las 20 semanas de gestación más proteinuria.

Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg o incremento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, e incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal.
- Proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico).

Preeclampsia severa: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg o incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o incremento de la Presión diastólica en 30 mmHg o más (en relación a la basal).
- Proteinuria igual o mayor de 5 gr/lit. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
- Presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia.
- Oliguria: Menor de 500 ml/24 h (creatinina mayor de 0,8 mg/dl).
- Edema pulmonar.
- Disfunción hepática
- Trastorno de la coagulación.
- Elevación de creatinina sérica
- Oligohidramnios, Retardo de crecimiento intrauterino.
- Ascitis.

Eclampsia: complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones generalizadas.

- **Hipertensión transitoria de la gestación:**
Se diagnostica en forma retrospectiva y sus criterios son: hipertensión leve (no mayor de 140/90 mmHg), sin proteinuria, que aparece en el tercer trimestre de la gestación y desaparece después de la gestación (hasta 10 días postparto).
- **Hipertensión crónica**
 - o Hipertensión (140/90 mmHg o más) que precede al embarazo.
 - o Hipertensión (140/90 mmHg o más) detectada antes de las 20 semanas de gestación.
 - o Hipertensión persistente mucho después del embarazo, hasta 12 semanas postparto.
- **Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida:**
Su diagnóstico exige la documentación de la hipertensión subyacente crónica, a la que se agrega proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

V. DIAGNÓSTICO

1. **Criterios diagnósticos**
Presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

2. **Diagnóstico diferencial**
 - Hígado graso agudo del embarazo.
 - Púrpura trombocitopénica.
 - Síndrome antifosfolípídico.
 - Síndrome urémico hemolítico.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. **De patología clínica:** Solicitar desde la evaluación inicial:
 - Hemograma (hemoglobina o hematocrito).
 - Grupo sanguíneo y Factor Rh.
 - Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
 - Examen de orina completo.
 - Perfil de coagulación: Tiempo de Protrombina, TTP activada, fibrinógeno y plaquetas.
 - Función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas.
 - Glucosa, urea y creatinina.
 - Proteínas totales y fraccionadas.
 - Proteínas en orina de 24 horas.
2. **De imágenes:** Pruebas de bienestar fetal:
 - Ecografía obstétrica.
 - Perfil biofísico.
 - Flujiometría Doppler.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. **Medidas generales y terapéutica**
Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categoría I-1)
 - Evaluar la presión arterial. Si se encuentra elevada coordinar con el establecimiento con FONB y referir con vía endovenosa segura de ClNa 9‰ a establecimiento con FONE.
Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-2, I-3)
 - Evaluar la presión arterial, si se encuentra elevada iniciar tratamiento, comunicar y referir.

- En caso de preeclampsia severa o eclampsia:
 - Colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc a chorro y mantener a 30 gotas/min hasta llegar a FONE.
 - Colocar sonda Foley y monitorizar diuresis horaria.
 - Labetalol 200 mg vía oral c/ 8 horas de primera elección, sino usar Metildopa 1gr vía oral c/12 horas.
 - Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con presión arterial inicial o presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral como primera dosis y luego 10 mg cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en 90 a 100 mmHg.
 - Coordinar con establecimiento con FONB y referir a la paciente a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB: (Categoría I-4)

Evaluar presión arterial.

Preeclampsia leve:

- a. Control materno:
 - Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
 - Exámenes de laboratorio:
 - Perfil renal: Urea y creatinina,
 - Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.
 - Perfil hepático: TGO, TGP, billirrubinas totales y fraccionadas y LDH.
- b. Control fetal:
 - Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía con perfil biofísico semanal.
- c. Considerar hospitalización:
 - Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
 - Si vive lejos, considerar la casa de espera.
- d. Control en hospitalización:
 - Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
 - Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.

- Autocontrol de movimientos fetales.
- Test no estresante cada 48 horas.
- Ecografía más perfil biofísico semanal.

e. Si se diagnostica preeclampsia severa:

- Iniciar tratamiento, comunicar y referir a FONE.

Preeclampsia severa:

Iniciar tratamiento, comunicar y referir a establecimientos con FONE

- Colocar dos vías endovenosas seguras:
 - Una con ClNa 9‰ a 40 gotas por minuto.
 - Otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.
- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.
- Administrar Labetalol 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.
- Colocar sonda Foley Nº 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

Eclampsia:

- Realizar lo indicado para preeclampsia severa. Además:
 - Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo).
 - Vía endovenosa segura.
 - Comunicar y referir a establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Preeclampsia leve:

- Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONB.
- Tomar nuevos exámenes auxiliares.
- Evaluar edad gestacional y condiciones maternas para terminar el embarazo por la mejor vía.

Preeclampsia severa:

- Continuar con el manejo iniciado en del establecimiento FONB.
- Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg con relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/100 mmHg administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50mg en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100 mmHg.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros por minuto.
- Control de funciones vitales.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.
- Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.
- Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones.

Eclampsia:

Las siguientes medidas se deben adoptar tan pronto se produzca la crisis convulsiva, todo en forma simultanea:

- a) Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- b) Realizar consentimiento informado a los familiares de las intervenciones a realizar y sus posibles complicaciones.
- c) Paciente en decúbito lateral izquierdo.
- d) Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo, intubación orofaríngea, traqueotomía).
- e) Control de la ventilación – oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsometría continua), oxígeno en concentración suficiente para controlar la hipoxemia.
- f) Asegurar la permeabilidad de vía endovenosa.
- g) Monitorización hemodinámica estricta:
 - Diuresis horaria estricta.
 - Control de PVC.
- h) Valoración de las posibles alteraciones funcionales:
 - Función hepática: TGO, TGP.
 - Función renal: Creatinina, ácido úrico, sedimento de orina.

- Perfil de coagulación: Recuento de plaquetas, Tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno.
 - Descartar siempre la presencia de Síndrome de HELLP.
- i) Medidas medicamentosas:
- Tratamiento de las convulsiones:
Sulfato de Magnesio 10 mg diluido en 1,000 cc de ClNa 9‰, vía endovenoso a 400 cc a chorro y luego a 30 gotas/min.
 - Tratamiento antihipertensivo:
 - Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora, vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 horas vía oral.
 - Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg, en relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50 mg en 24 horas.
- j) Controlada las convulsiones, valorar las condiciones maternas y fetales para culminar la gestación.
- k) Estabilización de la paciente:
- a. Fluidoterapia.
 - b. Corrección de oliguria.
 - c. Control de factores de la coagulación.
 - d. Presión venosa central.
 - e. Oxigenoterapia.
- l) La vía de culminación electiva del embarazo es la vaginal, si las condiciones lo permiten.
2. Signos de alarma
- Cefalea.
 - Mareos.
 - Tinnitus.
 - Escotomas.
 - Acúfenos.
 - Epigastralgia.
3. Criterios del alta
- Presión arterial estabilizada con diastólica menor de 100 mmHg.
 - Ausencia de signos de alarma.
 - Exámenes de laboratorio dentro de lo normal.
 - Posibilidad de seguimiento continuo, casa de espera.
4. Pronóstico
- Depende del grado de hipertensión, existencia de daño de órgano blanco y condiciones de hipoxia fetal.

VIII. COMPLICACIONES

- Eclampsia.
- Síndrome HELLP.
- Rotura o hematoma hepático.
- Insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar agudo.
- Insuficiencia renal.
- DPP.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Desprendimiento de retina.
- Accidente cerebrovascular.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

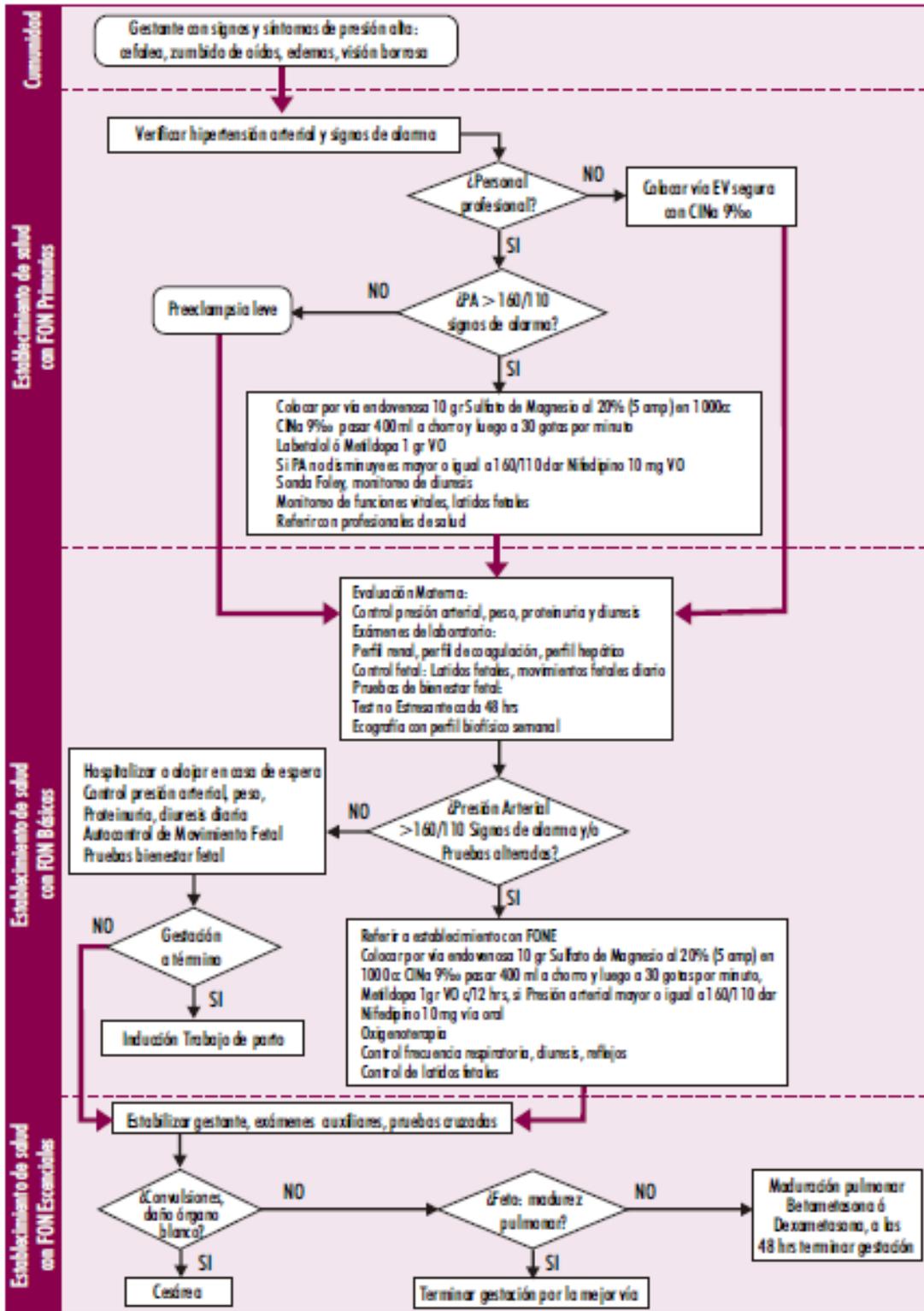
- Toda gestante con criterios de hipertensión arterial debe ser referida a un establecimiento con FONB -FONE.
- Toda paciente con preeclampsia severa debe ser referida inmediatamente a un establecimiento con FONE.
- Comunicar oportunamente toda referencia al establecimiento con FONB y FONE.
- Toda referencia debe contar con su respectiva contrarreferencia.

Condiciones de referencia

- Dos vías endovenosas seguras:
 - 1) CINA 9‰, a 40 gotas por minuto.
 - 2) CINA 9‰, con 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20%, pasar 400 cc en 15 min a chorro, y 100 cc en una hora, 30 gotas/minuto.
- Administrar hipotensores en preeclampsia severa o eclampsia: 1 gr de metildopa vía oral cada 12 horas, sino disminuye Nifedipino 10mg vía oral.
- Colocar sonda Foley Nº 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/minuto.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

X. FLUXOGRAMA (Ver fluxograma de Enfermedad hipertensiva del embarazo)

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO



ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Rotura prematura de membranas (RPM): O42.9

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.

RPM prolongada: Rotura prematura de membranas mayor de 24 hrs.

2. Etiología

- Traumatismos y complicaciones de procedimientos invasivos.
- Estiramientos de las membranas: Incompetencia cervical, polihidramnios, embarazo múltiple.
- Infección local por Trichomonas, estreptococo grupo B, Clamidia, Ureaplasma.
- Alteraciones de las propiedades físicas de las membranas por déficit de vitamina C, Cobre o Zinc.

3. Aspectos epidemiológicos

La frecuencia es de 16% a 21% en embarazo a término y 15% a 45% en el embarazo pretérmino.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Embarazo múltiple y polihidramnios.
- Infección cérvico vaginal.
- Infección intraamniótica.
- Presentaciones podálica y transversa.
- Antecedente de RPM y parto pretérmino.
- Infección del tracto urinario.
- Traumatismo.
- Pruebas auxiliares invasivas.

IV. CUADRO CLÍNICO:

- Pérdida de líquido por vagina, con olor a lejía, de color transparente, o verdoso si se asocia a sufrimiento fetal.
- Visión directa de salida de líquido amniótico por cérvix al examen con espéculo, espontáneamente o a la maniobra de Valsalva (pujar).
- Al tacto vaginal no se tocan membranas ovulares.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico

- a.- Historia clínica: Anamnesis, factores asociados.
- b.- Examen físico general y ginecológico con espéculo.
- c.- Hallazgos de laboratorio y ecografía.

2. Diagnóstico diferencial

- Flujo vaginal (ardor, prurito y otras características propias).
- Eliminación del tapón mucoso.
- Incontinencia urinaria (tos, esfuerzo).
- Ruptura de quiste vaginal.
- Hidrorrea decidual (líquido ubicado en el espacio entre decidual parietal y refleja).
- Rotura de pre bolsa de las membranas ovulares (espacio existente entre corión y amnios).

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica

- Test de FERN observación al microscopio de una gota de líquido que toma aspecto de hojas de helecho al ser desecado por 5 minutos (96% exactitud).
- Método de Laneta: Positivo (+): Observación de halo blanquecino en el portaobjeto calentado.
- Test de nitrazina (papel) determina el Ph alcalino del líquido amniótico: Es positivo (+) si vira de amarillo a azul (95%) de exactitud puede dar falsos positivos en contacto con moco cervical, sangre, orina, semen y antisépticos.
- Hemograma.
- Proteína C reactiva.
- Examen de orina.

2. Diagnóstico por Imágenes

- Ecografía: Oligohidramnios que antes no existía.
- Pruebas de bienestar fetal: Ecografía, perfil biofísico fetal, Monitoreo Fetal.

3. Exámenes especiales
Test Clements.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Detectar factores de riesgo asociados.
- Instalar vía EV segura.
- Iniciar antibiótico terapia si cuenta con personal de salud capacitado.
 - Si RPM es mayor de 12 horas usar antibiótico:
Ampicilina 2 gr EV si la gestante no manifiesta signos de alergia medicamentosa,
Otra alternativa: Eritromicina 500 mg cada 8 horas por vía oral, o Gentamicina 160 mg IM.
 - Si hay fiebre o líquido con mal olor iniciar antibiótico terapia combinada:
Ampicilina 2 gr EV, más Gentamicina 160 mg EV.
- Traslado en camilla, control de pérdida de líquido (Paño perineal).
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Iniciar antibiótico terapia con Ampicilina 2 gr EV c/6 horas, más Eritromicina de 500 mg cada 8 hrs vía oral por 48 horas. Luego continuar con Eritromicina de 500 mg cada 8 horas por vía oral y amoxicilina 250 mg cada 8 horas vía oral por 5 días.
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Examen obstétrico absteniéndose de realizar tacto vaginal.
- Especuloscopia para precisar condiciones cervicales y recoger muestra de fondo de saco vaginal para pruebas de confirmación.
- Ecografía para evaluar edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico, situación placentaria.
- Sospecha de corioamnionitis, referir inmediatamente a establecimiento con FONE con antibiótico terapia combinada Ampicilina 2 gr EV más Gentamicina 5 mg por kg/peso corporal o Clindamicina 600mg EV más Gentamicina 5mg por kg/peso corporal; la conducta obstétrica variará según la edad gestacional y la madurez del feto:

- Gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción transferir a establecimiento con FONE.
- Gestación pre término: Derivar a establecimiento con FONE, si gestación se encuentra entre 31 y 33 semanas iniciar maduración pulmonar fetal: con Betametasona 12 mg intramuscular por día, 2 dosis, en casos de no contar con Betametasona usar Dexametasona 4 mg intramuscular c/ 6 horas por 8 dosis.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Continuar con antibiótico terapia de establecimiento con FONP/ FONB.
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Examen obstétrico absteniéndose de realizar tactos vaginales repetidos.
- Especuloscopia, Test de Fern.
- Realizar pruebas de bienestar fetal.
- Realizar pruebas de maduración pulmonar.
- Si presenta signos de corioamnionitis: Iniciar terapia antibiótica combinada con Ampicilina 1gr EV cada 6 horas, más Gentamicina 5mg por kg/peso EV cada día. Otro esquema terapéutico sería Clindamicina 600 mg endovenosa c/8 horas, más Gentamicina 5 mg x kg EV cada 24 horas y terminar la gestación por la vía más rápida.
- La conducta obstétrica variará según la edad gestacional y la madurez del feto:
 - Gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción, cesárea.
 - Gestación pre término:
 - o Gestación entre 34 y 36 semanas: Manejar igual que feto a término.
 - o Gestación entre 31 y 33 semanas: Administración de corticoides, y antibiótico terapia por 48 horas; y extracción fetal mediante cesárea o inducción de trabajo de parto según condiciones obstétricas.
 - o Gestación menor de 31 semanas: Conducta expectante y manejo multidisciplinario.

2. **Signos de alarma**
 - Fiebre.
 - Disminución de movimientos fetales.
 - Alteración patológica de los latidos fetales.
 - Oligoamnios severo.
 - Pruebas de bienestar fetal alteradas.
3. **Criterios de alta**
Paciente puérpera sin signos de infección ni compromiso general.
4. **Pronóstico**
Materno: Depende de la severidad del cuadro infeccioso.
Fetal: Depende de la edad gestacional del término del embarazo y de la severidad de la infección.

VIII. COMPLICACIONES

- Corioamnionitis.
- Endometritis puerperal.
- Sepsis y shock séptico.
- Desprendimiento prematuro de placenta.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

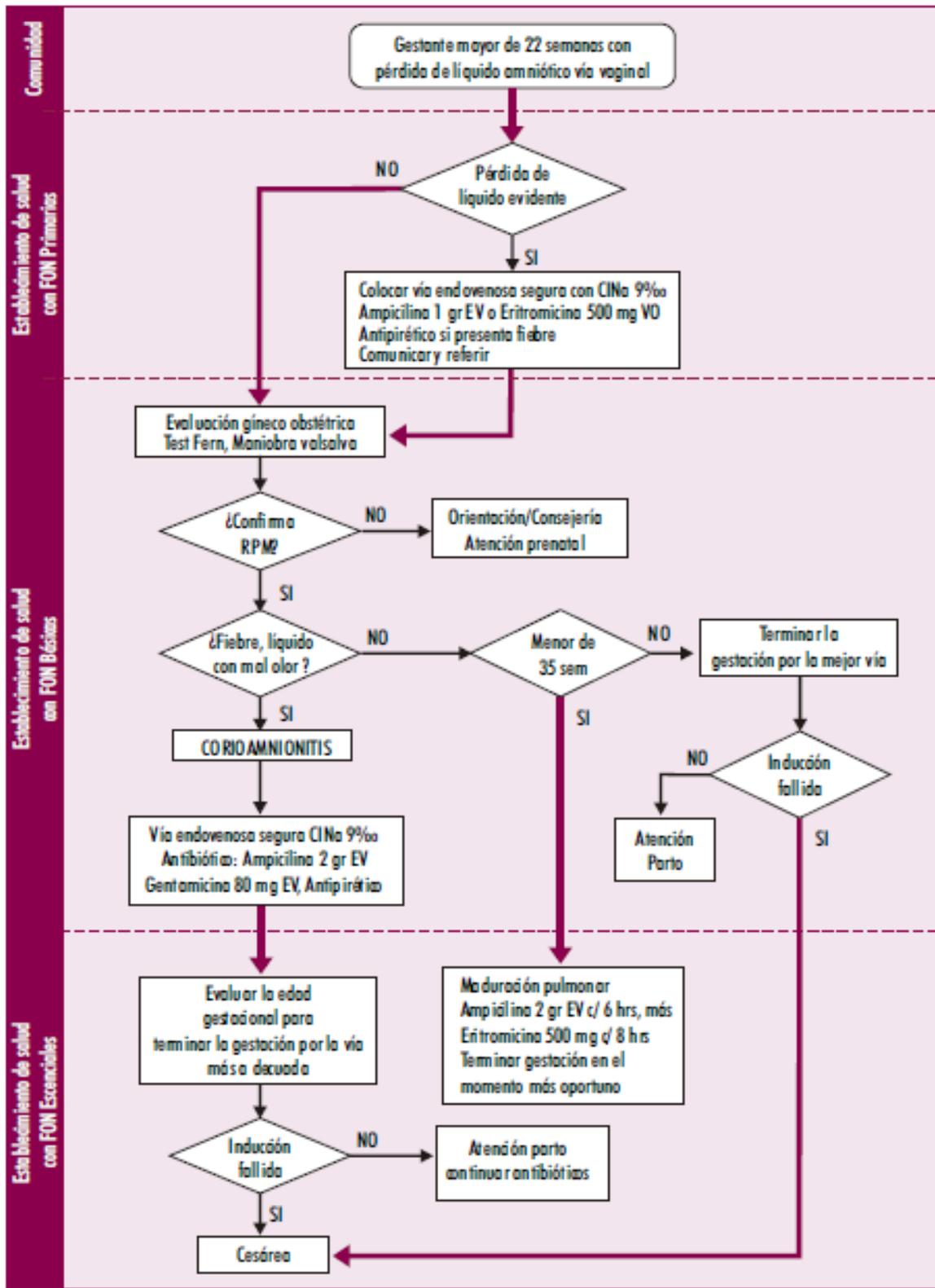
Toda gestante que refiera pérdida de líquido y/o fiebre, debe ser referida a un establecimiento con FONB para su evaluación. Si tiene más de 12 horas de RPM, iniciar antibióticos.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Toda gestante pretérmino con evidencia de pérdida de líquido, toda inducción fallida de gestantes a término con RPM, toda corioamnionitis deben ser referidas a un establecimiento con FONE con vía EV segura y antibióticos.

X. FLUXOGRAMA (Ver fluxograma Rotura prematura de membranas y corioamnionitis)

ROTURA PREMATURA MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS



TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Trabajo de parto prolongado: O63.0 O63.1

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.

2. Etiología

- Desproporción céfalo pélvica.
- Mala presentación o situación fetal.
- Uso de sedantes uterinos.
- Ayuno prolongado.
- Distocias cervicales y de contracción.

3. Fisiopatología

Detención o entretimiento de la progresión del trabajo de parto debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración debido a la disminución del metabolismo de la actina para su conversión en miosina y presentación de la contracción uterina, en unos casos por carencia de dichas proteínas y/o calorías.

4. Aspectos epidemiológicos importantes

La atención del parto domiciliario puede ser un factor condicionante en la detección tardía de los factores que intervienen en la presentación del trabajo de parto prolongado.

La frecuencia es de 0.33% a 1.5% de los partos.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. Medio ambiente
 - Parto domiciliario.
2. Estilos de vida
 - Gestantes obesas o desnutridas.
3. Otros
 - Gestantes adolescentes: < 15 años.
 - Gestantes añosas: > 35 años.
 - Talla corta: < 1.40 cm.
 - Abdomen péndulo.
 - Intervalo inter genésico prolongado.
 - Cesareadas anteriores.

IV. CUADRO CLÍNICO

- Duración prolongada del trabajo del parto.
- Curva de dilatación del trabajo de parto ingresa a la zona de riesgo.
- Monitoreo clínico del trabajo de parto alterado.
- Agotamiento materno.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico
Gestante en trabajo de parto por más de 12 horas.
 - **Alteraciones de la fase latente**
Mediante el tacto vaginal se pueden detectar la progresión de la dilatación y el descenso en mayor tiempo del promedio.

Fase latente prolongada
Evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.
 - **Alteraciones de la fase activa**
Mediante el tacto vaginal y la lectura del partograma con curva de alerta se pueden detectar las siguientes alteraciones:

Por Ententecimiento
 - a) Fase Activa Lenta o Prolongada: Es aquella en que la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1 cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas

- b) Retraso del Descenso o Descenso lento: Cuando la presentación fetal desciende menos de 1 cm/hora en nulíparas y menos de 2cm/hora en multíparas, durante la fase activa del trabajo de parto.

Por detención

- a) Detención de la Dilatación: Es aquella en la cual la dilatación se interrumpe o detiene en la fase activa en dos horas o más.
- b) Detención del Descenso: Es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas o multíparas, fundamentalmente en el expulsivo.

- **Alteraciones del expulsivo**
 - a) Expulsivo prolongado:
 - Más de 2 horas en nulíparas.
 - Más de 1 hora en multíparas.

- 2. **Diagnóstico diferencial**
 - Falso trabajo de parto.

VI EXÁMENES AUXILIARES

- 1. **De imágenes**
 - Ecografía.
- 2. **De exámenes especiales**
 - Monitoreo fetal electrónico intraparto.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

- 1. **Medidas generales y preventivas**

Detección oportuna de los factores de riesgo durante la atención prenatal.
Detección oportuna de los signos de alarma: Monitoreo continuo de trabajo de parto.
Nutrición e hidratación con productos ricos en glucosa durante el trabajo de parto.
- 2. **Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el tratamiento**

El objetivo del manejo es detectar oportunamente los casos en riesgo, detectar la patología del trabajo de parto oportunamente y darle un manejo adecuado. Llevar al mínimo el riesgo de morbilidad.
- 3. **Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo**

Utilizar la oxitocina en dosis fisiológicas y controlar estrictamente su aplicación por el profesional de salud. El uso indiscriminado puede producir efectos adversos sobre el feto y la madre que pueden comprometer la salud de la madre y el niño.

4. Signos de alarma a ser tomados en cuenta

- La curva de dilatación del trabajo de parto se desplaza hacia la derecha haciéndose más plana en el partograma con curva de alerta.
- Disminución de la intensidad, frecuencia o duración de las contracciones uterinas.
- Detención de la dilatación o el descenso.
- Formación de un anillo de contracción doloroso en el útero que se puede evidenciar al examen clínico.
- Duración del parto mayor de 12 horas.

5. Criterios de alta

El alta se dará luego de realizado el parto con evolución favorable, a las 24 horas de producido.

6. Pronóstico

Favorable cuando la intervención es oportuna.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Detectar factores de riesgo y signos de alarma.
- Identificar a gestantes con fecha probable de parto cercana y referir.
- Referir a toda gestante con contracciones uterinas al establecimiento con FONB.
- A la que presenta signos de alarma o factores de riesgo referirla con una vía segura.
- Comunicar de la referencia.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

- Detección de factores de riesgo.
- Determinación de la hora probable de inicio de parto.
- Evaluación general: estado general, estado nutricional, peso talla, funciones vitales.
- Evaluación obstétrica:
Determinación de la edad gestacional, altura uterina, ponderación fetal, situación, posición, presentación, dilatación, incorporación, altura de presentación, variedad de posición y pelvimetría.
- Identificación de signos de alarma.
- Si se diagnostica como parto obstruido referir a establecimiento con FONE.
- Comunicar al sitio de referencia.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales: FONE (Categorías II-1, II-2)

Realizar tacto vaginal para detectar si la prolongación del trabajo de parto es por una fase latente prolongada o una fase activa prolongada.

- **Fase latente prolongada:**
 - a) Descartar falso trabajo de parto.
 - b) Brindar apoyo psicológico a la paciente.
 - c) Permitir la deambulación.
 - d) Ofrecer dieta y líquidos.
 - e) Monitorear el progreso del trabajo de parto.

- **Fase activa prolongada (incremento de la dilatación <1 cm por hora)**
 - a) Estimular el trabajo de parto con Oxitocina. Iniciar con 8 gotas por minuto de una solución de 1,000 cc de ClNa 9% con 10 UI de oxitocina. Luego regular el goteo cada 15 minutos hasta obtener 3 contracciones de buena intensidad en 10 minutos.
 - b) Monitorear la estimulación del trabajo de parto utilizando el partograma con curva de alerta de la OMS.
 - c) En caso que la curva se desvíe hacia la derecha o los indicadores de dilatación o descenso de la presentación no evolucionen favorablemente, considerar la posibilidad de cesárea.

- **Expulsivo prolongado (> 1 hora en multiparas y >2 horas nulípara)**

Reevaluar la pelvis materna y las dimensiones fetales, además del bienestar fetal.

En caso de ser compatibles las dimensiones maternas con las fetales, proceder a realizar parto instrumentado (*Vacuum extractum*) de haber profesional capacitado. En caso contrario o si éste fracasara, realizar cesárea.

VIII. COMPLICACIONES

Maternas

- Hemorragias por desgarros cervicales: Proceder a la reparación mediante sutura si es que el desgarro es sangrante con catgut crómico cero y de acuerdo al nivel de complejidad. En algunos casos el sangrado puede cohibirse mediante la compresión con pinzas.
- Rotura uterina: amerita reparación quirúrgica en sala de operaciones.
- Lesión de partes blandas: debe de ser suturada en caso de existir hemorragia y según nivel de complejidad.

Fetales

- Sufrimiento fetal.
- Asfixia.
- Trauma obstétrico: Lesiones neurológicas y anatómicas.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)**

Se debe instalar una vía EV segura, estabilizar y referir a la gestante en las mejores condiciones a un establecimiento con FONB o FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Debe diagnosticar, estabilizar y referir en condiciones óptimas a la gestante.

La atención del parto eutócico debe realizarse en este nivel.

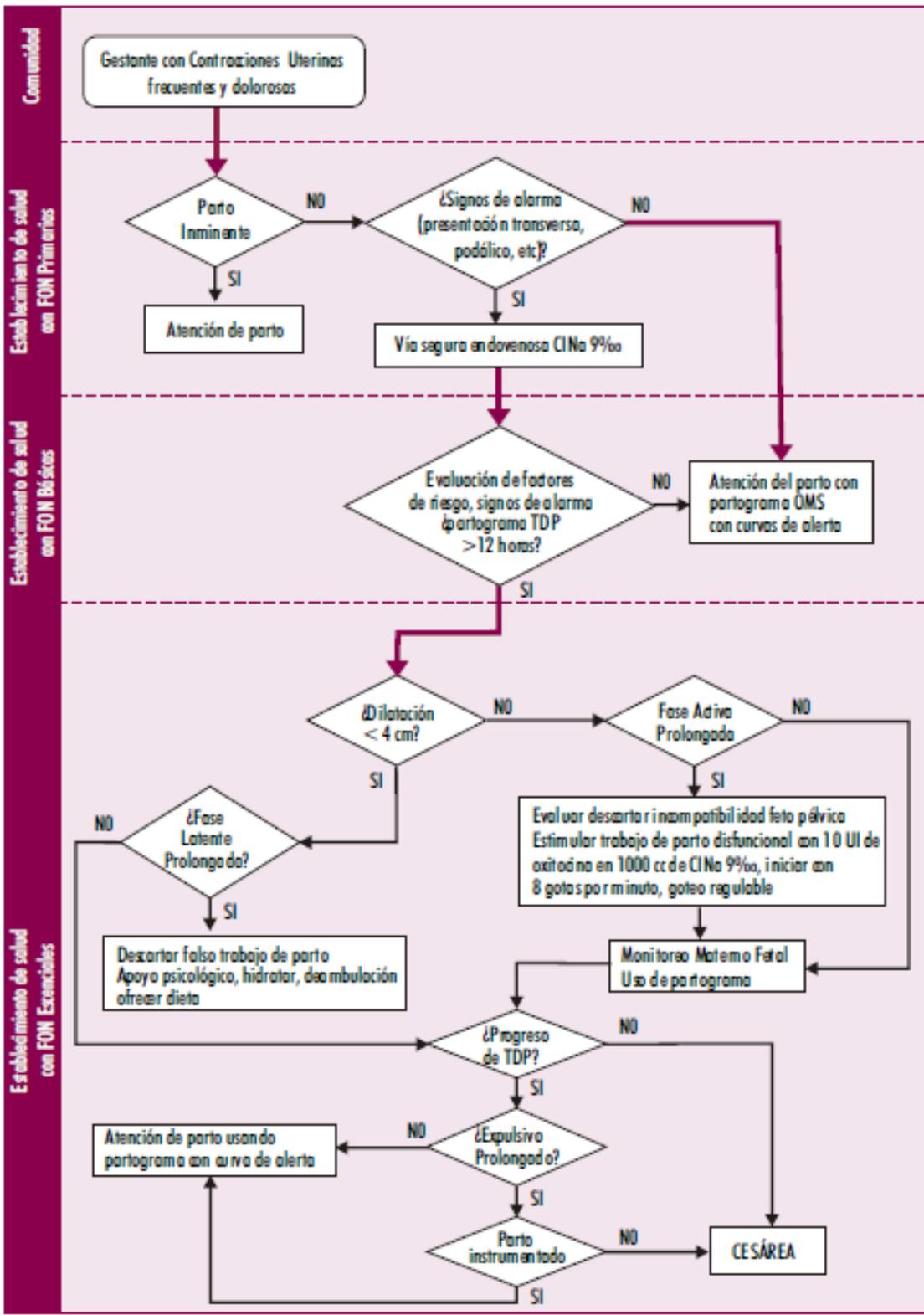
Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales: FONE (Categorías II-1, II-2)

Todo parto distócico con prolongación del tiempo debe atenderse en este nivel.

El nivel FONE debe resolver el caso según lo indicado en el manejo en la presente guía.

X. FLUXOGRAMA (Ver fluxograma Alteraciones en el trabajo de parto)

ALTERACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO



INCOMPATIBILIDAD FETO PÉLVICA Y ESTRECHEZ PÉLVICA

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Desproporción fetopélvica:	O65.4
Estrechez Pélvica:	O65.2

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico. Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.

2. Etiología

- Malformaciones congénitas fetales.
- Desnutrición materna.
- Macrosomía fetal.
- Traumatismos o secuelas ortopédicas maternas.
- Diabetes.

3. Fisiopatología

La relación entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna no permite el pasaje del feto a través del canal pélvico, de producirse es previsible la presentación de lesiones en el feto y/o en la madre.

4. Aspectos epidemiológicos importantes

La talla corta de las mujeres, en especial de las zonas rurales, se relaciona con desnutrición, lo cual a su vez se puede acompañar de un desarrollo inadecuado de la pelvis.

Asimismo, la alta frecuencia de embarazo adolescente condiciona el parto en una mujer cuya pelvis no se ha desarrollado completamente.

La frecuencia es de hasta 8% de todas las cesáreas en el Perú.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. **Medio ambiente**
 - Considerar aquellas zonas con bajo desarrollo económico condicionantes de desnutrición.
2. **Estilos de vida**
 - Inicio precoz de la vida sexual sin protección.
3. **Factores hereditarios**
 - Diabetes.
 - Talla corta.
4. **Otros**
 - Gestantes añosas.
 - Altura uterina mayor de 35 cm.
 - Distocias en los partos anteriores.

IV. CUADRO CLÍNICO

- 1.- **Grupo de signos y síntomas relacionados con la patología**
 - Alteración detectable al examen obstétrico.
 - Falta de descenso de la presentación dentro de las últimas 2 semanas para las primerizas.
 - Falta de progresión del trabajo de parto, tanto en la fase activa como en el expulsivo.

V. DIAGNÓSTICO

1. **Criterios de diagnóstico**
 - a) **Pelvis estrecha**
Examen vaginal:
 - Promontorio tactable menor de 12 cm.
 - Curvatura sacrocoxígea con exostosis.
 - Diámetro biclático < 9.5 cm.
 - Diámetro bisquiático < 8 cm.
 - Angulo subpúbico < 90 gr.
 - b) **Desproporción céfalo-pélvica**
El principal signo es el trabajo de parto prolongado al que se agrega lo siguiente:

Examen obstétrico:

- Altura uterina > 35 cm.
- Ponderación fetal mayor de 4 kilos por examen clínico.
- Cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis que no se consigue proyectar dentro de la pelvis a la presión del fondo uterino.
- Moldeamiento 3 (sutura superpuesta y no reducible).
- Caput succedaneum.
- Regresión de la dilatación.
- Deflexión y asinclitismo de la cabeza fetal.
- Presentaciones mixtas.

Examen ecográfico-fetal

- Diámetro biparietal > 95 mm.
- Ponderado fetal > 4,000 gr.

2. Diagnóstico diferencial

- Compatibilidad feto-pélvica.
- Disfunción hipodinamia uterina.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De imágenes

- Ecografía fetal.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y preventivas

Generales:

- Identificación, captación, diagnóstico y referencia oportuna de las gestantes.
- Optimizar el sistema de referencia.
- Uso de partograma en todo trabajo de parto.

Preventivas:

- Mejorar la nutrición infantil de las niñas.
- Evitar el embarazo en adolescentes.
- Manejo adecuado de la diabetes en la gestación.

2. Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el tratamiento

El objetivo es el diagnóstico precoz para determinar oportunamente la vía del parto.

3. Signos de alarma

- Trabajo de parto prolongado.
- Hiperdinamia uterina.

- Signos de sufrimiento fetal.
 - Presentación del anillo de contracción uterina.
4. **Criterios de alta**
El alta se realizará al cabo de tres días de realizada la cesárea de no existir ninguna complicación.
5. **Pronóstico**
Favorable cuando la intervención es oportuna. En el caso de estrechez pélvica se someterá a cesárea electiva en los siguientes embarazos. En el caso de desproporción dependerá del desarrollo fetal.

VIII. COMPLICACIONES

Maternas

- Hemorragias por desgarros cervicales.
- Ruptura uterina.
- Lesión de partes blandas.

Neonatales

- Asfixia.
- Trauma obstétrico.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias: FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Referir a toda gestante en trabajo de parto al establecimiento con FONB.
- Atender el parto inminente.
- De darse el caso, referir al establecimiento con FONE a toda paciente que supere las 2 horas de expulsivo o éste tienda a prolongarse.
- Si la gestante presenta factores de riesgo o signos de alarma para desproporción feto pélvica, talla menor de 1.40 cm, referir antes de las 37 semanas al establecimiento con FONB.
- Considerar la posibilidad de alojamiento en casa de espera.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Evaluación general:

Ectoscopia, estado general, estado nutricional, peso, talla, funciones vitales.

- Evaluación obstétrica:
Determinación de la edad gestacional, altura uterina, ponderación fetal, situación, posición, presentación, dilatación, incorporación,

altura de presentación, variedad de posición y pelvimetría.

- Detección de factores de riesgo.
- Signos de alarma.
- Determinación de la hora probable de inicio de parto.
- Referencia de los casos de desproporción céfalo pélvica o estrechez a partir de las 37 semanas al nivel FONE. Considerar el alojamiento en la casa de espera.

**Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales:
FONE (Categorías II-1, II-2)**

- Confirmar los hallazgos encontrados en el nivel FONB.
- Solicitar los exámenes de laboratorio correspondientes.
- Realizar cesárea.

X. FLUXOGRAMA (Ver fluxograma Alteraciones en el trabajo de parto)