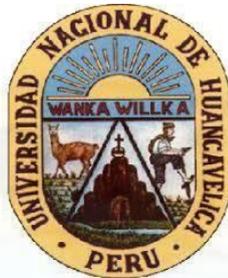


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**

(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**TESIS**

**CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS  
OBSTÉTRICAS EN EL DISTRITO DE PACUCHA –  
ANDAHUAYLAS, 2020**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
SALUD MATERNA PERINATAL**

**PRESENTADO POR:**

**OBSTETRA. ORTIZ QUISPE, FLOR MARIESEL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:  
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**APURIMAC – PERÚ**

**2021**

## ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a los veintisiete días del mes de abril a las 12:00 horas del año 2021 se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a):

### ORTIZ QUISPE FLOR MARIESEL

Siendo los Jurados Evaluadores:

**Presidentes** : Mg. TUEA SUSANA GURJTD OLIVARES  
**Secretaria** : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE  
**Vocal** : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

### CARACTERISTICAS DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS EN EL DISTRITO DE PACUCHA - ANDAHUAYLAS, 2020.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N°.....z.Z...!. ..... \*\*.\*..\* concluyendo a las 12:35 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a los sustentantes que suspendan la conectividad durante 15 minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD**.

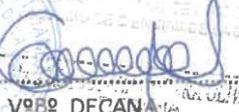
Observaciones:

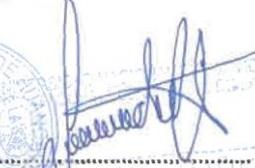
Ciudad de Huancavelica, 27 de abril del 2021

  
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre  
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman  
VOCAL

  
VOCAL DECANA

  
VOCAL EGRESADO

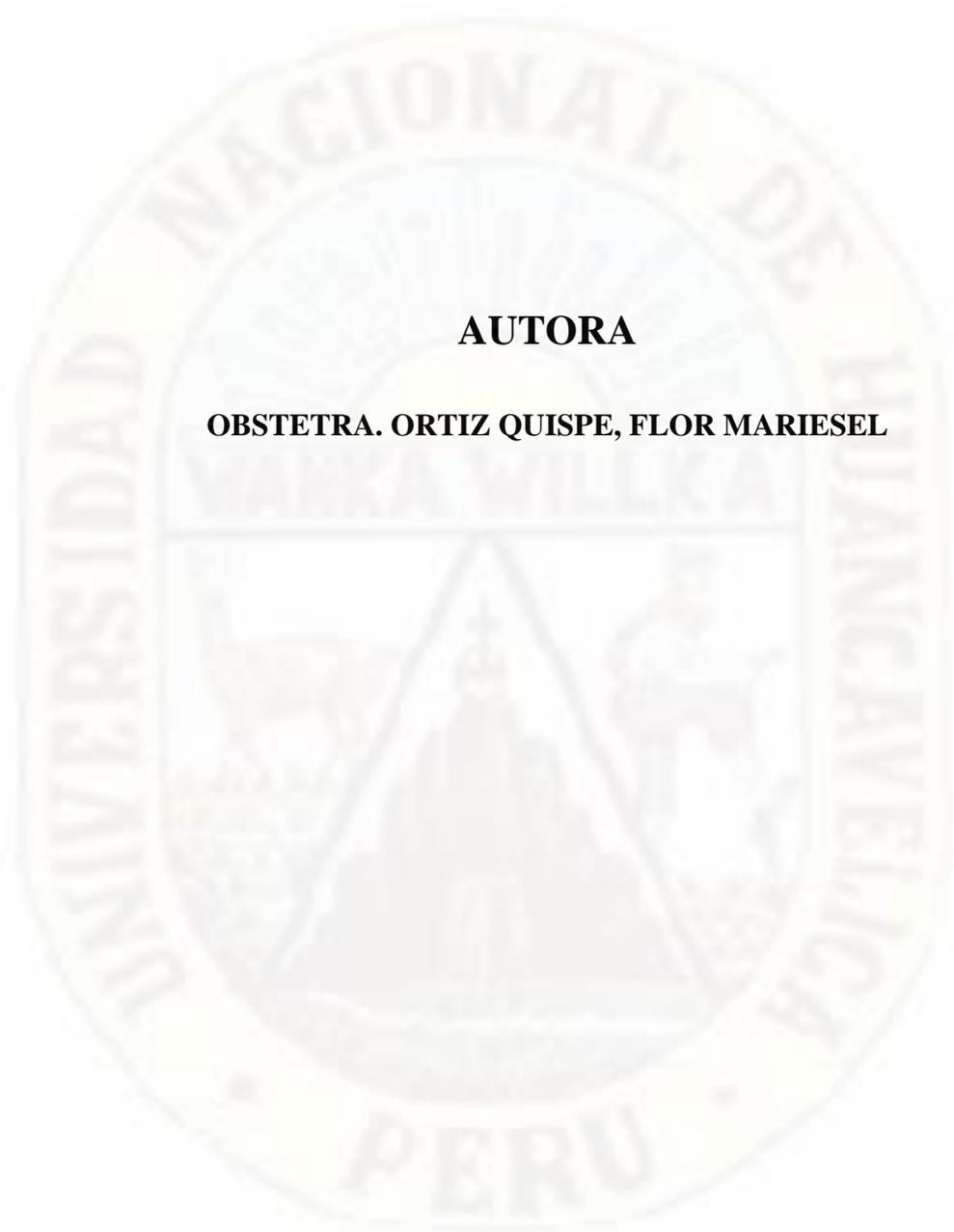


**ACTA DE SUSTENTACIÓN**



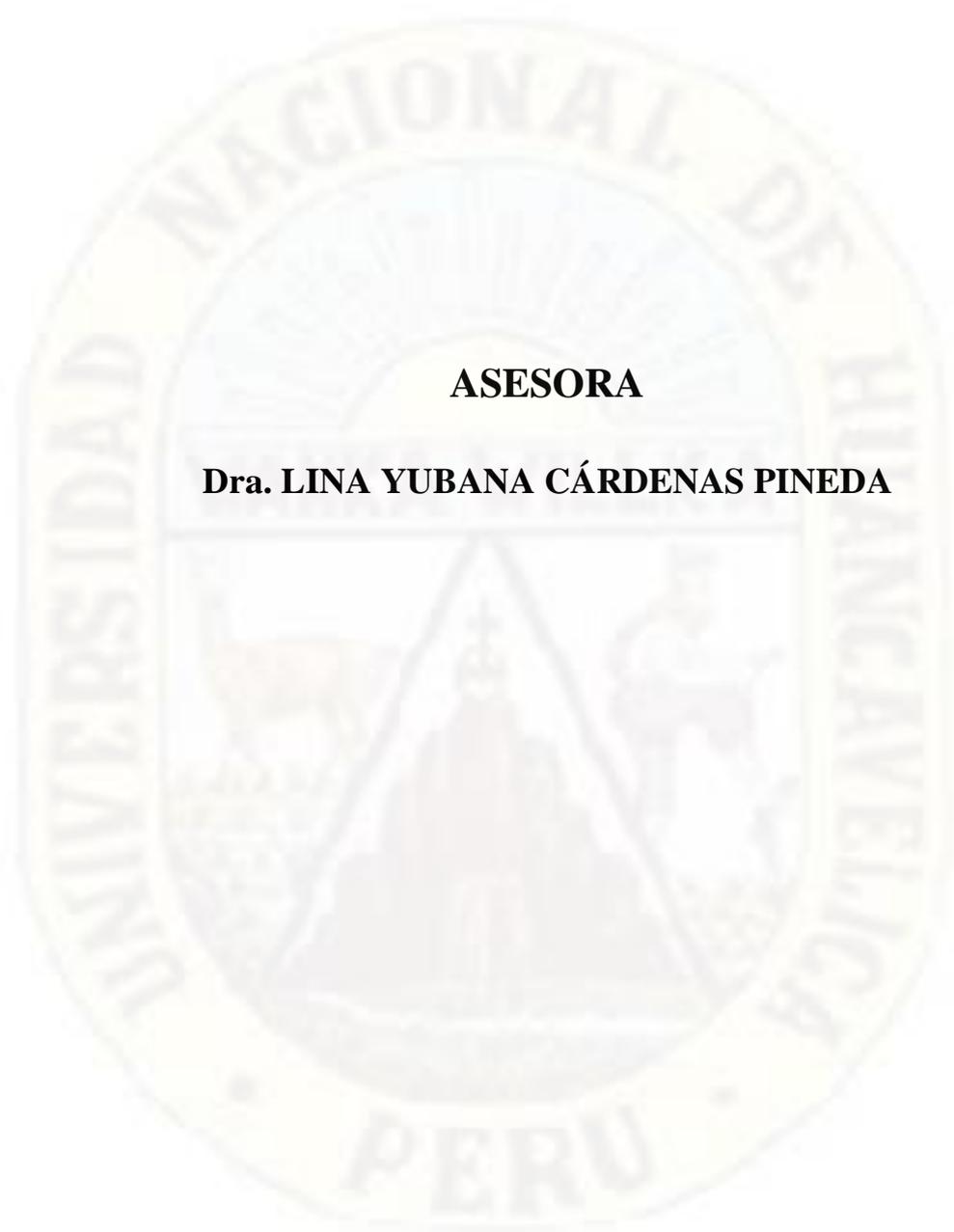
## **TÍTULO**

**CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS  
OBSTÉTRICAS EN EL DISTRITO DE PACUCHA – ANDAHUAYLAS, 2020**



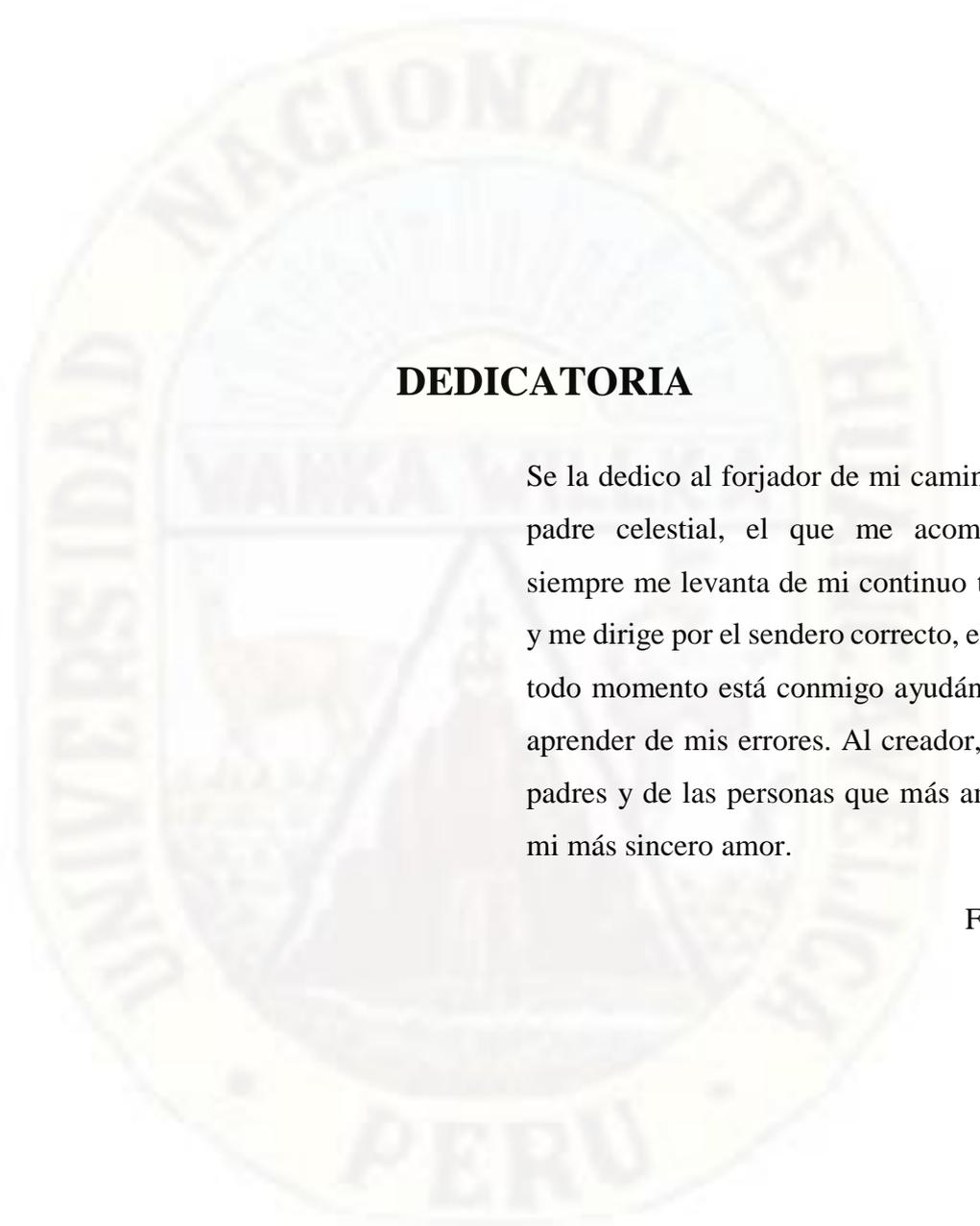
**AUTORA**

**OBSTETRA. ORTIZ QUISPE, FLOR MARIESEL**



**ASESORA**

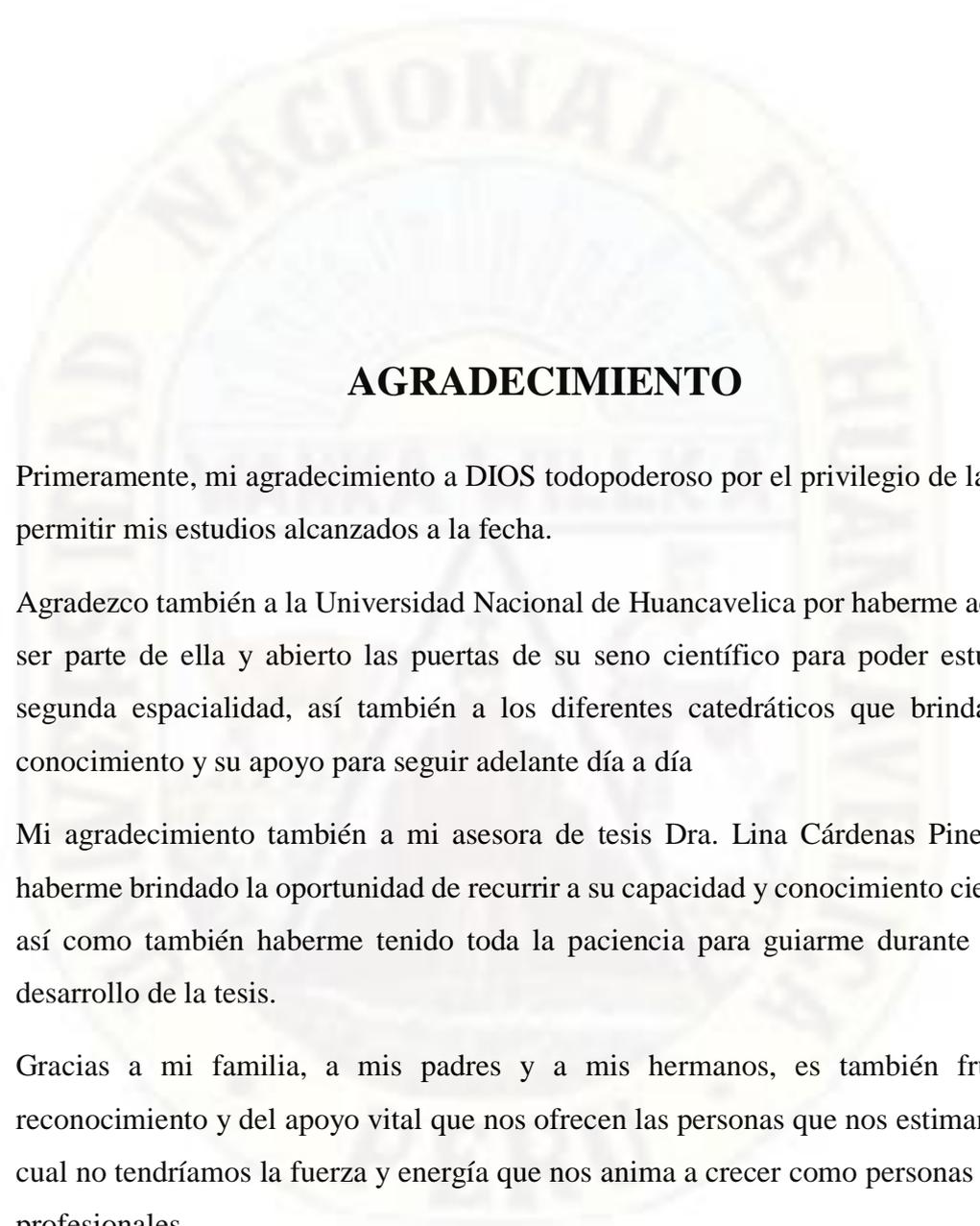
**Dra. LINA YUBANA CÁRDENAS PINEDA**



## **DEDICATORIA**

Se la dedico al forjador de mi camino, a mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo y me dirige por el sendero correcto, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores. Al creador, de mis padres y de las personas que más amo, con mi más sincero amor.

Flor



## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, mi agradecimiento a DIOS todopoderoso por el privilegio de la vida y permitir mis estudios alcanzados a la fecha.

Agradezco también a la Universidad Nacional de Huancavelica por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar la segunda especialidad, así también a los diferentes catedráticos que brindaron su conocimiento y su apoyo para seguir adelante día a día

Mi agradecimiento también a mi asesora de tesis Dra. Lina Cárdenas Pineda, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Gracias a mi familia, a mis padres y a mis hermanos, es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

*FLOR*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|  |             |
|--|-------------|
| <b>PORTADA</b> .....                             | <b>i</b>    |
| <b>ACTA DE SUSTENTACIÓN</b> .....                | <b>ii</b>   |
| <b>TÍTULO</b> .....                              | <b>iii</b>  |
| <b>AUTORA</b> .....                              | <b>iv</b>   |
| <b>ASESORA</b> .....                             | <b>v</b>    |
| <b>DEDICATORIA</b> .....                         | <b>vi</b>   |
| <b>AGRADECIMIENTO</b> .....                      | <b>vii</b>  |
| <b>ÍNDICE DE TABLA</b> .....                     | <b>x</b>    |
| <b>RESUMEN</b> .....                             | <b>xi</b>   |
| <b>ABSTRACT</b> .....                            | <b>xii</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....                        | <b>xiii</b> |
| <b>CAPÍTULO I</b> .....                          | <b>14</b>   |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....          | <b>14</b>   |
| 1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 14          |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....              | 16          |
| 1.3. OBJETIVOS.....                              | 16          |
| 1.3.1. Objetivo general .....                    | 16          |
| 1.3.2. Objetivos específicos.....                | 16          |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN.....                          | 17          |
| 1.5. LIMITACIONES .....                          | 17          |
| <b>CAPÍTULO II</b> .....                         | <b>18</b>   |
| <b>MARCO TEÓRICO</b> .....                       | <b>18</b>   |
| 2.1. ANTECEDENTES.....                           | 18          |
| 2.2. BASES TEÓRICAS .....                        | 21          |
| 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....                | 30          |
| 2.4. HIPÓTESIS .....                             | 31          |
| 2.5. VARIABLE.....                               | 31          |
| 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....       | 32          |
| <b>CAPÍTULO III</b> .....                        | <b>34</b>   |
| <b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....     | <b>34</b>   |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| 3.1.  | ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL.....                    | 34        |
| 3.2.  | TIPO DE INVESTIGACIÓN.....                         | 35        |
| 3.3.  | NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....                       | 35        |
| 3.4.  | DISEÑO DE INVESTIGACION.....                       | 35        |
| 3.5.  | POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....                 | 35        |
| 3.6.  | INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.   | 36        |
| 3.7.  | TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS..... | 36        |
| <b>CAPÍTULO IV .....</b>                    |  | <b>37</b> |
| <b>PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b> |  | <b>37</b> |
| <b>DISCUSIÓN.....</b>                       |  | <b>43</b> |
| <b>CONCLUSIÓN.....</b>                      |  | <b>46</b> |
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>                 |  | <b>47</b> |
| <b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>       |  | <b>48</b> |
| <b>APÉNDICES.....</b>                       |  | <b>51</b> |



## ÍNDICE DE TABLA

|         |  |    |
|---------|--|----|
| Tabla 1 | Características sociodemográficas de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020. | 38 |
| Tabla 2 | Características obstétricas de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.       | 39 |
| Tabla 3 | Acceso a la atención de la emergencia en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.   | 40 |
| Tabla 4 | Principales patologías que fueron causa de emergencia en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.                                   | 41 |
| Tabla 5 | Evolución de las pacientes atendidas por emergencia obstétrica en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.                          | 42 |

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020. **Metodología:** investigación observacional, retrospectivo, transversal, en 60 pacientes que se atendieron por emergencia obstétrica. **Resultados:** edad entre 20 a 34 años (61.67%), 20% se presentó en la edad extrema y 18.33% en adolescente, el 78.33% tienen un nivel de instrucción secundaria, el 96.67% proceden de zona rural, el 83,33% son convivientes o casadas. Las emergencias se presentaron en el tercer trimestre 56,67%, en el primer trimestre el 30%; el 26.67% fueron nulíparas, el 28.33% primíparas y el 41% multíparas, del 43.33% la emergencia se presentó en su casa, y el 31.67% en el mismo establecimiento, el 56.67% se trasladó caminando, el 21.67% en ambulancia y el 21.67% en auto particular. El tiempo transcurrido de la aparición de la emergencia y obtener una atención fue en el 66.67% menos de una hora, el 18.33% demoró de una a dos horas y el 15 % demoró más de dos hasta 9 horas. Las principales patologías atendidas en las emergencias fueron aborto 20%, embarazo postérmino 15%, complicaciones posparto 13.33%, trastornos hipertensivos 11,67%, alteraciones de la salud fetal 11-67%, amenaza de parto pretérmino 10%, complicaciones en el puerperio 8.33%; el 96.67% de las referencias se estabilizó y se refirió a un segundo nivel. **Conclusión:** el distrito de Pacucha cuenta con un establecimiento que estabiliza las emergencias y refiere, del 15% de los pacientes se requiere mejorar el acceso, se debe ampliar su capacidad resolutive al centro de salud de Pacucha.

**Palabras clave:** emergencia obstétrica, accesibilidad, gestante, puérpera.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the characteristics of obstetric emergency care in the district of Pacucha-Andahuaylas, 2020. **Methodology:** observational, retrospective, cross-sectional research in 60 patients who were treated for obstetric emergency. **Results:** age between 20 to 34 years (61.67%), 20% were presented in extreme age and 18.33% were in adolescence, 78.33% have a high school education level, 96.67% come from rural areas, 83.33% are cohabiting partners or spouses. Emergencies occurred in the third trimester 56.67%, in the first trimester 30%; 26.67% were nulliparous, 28.33% were primiparous and 41% were multiparous, from 43.33% of the patients the emergency occurred at home, and 31.67% in the same establishment, 56.67% moved on foot, 21.67% in the ambulance and the 21.67% in a private car. The time elapsed between the appearance of the emergency and getting care was in 66.67% less than one hour, 18.33% took between one and two hours, and 15% took between more than two to nine hours. The main pathologies treated in the emergencies were abortion 20%, postpartum pregnancy 15%, postpartum complications 13.33%, hypertensive disorders 11.67%, alterations in fetal health 11.67%, threat of preterm birth 10%, complications in the puerperium 8.33%; 96.67% of the referrals were stabilized and referred to a second level. **Conclusion:** the district of Pacucha has an establishment that stabilizes emergencies and refers, of 15% of the patients it is required to improve the access, its resolution capacity should be expanded in the Pacucha health center.

**Keywords:** obstetric emergency, accessibility, pregnant, puerperal.

## INTRODUCCIÓN

El Perú, había experimentado un descenso del 42%, sin embargo, las restricciones y el temor a buscar una atención ha incrementado la mortalidad materna en todo el país, como siempre los más afectados son las mujeres de escasos recursos económicos y de las zonas rurales.

Frente a esta necesidad es importante revisar nuestro trabajo cotidiano con la finalidad de analizar si nos encontramos en condiciones de responder a las emergencias obstétricas, asimismo evaluar para direccionar nuestra gestión e intervención focalizando los puntos más críticos.

La sobrevivencia de las mujeres depende de un equipo sólido en todos los niveles de atención e interconectados coordinadamente.

La mejor forma de evitar las muertes maternas es adelantarnos a los hechos y trabajar en la prevención y la atención oportuna y de calidad de las emergencias, esto puede cumplirse mejor si conocemos, las características de la población que atendemos, el acceso de nuestra población a los servicios que ofertamos, la capacidad de respuesta y las morbilidades que se encuentra. Datos importantes para dotar de recursos al establecimiento de salud y crear estrategias de intervención con participación de la comunidad organizada.

Por ello ponemos a su disposición los resultados obtenidos, a los decisores locales y regionales, en el presente informe de tesis que consta de cuatro capítulos: planteamiento de problema, marco teórico, metodología y resultados de investigación. Esperemos que sea usado para el fin que persigue tanto en la gestión de la salud y el ámbito académico.

La autora

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es un índice sensible de emergencia mundial, pues su elevada tasa se traduce como inequidad, falta de acceso a los servicios de salud y deficiente calidad en la atención obstétrica (1).

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2015 se registraron en el mundo cerca de 303,000 muertes por complicaciones del embarazo o puerperio; siendo la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de tan solo 12 por 100 000 nacidos vivos (2).

En el Perú, se redujo sustancialmente la mortalidad materna en un 46.3%, durante el periodo 2000 – 2016. Por otro lado, la razón de mortalidad materna en el 2015 fue de 68 x 100,000 nacidos vivos, lo que corresponde a un descenso del 75% en comparación a años anteriores; sin embargo, para el año 2017 la razón de mortalidad materna en el Perú fue de 79 x 100,000 nacidos vivos, lo cual significa que el comportamiento del descenso de la mortalidad materna es inestable, y a su vez nos indica que aún no se ha atacado el fondo del problema (3).

Las emergencias obstétricas pueden afectar significativamente el resultado del embarazo, parto y puerperio; donde, la mayoría de estas emergencias aparecen durante la gestación, en proceso del parto y aun el puerperio es un periodo muy sensible. La ventaja que tenemos frente a este problema es que la mayoría son prevenibles y otros con diagnóstico oportuno puede ser controlado, evitando las complicaciones que resultan en morbilidades crónicas y muchas veces en muerte. En este sentido, la atención obstétrica de emergencia es una intervención fundamental y debe estar disponible y accesible para todas las mujeres y las 24 horas, lo que a su vez implica tener personal capacitado, equipos, medicamentos y suministros a fin de reducir la mortalidad y morbilidad materna, por las causas más frecuentes, que son: hemorragia, sepsis, eclampsia, parto obstruido y complicaciones del aborto (4,5).

El protocolo de atención de primer contacto en una emergencia obstétrica tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o la viabilidad de un órgano dentro de un lapso terapéutico; debido a ello, el área emergencia obstétrica y sus departamentos subalternos desarrollaron un perfil epidemiológico de las pacientes que arriben con la definición operativa de emergencia obstétrica o urgencia obstétrica (6).

En el Perú se ha empleado diversas estrategias para la reducción de la morbi-mortalidad materna, desde la disminución de los cuatro momentos de demora en la atención, hasta mejorar todos los procesos de atención de las emergencias obstétricas, que a su vez implica una atención oportuna y de calidad. Para ello es necesario que los establecimientos de salud estén implementados de acuerdo al perfil epidemiológico que mayormente atienden, y a su vez, los equipos de emergencia no solo deben centrarse en los hallazgos patológicos causados directamente por el embarazo, sino también en las amenazas para la salud que evolucionan de manera coincidente con el parto.

Descrita las líneas anteriores, se hizo necesario conocer las características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, a fin de mejorar y condicionar los servicios de acuerdo a la demanda.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar las características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.
- Determinar las características obstétricas de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.
- Determinar el acceso a la atención de la emergencia en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.
- Determinar las principales patologías que fueron causa de emergencia en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.
- Determinar la evolución de las pacientes atendidas por emergencia obstétrica en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.

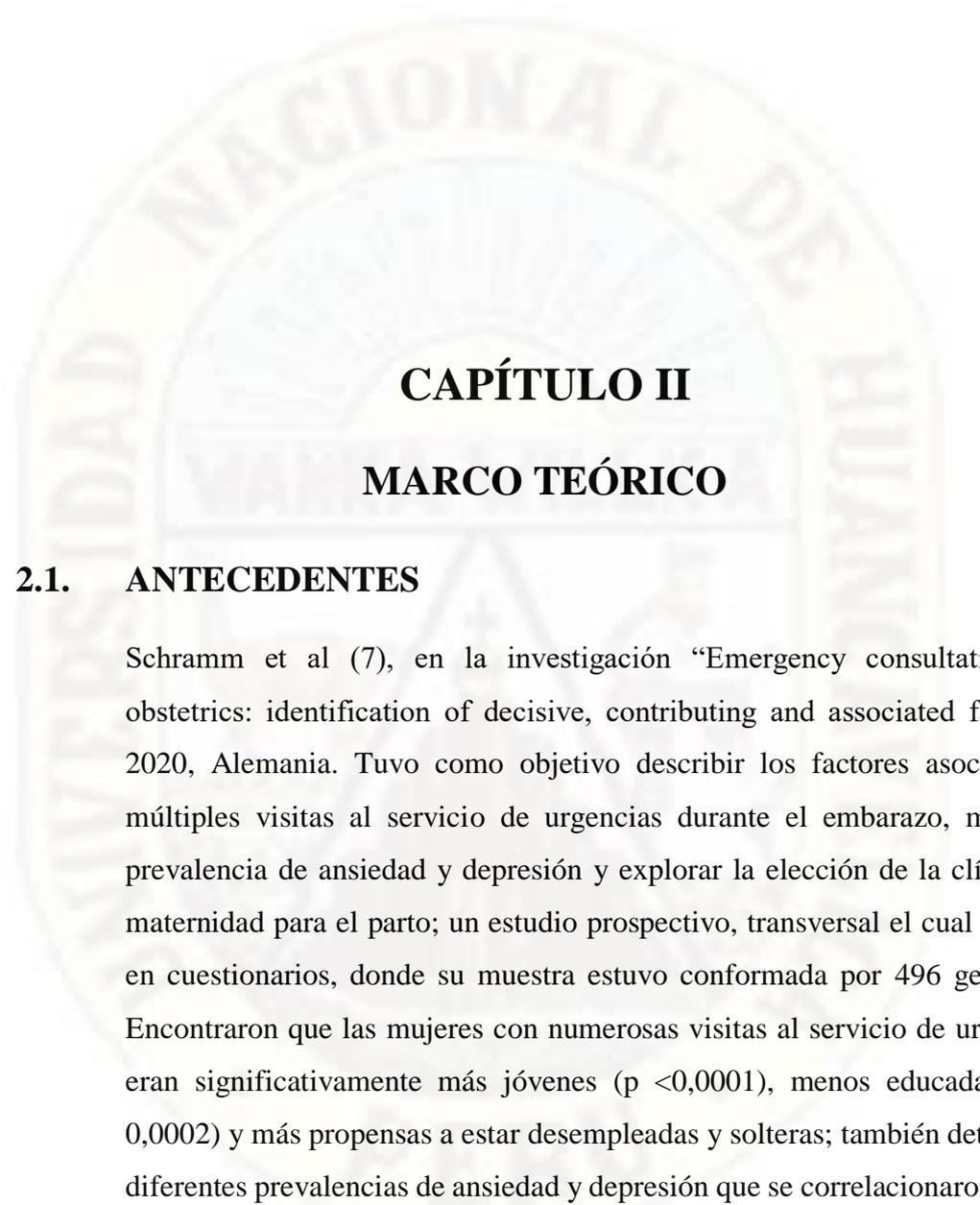
#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La reducción de la mortalidad y morbilidad materna-neonatal a nivel mundial sigue siendo una prioridad para la agenda de salud y desarrollo. El presente estudio contribuye al diseño y la validación de protocolos de abordaje de emergencia obstétrica, lo cual nos permite mejorar el empleo de recursos humanos, materiales y administrativos, a la vez identificar el momento oportuno para aplicar cada uno de ellos.

Así mismo, nos permite mejorar y condicionar los servicios de acuerdo a la demanda, y con ello optimizar los índices de sobrevivencia, así como disminuir la tasa de complicaciones, que en algunos casos son crónicas, elevando de esta forma la calidad de la atención y promoviendo el bienestar social.

#### **1.5. LIMITACIONES**

No se ha encontrado ninguna limitación.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

Schramm et al (7), en la investigación “Emergency consultations in obstetrics: identification of decisive, contributing and associated factors”, 2020, Alemania. Tuvo como objetivo describir los factores asociados a múltiples visitas al servicio de urgencias durante el embarazo, medir la prevalencia de ansiedad y depresión y explorar la elección de la clínica de maternidad para el parto; un estudio prospectivo, transversal el cual se basó en cuestionarios, donde su muestra estuvo conformada por 496 gestantes. Encontraron que las mujeres con numerosas visitas al servicio de urgencias eran significativamente más jóvenes ( $p < 0,0001$ ), menos educadas ( $p = 0,0002$ ) y más propensas a estar desempleadas y solteras; también detectaron diferentes prevalencias de ansiedad y depresión que se correlacionaron con el número de visitas al servicio de urgencias, aunque cada una mostró solo tamaños de efecto bajos (0,024 resp. 0,015). Llegaron a la conclusión que las mujeres embarazadas que acuden a urgencias con mayor frecuencia podrían beneficiarse de educación sanitaria, intervenciones psicosomáticas y apoyo social para superar su depresión y ansiedad y evitar consultas no urgentes en urgencias.

Álvarez et al (8) en su artículo “Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave” en La Habana, después de hacer un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en todas las mujeres que presentaron morbilidad materna extremadamente, desde enero hasta junio del año 2009. realizó un estudio retrospectivo, transversal, en 46 gestantes. Resultados: edad promedio de 28 años, el 89,1 % de las gestantes presentaron riesgo, con mayor frecuencia se presentó la hipertensión arterial, el asma, la diabetes mellitus y la sepsis de origen urinaria. Llegaron a concluir La morbilidad materna extremadamente grave ocurrió con mayor frecuencia después del parto. Según los criterios de inclusión, las causas de mayor ocurrencia fueron las relacionadas con el manejo instaurado al paciente (cirugía, UCI, transfusión) y la enfermedad específica (shock séptico e hipovolémico).

Quispe y Oyola (9). En su tesis “Características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2015 – 2017”. Tuvo como objetivo identificar las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo: un estudio descriptivo simple. Encontró que, los tipos de emergencias obstétricas registrados fueron: shock hipovolémico 45.5%, síndrome de HELLP 22.7%, Eclampsia 19.9% y Shock séptico 11.9%. Así mismo, dentro de las características epidemiológicas encontró, que el 34.5% presentan una edad de 26 a 35 años; con una media de 27.6 años; el 80.2% eran convivientes, el 63.8% tuvo un promedio de 3.3 atenciones prenatales y según los antecedentes obstétricos, el 25.4% registró abortos, el 28.4% tuvo antecedentes recién nacidos pretérmino. Por otro lado, Según las características clínicas el 66.7% ingreso estable al hospital, el 63.8% tuvo parto por cesárea, el 46.3% ingreso a UCIM, el 51.4% tuvo una evolución favorable, la media de la estancia hospitalaria fue  $\pm 6.3$  con una desviación estándar de  $\pm 5.2$  días y el 59.3% registró una condición de alta sana.

Contreras et al (10), en su investigación “Principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstetrica del HRHVM, Huánuco abril- setiembre 2016”. Tuvo como objetivo determinar cuáles son las principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica; un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, donde su muestra estuvo conformada por 1280 pacientes. Encontró que, la edad promedio fue de 20 a 24 años con un 28%, así mismo, el 54% fueron convivientes. En relación al grado de instrucción, el 57% tuvo nivel secundario, el 61% se encontraba en las zonas rurales y el 69% fueron las amas de casa. Por otro lado, en cuanto al tratamiento que recibieron las pacientes en el servicio, el 80% fueron hospitalizadas, así mismo, encontró que dentro de las patologías que más prevalecieron, fueron pacientes que presentaron cesareada anterior en trabajo de parto, aborto incompleto, pre eclampsia leve y amenaza de aborto.

Martínez (11), en su tesis “Perfil de las emergencias obstétricas en el Centro de Salud de Chilca, Junin-2017”. Tuvo como determinar el perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017, un estudio descriptivo simple y retrospectivo; donde su población estuvo conformada por 349 y por muestreo aleatorio simple se determinó como muestra a 184. Encontró que, la edad predominante fue entre 20 a 34 años (70.65%), el grado de instrucción básico fue secundaria con el 50.54%, así mismo, el 58.15% procedieron de zona rural y la mayoría fueron convivientes con el 77.72%. En cuanto al perfil obstétrico, encontraron que la mayoría tuvo de 1 a 2 embarazos, lo que represento el 47.83% y 30.98%. Por otro lado, dentro de las diez primeras complicaciones que encontró, fueron: preeclampsia con un 21.74%, ruptura prematura de membranas con un 10.33%, desproporción céfalo pélvica con un 9.78%, complicaciones del trabajo de parto con un 9.78%, abortos con un 8.70%, hemorragia posparto con un 8.15%, hemorragias del tercer trimestre con un 7.61%, sufrimiento fetal agudo con un 5.98%, amenaza de parto pretérmino con un 4.89%, y cesareada anterior en trabajo de parto con un 4,35%. También encontraron

que, el 66.30% de las complicaciones ocurrieron entre las 37 a 40 semanas del embarazo, mientras que en el puerperio fue poco frecuente. Llego a la conclusión, que las usuarias se encuentran en edad reproductiva, tienen grado de instrucción básica, proceden de zona rural y son convivientes, tiene de 1 a 2 embarazos.

## 2.2. BASES TEÓRICAS

### EMERGENCIAS

- **Emergencia médica y/o quirúrgica:** es toda Condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas en el paciente (12).
- **Servicio de emergencia:** es la unidad funcional encargada de brindar atención médico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida o salud se encuentre en situación de emergencia, y que de acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños (12).
- **Triaje:** área del servicio de emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que el caso amerita (12).

### EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

La emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata (13).

## CAUSAS DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

- **Hemorragias obstétricas:** De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto (HPP) (14).
  - **Hemorragias anteparto:** Es el sangrado vaginal que ocurre durante la gestación, a consecuencia de diversas patologías, estos se dividen en: hemorragias de la primera mitad del embarazo y hemorragias de la segunda mitad del embarazo (15).
    - **Hemorragias de la primera mitad del embarazo:** son un conjunto de complicaciones obstétricas caracterizada por pérdida hemática de origen uterino antes de la semana 20-22 semanas de gestación., que puede ser acompañado, de dolor abdominal, fiebre y otros signos según la etiología (16).
      - Aborto: es la interrupción de la gestación, 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. Puede ser precoz cuando ocurre antes de la semana 12 o tardío cuando ocurre en la 12 y la 22; a su vez, puede ser espontáneo o inducido. Es la complicación más frecuente de la gestación y aunque su incidencia es difícil de estimar, se aceptan cifras en torno al 10-15%. Esta incidencia aumenta con el aumento de edad de los progenitores, y disminuye según progresa el embarazo (a mayor edad de gestación) (15,17).
      - Embarazo ectópico: es aquella implantación del óvulo fecundado que se produce fuera de la cavidad endometrial. Su frecuencia oscila entre el 1-2% aunque ha ido aumentando en los últimos años; sin embargo, su mortalidad ha descendido. Puede ser complicado cuando

se rompe u origina hemorragia, y no complicado en el caso contrario (15,17).

- Enfermedad trofoblástica gestacional: es un conjunto de enfermedades interrelacionadas y cuyas características comunes incluyen hiperplasia del trofoblasto y un marcado aumento de  $\beta$ -HCG. El diagnóstico y tratamiento se basan en las características clínicas, la alteración en la regresión de la curva de  $\beta$ -HCG y datos ecográficos y radiográficos, aun sin disponer de un diagnóstico histológico preciso (15,17).
- **Hemorragias de la segunda mitad del embarazo:** sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto (16).
- Placenta previa: es la implantación anormal de la placenta por carencia de superficie inadecuada en el fondo uterino, su incidencia es de 1 por cada 200 embarazos y es la causa más frecuente de hemorragia en el tercer trimestre (15,17).
- Desprendimiento de placenta normoinserta: consiste en la separación total o parcial de una placenta normalmente inserta en la pared uterina. Es la segunda causa más frecuente de hemorragia en la segunda mitad del embarazo; tiene una incidencia de 1 de cada 120 partos (15,17).
- Ruptura uterina: es la ruptura de las fibras musculares del útero sujeto a estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión (15,17).
- Vasa previa: consiste en una hemorragia de origen fetal que se origina al producirse la rotura de la bolsa

(espontánea o artificial), ya que el cordón umbilical esta insertado en las membranas en lugar del centro de la placenta, lo cual ocasiona un sufrimiento fetal agudo secundario a la anemia con una mortalidad fetal muy elevada (75%), contrastando con un buen estado materno (15,17).

○ **Hemorragias post parto:** es la pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea. Se presenta hasta en el 10% de los partos y es la primera causa de muerte materna en el Perú (16).

▪ **Precoz:** primeras 24 horas

- Atonía uterina (50 a 60%): se produce porque el miometrio no se contrae, causando una hemorragia abundante al comprimir el fondo uterino. Los factores predisponentes son la manipulación uterina excesiva, el parto prolongado o precipitado, sobredistensión uterina, multiparidad, anestesia general, malformaciones uterinas, empleo de oxitocina, distensión vesical, abrupcio placentae y placenta previa (18).
- Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%): el diagnostico se basa en el sangrado continuo con útero contraído (18).
- Retención de restos ovulares (10%): su presencia es más frecuente en placentas con algún grado de acretismo, pero también puede verse en el caso de placentas con cotiledones aberrantes o en el cierre precoz del cuello uterino antes de haberse producido el alumbramiento. Su diagnóstico se basa en la sub involución uterina y placenta incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares) (16,18).

- Inversión uterina: consiste en el prolapso del fondo uterino a través del cérvix debido a una excesiva tracción del cordón umbilical antes del alumbramiento (15).
- **Tardío:** entre las 24 horas y la 6ta. Semana; la causa más frecuente es la retención de restos placentarios. Se diagnostica por la exploración (cuello entreabierto con útero subinvolucionado), ecografía y analítica (17).
- **Trastornos hipertensivos:** se da en el 1-5% de la población, siendo más frecuente en primíparas, multíparas añosas y en la raza negra. Se da por una implantación placentaria inadecuada, lo cual desencadena la producción de factores citotóxicos que producen una disfunción endotelial y plaquetaria con vasoespasmo generalizado (15).

Clasificación:

- **Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE):** es la aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación.
  - **Preeclampsia:** es aquella que se desarrolla durante el embarazo después de la semana 20, y que no se prolonga más allá de la semana 12 posparto. Se conoce como preeclampsia a la asociación de hipertensión arterial (definida por un aumento de 30 mmHg en la toma sistólica y/o de 15 mmHg en la diastólica o cifras superiores a 140/90 si no se conocían las cifras tensionales previas) asociado a proteinuria (superior a 300 mg/24 horas o 30 mg/dl en muestras aisladas) y/o edemas. La preeclampsia se subclasifica en:
    - Preeclampsia leve o sin criterio de severidad: es aquella gestante hipertensa que presenta una presión sistólica menor a 160 y diastólica menor a 110mmHg, con proteinuria cuantitativa de una + (ácido sulfosalicílico) o dos ++ (tira reactiva), o con proteinuria cuantitativa

≥300 mg en orina de 24 horas y que presenta daño en otro órgano blanco.

- Preeclampsia severa o con criterio de severidad: es aquella que está asociada a uno de los siguientes criterios críticos: presión sistólica ≥ a 110 mm Hg, deterioro de la función hepática (concentración de enzimas hepáticas dos veces el valor normal, persistencia de dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio que no se controla con medicamentos, trombocitopenia 1,1 mm/dl, edema pulmonar o trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales (15).
  - **HTA crónica:** es aquella que existe previamente a la gestación o antes de la semana 20 de gestación (17).
  - **HTA crónica con preeclampsia sobreañadida:** aumento de tensiones previas en más de 30 mmHg de sistólica y/o en más de 15 mmHg la diastólica acompañada de proteinuria o compromiso de órgano blanco producido por la preeclampsia (15).
  - **Hipertensión transitoria:** consiste en elevación de la tensión arterial en las últimas semanas de gestación, parto o puerperio sin otros signos de preeclampsia (17).
- **Patología médica durante la gestación:**
  - **Hiperémesis gravídica:** se trata de una situación de vómitos intensos y continuos que impiden la alimentación de la gestante, ocasionando trastornos en el equilibrio hidroelectrolítico, deshidratación, pérdida del 5% o más de su peso e incluso, en estados avanzados, trastornos neurológicos (encefalopatía de Wernicke). Ocurre en un 3-5% de las gestantes, sobre todo en el primer trimestre (19).
  - **Infección del tracto urinario:** la frecuencia de bacteriuria asintomática durante el embarazo no difiere de la de una mujer no

gestante de la misma edad. Aunque el embarazo no favorezca su aparición, sí que agrava sus consecuencias y predispone a la progresión hasta un 35% de los casos a pielonefritis agudas. Por ello se, recomienda el cribado de todas las gestantes para la detección de la bacteriuria asintomática mediante cultivo de orina durante el primer trimestre (19).

- **Amenaza de parto pretérmino:** la amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático que, sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto después de la semana 22 y antes de las 37 semanas completas de gestación. Por otro lado, el parto pretérmino se define por una modificación cervical igual o superior a una dilatación de 2-3 cm y un borramiento del 70%, y dinámica regular (1 contracción cada 5 minutos) o una rotura prematura de membranas que acontece en una gestación antes de las 37 semanas.

Su etiología es desconocida en el 50% de los casos, y sus factores de riesgo son los siguientes: edades extremas, consumo de alcohol, cocaína, tabaco, déficits nutricionales, bajo nivel socioeconómico, infección vaginal, cervical o de líquido amniótico, polihidramnios, gestación múltiple, placenta previa, abrupcio placentae y rotura prematura de membranas (15,17,19).

- **Alteraciones del trabajo de parto:**
  - **Trabajo de parto prolongado:** es la 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.

Esto puede deberse a una desproporción céfalo pélvica, mala presentación o situación fetal, uso de sedantes uterinos, ayuno prolongado, distocias cervicales y de contracción, que va llevar a

la detención o enlentecimiento de la progresión del trabajo de parto, debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración (15).

- **Incompatibilidad feto pélvica:** es cuando existe 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. Algunas veces puede deberse a malformaciones congénitas fetales, desnutrición materna, macrostomia fetal, traumatismos o secuelas ortopédicas maternas, diabetes, esta desproporción no permite el pasaje del feto a través del canal pélvico, de producirse es predecible la presentación de lesiones en el feto y/o en la madre (15).

- **Parto podálico:** Constituyen el 3% de todas las presentaciones. Existen diferentes tipos:
  - Nalgas puras o simples (70%): Los muslos están flexionados sobre el tronco y las piernas extendidas.
  - Nalgas completas (pies y nalgas): Muslos flexionados sobre el tronco y piernas flexionadas sobre los muslos.
  - Nalgas incompletas (sólo un pie): El resto de presentaciones pelvianas.

El diagnóstico se realiza mediante el tacto vaginal y debe realizarse una ecografía abdominal. Antiguamente se realizaba un estudio radiológico para determinar el tipo de presentación y el grado de flexión de la cabeza fetal antes de aceptar un parto vaginal.

Existen una serie de maniobras para facilitar el parto una vez que ha salido el tronco: maniobra de Bracht (sirve para la extracción conjunta de hombros y cabeza), maniobra de Rojas (para extracción de los hombros), maniobra de Muller (para extracción

de los hombros) y maniobra de Mauriceau (para extracción de la cabeza introduciendo dos dedos en la boca fetal) (19).

- **Infección posparto y puerperal:** se diagnostica por la presencia de una temperatura igual o superior a 38 °C en dos registros de temperatura separados, excluyendo las primeras 24 horas. Afecta al 6% de las puérperas y supone 1/3 de la mortalidad materna de origen obstétrico y generalmente son infecciones polimicrobianas.

- **Endometritis:** Es la primera causa de fiebre en el posparto siendo la cesárea el factor más importante. Otros factores son la rotura prematura de membranas de más 12 horas de evolución, partos prolongados o instrumentados, corioamnionitis, anemia, carencias nutritivas, obesidad.

La clínica aparece entre el 2.º y 10.º día posparto con fiebre en picos, loquios malolientes, útero subinvolucionado, doloroso a la palpación y leucocitosis. En casos severos hipotensión y shock séptico. Es importante descartar una infección urinaria como diagnóstico diferencial (17,19).

- **Mastitis:** Es una infección mamaria que aparece hacia el 3-4 día del puerperio por fisuras en el pezón e infección por staphylococcus aureus procedente del neonato.

La clínica consiste en fiebre alta, mamas tensas, eritematosas, dolorosas y congestivas, linfangitis y adenopatías axilares, donde puede evolucionar a absceso y suele ser unilateral, más frecuente en primíparas (15).

## ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Los establecimientos de salud de acuerdo a su nivel de complejidad y categoría prestan los servicios a las emergencias obstétricas.

### Nivel y categoría de los establecimientos de salud

|                                  |   |                   |
|----------------------------------|---|-------------------|
| <b>PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>  |   | Categoría I – 1   |
|                                  |   | Categoría I – 2   |
|                                  |   | Categoría I – 3   |
|                                  |   | Categoría I – 4   |
| <b>SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN</b> | Establecimientos de salud de Atención General       | Categoría II – 1  |
|                                  |   | Categoría II – 2  |
|                                  | Establecimientos de Salud de Atención Especializada | Categoría II – E  |
| <b>TERCER NIVEL DE ATENCIÓN</b>  | Establecimiento de salud de Atención General        | Categoría III – 1 |
|                                  |   | Categoría III-E   |
|                                  | Establecimiento de salud de Atención Especializada  | Categoría III-2   |

**Fuente:** Encuesta de la investigación “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

El establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive del distrito de Pacucha es I – 4, a donde llega todas las emergencias, las que no pueden resolverse son derivadas al segundo nivel.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

#### **Embarazo**

Periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

#### **Puerperio**

Periodo que sigue a la expulsión del producto de la gestación, en el cual revierten los cambios anatomofisiológicos propios del embarazo.

#### **Emergencia obstétrica**

Estado que pone en peligro la vida de la mujer o del producto de la gestación durante la etapa grávido-puerperal, que requiere atención médica o quirúrgica inmediata por personal médico calificado.

### **Características de la atención de las emergencias obstétricas**

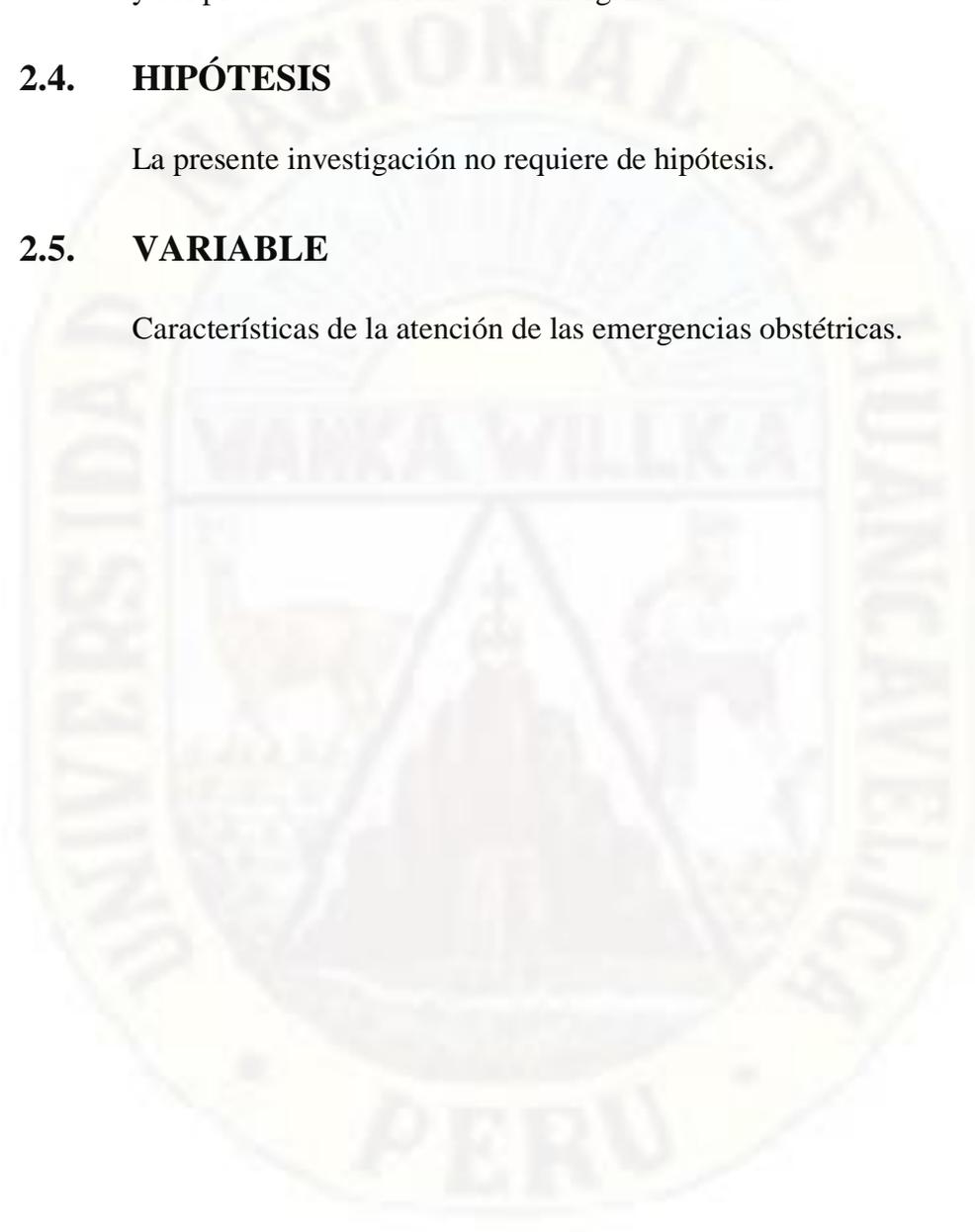
Son un conjunto de atributos y rasgos del paciente que presenta emergencia, y del proceso de atención de la emergencia obstétrica.

#### **2.4. HIPÓTESIS**

La presente investigación no requiere de hipótesis.

#### **2.5. VARIABLE**

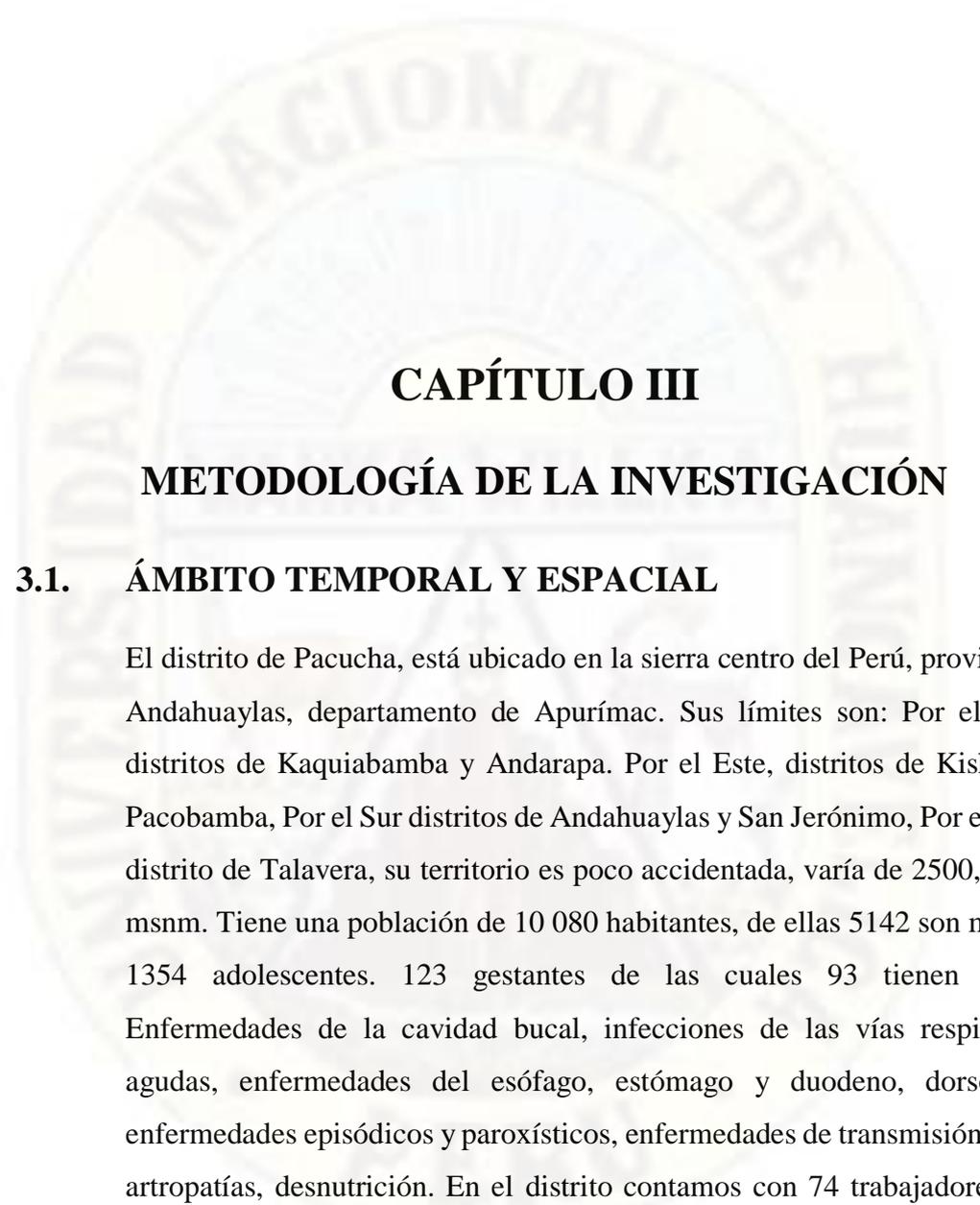
Características de la atención de las emergencias obstétricas.



## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable  | Definición Conceptual   | Definición Operacional   | Dimensión          | Indicadores                                   | Ítems  | Valor  | Nivel de Medición     |
|---|---|--|--------------------|---|--|--|-----------------------|
| Características de la atención de las emergencias obstétricas | Son los rasgos sociales, físicas, y de organización que tiene la persona. | Son un conjunto de atributos y rasgos del paciente que presenta emergencia, y del proceso de atención de la emergencia obstétrica. | Socio-demográficos | Grupo etario                                  | Grupo etario al que pertenece la gestante            | ≤ de 15 años (1)<br>16 a 19 años (2)<br>20 a 34 años (3)<br>≥ 35 años (4)      | Ordinal               |
|   |   |  |                    | Nivel de instrucción                          | Grado de instrucción de la gestante                  | Iletrada (1)<br>Primaria (2)<br>Secundaria (3)<br>Superior (4)                 | Ordinal               |
|   |   |  |                    | Lugar de procedencia                          | Lugar de procedencia de la gestante                  | Rural (1)<br>Urbano (2)  | Nominal               |
|   |   |  |                    | Estado civil                                  | Estado civil de la gestante                          | Soltera (1)<br>Casada/Conviviente (2)<br>Separada/ Divorciada (3)<br>Viuda (4) | Nominal               |
|   |   |  |                    | Semanas de embarazo, en caso de ser gestantes | Semanas de embarazo en la que presenta la emergencia |  | Cuantitativa discreta |
|   |   |  |                    | Días de puerperio en caso de ser puérpera     | Días posparto en caso de ser puérpera                |  |                       |
|   |   |  |                    | Número de embarazos                           | Número de embarazos incluido el actual               |  | Cuantitativa discreta |
|   |   |  |                    | Número de partos                              | Número de partos                                     |  | Cuantitativa discreta |

|  |  |                            |                                       |  |   |   |              |
|--|--|----------------------------|---------------------------------------|--|---|---|--------------|
|  |  |                            | Acceso a la atención de la emergencia | Lugar donde se desencadenó la emergencia | Donde se presentó la hemorragia                                     | Casa (1)<br>Otros establecimientos (2)<br>En el establecimiento (3) |              |
|  |  |                            |                                       | Medio Transporte                         | Transporte usado para llegar al Centro de Salud                     | Ambulancia<br>SAMU<br>PNP<br>Particular                             |              |
|  |  |                            |                                       | Tiempo de acceso al servicio de salud    | Horas promedio de identificado la emergencia a recibir una atención | Tiempo en horas   |              |
|  |  |                            |                                       | Patologías principales                   | Diagnóstico consignado en la hoja de emergencia.                    |   | Nominal      |
|  |  | Evolución de los pacientes | Destino de la paciente                | Cual fue el destino de la paciente       | Hospitalización referencia  |   | Nominal      |
|  |  |                            |                                       | Días de hospitalización                  | Cuantos días estuvo hospitalizado                                   | Tiempo de hospitalización en días                                   | Cuantitativo |



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL**

El distrito de Pacucha, está ubicado en la sierra centro del Perú, provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac. Sus límites son: Por el Norte, distritos de Kaquiabamba y Andarapa. Por el Este, distritos de Kishuará y Pacobamba, Por el Sur distritos de Andahuaylas y San Jerónimo, Por el Oeste, distrito de Talavera, su territorio es poco accidentada, varía de 2500, a 3200 msnm. Tiene una población de 10 080 habitantes, de ellas 5142 son mujeres, 1354 adolescentes. 123 gestantes de las cuales 93 tienen seguro. Enfermedades de la cavidad bucal, infecciones de las vías respiratorias agudas, enfermedades del esófago, estómago y duodeno, dorsopatías, enfermedades episódicos y paroxísticos, enfermedades de transmisión sexual, artropatías, desnutrición. En el distrito contamos con 74 trabajadores de la salud, de ellos 10son médicos, 12 son enfermeras y 12 obstetras, 8 odontólogos, 24 técnicos de enfermería. Dentro del distrito se cuenta con seis establecimientos del primer nivel, uno de categoría I – 4, tres establecimientos I – 2 y dos establecimientos I-1.

### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal (21). Fue observacional porque no se ha intervenido en los resultados, se ha dado de manera espontánea, es retrospectivo por que los datos se sacaron de fuentes secundarias y en un solo momento.

### 3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación fue descriptivo simple (22). Al ser una investigación observacional, nos remitimos a ver la variable en su estado natural, sin intervención alguna por ello declaramos que la investigación se encuentra en ese nivel.

### 3.4. DISEÑO DE INVESTIGACION

Fue un diseño descriptivo simple (23).

El diseño responde al siguiente esquema:

M        O

**Dónde:**

- M= Muestra; constituida por las gestantes que presentaron emergencias obstétricas
- O = Observación; Características de la atención de las emergencias obstétricas

### 3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

**Población:** estuvo constituida por todas las emergencias atendidas durante el año 2020, ascendiendo a 60 mujeres que fueron atendidos por alguna complicación del embarazo, parto o puerperio.

**Muestra y muestreo:**

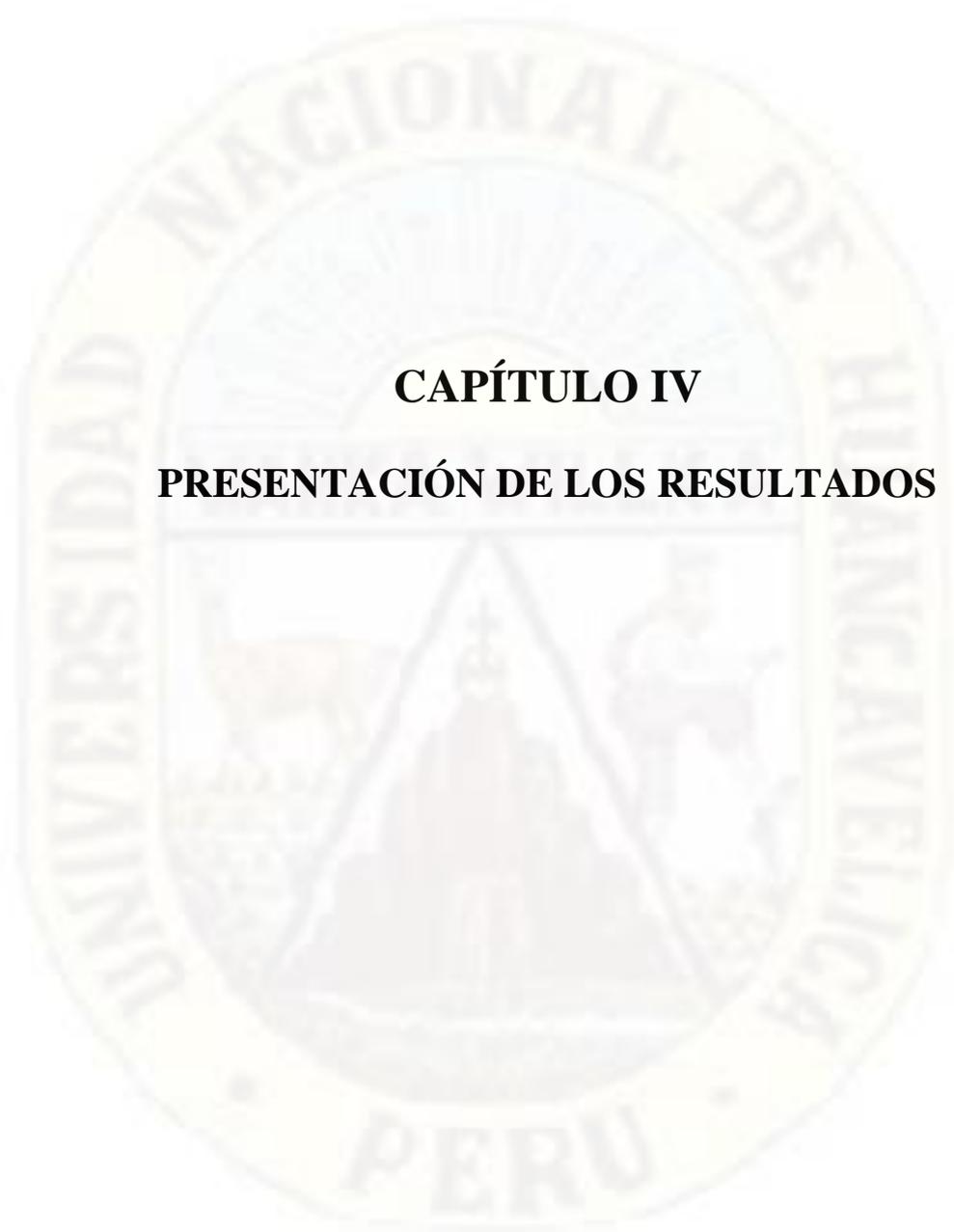
Muestra censal, por lo que no fue necesario por lo que se trabajó con toda la población.

### **3.6. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para identificar las características de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas, se empleó como instrumento la ficha de análisis documental, que nos sirvió para realizar el levantamiento de información de acuerdo a la variable, la técnica empleada fue de revisión documentaria.

### **3.7. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Para el proceso y análisis de datos se utilizó la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2010, se usó la estadística descriptiva para organizar las evidencias en tablas de una entrada. El cual se presenta dentro de los resultados.



## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Tabla 1 Características sociodemográficas de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.

| Características             | Gestante |       |
|-----------------------------|----------|-------|
|                             | N=60     | %     |
| <b>Edad</b>                 |          |       |
| 16 a 19 años                | 11       | 18.33 |
| 20 a 34 años                | 37       | 61.67 |
| ≥ 35 años                   | 12       | 20.00 |
| <b>Nivel de instrucción</b> |          |       |
| Primaria                    | 12       | 20.00 |
| Secundaria                  | 47       | 78.33 |
| Superior                    | 01       | 1.67  |
| <b>Procedencia</b>          |          |       |
| Rural                       | 58       | 96.67 |
| Urbano                      | 02       | 3.33  |
| <b>Estado civil</b>         |          |       |
| Soltera                     | 07       | 11.67 |
| Casada/conviviente          | 50       | 83.33 |
| Separada/divorciada         | 03       | 5.00  |

Fuente: Ficha de revisión documental de la tesis “Características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha – Andahuaylas, 2020.

En la tabla 01, del total de las mujeres que en el proceso reproductivo tuvieron complicaciones, el 61,67% tienen de 20 a 34 años, y el 20% fueron ≥ 35 años, y el 18.33% fueron adolescentes. El 78.33% tienen estudios secundarios, y el 20% nivel primario, el 96.68% proceden de zona rural, y solo un 3.33% de zona urbana, el 83.33% son casadas o convivientes, el 5% se encuentra separada o divorciada.

Tabla 2 Características obstétricas de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.

| Características            | Gestante |       |
|----------------------------|----------|-------|
|                            | N=60     | %     |
| <b>Semanas de embarazo</b> |          |       |
| Hasta 14 semanas           | 18       | 30.00 |
| De 15 a 27 semanas         | 03       | 5.00  |
| De 28 a más semanas        | 34       | 56.67 |
| En el puerperio            | 05       | 8.33  |
| <b>Paridad</b>             |          |       |
| Nulípara                   | 16       | 26.67 |
| Primípara                  | 17       | 28.33 |
| Múltipara                  | 25       | 41.67 |
| Gran múltipara             | 02       | 3.33  |

Fuente: Ficha de revisión documental de la tesis “Características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha – Andahuaylas, 2020.

En la tabla 02, las pacientes que usaron las emergencias obstétricas el 56.67% fueron de 28 semanas a más, el 30% fueron gestantes del primer trimestre y el 5% estaban en el segundo trimestre, por otro lado, se tuvo 5 púerperas que acudieron por emergencias, que corresponde al 8.33%. en cuanto a su paridad se tiene que el 41.67% son múltiparas, 28.33% primíparas, 26.67% nulíparas y el 3.33% gran múltiparas.

Tabla 3 Acceso a la atención de la emergencia en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.

| Características   | Gestante |       |
|---|----------|-------|
|   | N=60     | %     |
| <b>Procedencia de la emergencia</b>   |          |       |
| Domicilio   | 26       | 43.33 |
| Otros establecimientos de salud   | 15       | 25.00 |
| Del mismo establecimiento de salud  | 19       | 31.67 |
| <b>Transporte usado para llegar al Establecimiento de salud</b>               |          |       |
| Ambulancia  | 13       | 21.67 |
| Auto particular   | 13       | 21.67 |
| Caminando   | 34       | 56.67 |
| <b>Tiempo transcurrido entre la referencia y la atención de la emergencia</b> |          |       |
| Menos de 01 hora  | 40       | 66.67 |
| De 1 a 2 horas  | 11       | 18.33 |
| Más de 2 horas hasta 9 horas  | 09       | 15.00 |

**Fuente:** Encuesta de la investigación “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 03, las emergencias atendidas procedían de su domicilio 43.33%, de otros establecimientos de salud 25% y el mismo establecimiento identificó el 31.67% de las emergencias obstétricas. El transporte usado, la mayoría el 56.67% acudió al establecimiento caminando, el auto particular el 21.67% y el 21.67% en una ambulancia. El tiempo que demoraron en llegar al establecimiento desde el lugar en donde se originó la emergencia fue menor a una hora en el 66.67% de los casos y de 1 a 2 horas en el 18.33% y más de una hora hasta 9 horas en el 15% de los casos.

Tabla 4 Principales patologías que fueron causa de emergencia en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.

| Características                                | Gestante |       |
|--|----------|-------|
|  | N=60     | %     |
| <b>Diagnóstico de la emergencia obstétrica</b> |          |       |
| Abortos  | 12       | 20.00 |
| Embarazo postérmino                            | 9        | 15.00 |
| Complicaciones del parto                       | 8        | 13.33 |
| Trastornos hipertensivos                       | 7        | 11.67 |
| Alteraciones de la salud fetal                 | 7        | 11.67 |
| Amenaza de parto pretérmino                    | 6        | 10.00 |
| Complicaciones del puerperio                   | 5        | 8.33  |
| Podálico                                       | 2        | 3.33  |
| Ruptura prematura de membranas                 | 2        | 3.33  |
| Otros  | 4        | 6.67  |

Fuente: Encuesta de la investigación “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 04, las principales patologías que ocasionaron la emergencia fueron los abortos, desde una amenaza hasta un aborto incompleto, seguido del embarazo postérmino en un 15%, complicaciones del parto se presentaron en un 13.33%, las enfermedades hipertensivas en un 11.67%, alteraciones de la salud fetal como hipoxia, RCIU, macrosomía se presentaron en un 11.67%, amenaza de parto pretérmino en el 10% de los casos, el 8.33% fueron complicaciones en el puerperio, presentaciones podálicas en trabajo de parto un 3.33%, ruptura prematura de membranas 3.33%.

Tabla 5 Evolución de las pacientes atendidas por emergencia obstétrica en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.

| Características                | N=60 Gestante | %     |
|--------------------------------|---------------|-------|
| <b>Destino del paciente</b>    |               |       |
| Hospitalización                | 2             | 3.33  |
| Referencia                     | 58            | 96.67 |
| <b>Días de hospitalización</b> |               |       |
| No se hospitalizó              | 58            | 96.67 |
| 2 días                         | 1             | 1.67  |
| 4 días                         | 1             | 1.67  |

Fuente: ficha de revisión documentaria de la tesis “Características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha – Andahuaylas, 2020.

En la tabla 05, sobre la evolución de las pacientes, se observa que después de la atención de la emergencia, el 3.33% fueron hospitalizados, el 96.67% se refirió a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive. En cuanto los días de hospitalización el 96.67% no fue hospitalizada, de los dos pacientes hospitalizados uno quedó dos días y el otro fue de 4 días

## DISCUSIÓN

Después de revisar, estudios que anteceden a esta, encontramos que hay mucha similitud en las características sociodemográficas, de las pacientes que presentaron emergencia. En la presente investigación predominó, la edad de 20 a 34 años en un 61.67%, el nivel de instrucción alcanzado fue secundaria en el 78.33%, son de procedencia rural el 96.67%, la mayoría presentaron una relación estable (casada y conviviente) en el 83.33%. estos resultados se asemejan a lo reportado por Martínez (11), en una investigación en un Centro de Salud de nivel I- 4 en el que se estudió., reporta el 70.65% de emergencias tuvieron lugar en el mismo grupo etario, el 50.54% presentaron grado de instrucción secundaria, y procedían de zona rural el 58.15%, en su mayoría fueron convivientes (77.72%), esta semejanza puede ser porque ambos estudios se desarrollaron en la sierra del Perú. Por otro lado, en Alemania se encontró que las mujeres que acudieron con más frecuencia a la emergencia obstétrica, se caracterizaron por ser jóvenes, con menor educación, más propensas a estar desempleada y estado civil soltera.

Las emergencias se presentaron en mayor proporción en el primero y tercer trimestre, en multíparas y primíparas, similar al identificado por Martínez (11), que reporta más en primíparas y multíparas el 47.83% y 30.98%. con estos hallazgos debemos enfatizar el seguimiento en el primer trimestre, y proponer mejoras en la norma técnica, que indica una atención prenatal por mes. Mientras consideramos que el tercer trimestre si tiene especificada un seguimiento exhaustivo.

El acceso a la atención de la emergencia se ha medido considerando el lugar donde se manifestó la emergencia en el que encontramos que el 43.33% se originaron en el domicilio, el 31.67% en el mismo establecimiento, y el 25% fueron referidos de otros establecimientos de salud de menor complejidad. Y el medio de transporte usado fue en su mayoría caminando, el 21.67% lo hicieron en la ambulancia del establecimiento y otra cifra igual en autos particulares. Del que podríamos deducir que aún falta trabajar en la accesibilidad, por otro lado, cuando se estudia el tiempo empleado en trasladarse desde el lugar donde se desencadenó la emergencia hasta el establecimiento de salud, el 66.67% llegó en menos de una hora, el 18.33% entre uno a dos horas; el

15% fue atendido después de dos horas, situación que pone en peligro a las pacientes ya que las emergencias en obstetricia son cruentas, si no se atiende dentro de las dos horas de inicio, podría costarnos la vida de la madre y del bebé intraútero. De ahí la importancia de medir estas variables, que no se ha encontrado haberse revisado por los investigadores que tomamos como antecedente.

Las principales patologías encontradas fueron, aborto, embarazo postérmino, complicaciones posparto, trastornos hipertensivos, alteraciones de la salud fetal, amenaza de parto pretérmino, presentación podálica, el 91.77% de los casos se presentaron durante el embarazo y solo un 8.33% durante el puerperio. Similar al de Contreras et al (10), en el que encuentran con cesárea anterior en trabajo de parto, aborto incompleto, pre eclampsia leve y amenaza de aborto, Mientras en otros estudios como el de Quispe et al (9), encuentra shock hipovolémico 45.5%, síndrome de HELLP 22.7%, Eclampsia 19.9% y Shock séptico 11.9%; mientras, Álvarez et al (8), en Cuba reporta, hipertensión arterial, el asma, la diabetes mellitus y la sepsis de origen urinaria. Probablemente se observa esta disparidad, ya que los estudios se llevaron a cabo en el segundo nivel de atención. Sin embargo, **Martínez (11)**, en un estudio similar en un establecimiento del primer nivel de atención ubicado en la parte urbana del distrito de Chilca encuentra como principales patologías: preeclampsia con un 21.74%, ruptura prematura de membranas con un 10.33%, desproporción céfalo pélvica con un 9.78%, complicaciones del trabajo de parto con un 9.78%, abortos con un 8.70%, hemorragia posparto con un 8.15%, hemorragias del tercer trimestre con un 7.61%, sufrimiento fetal agudo con un 5.98%, amenaza de parto pretérmino con un 4.89%, y mujeres con cesárea anterior en trabajo de parto con un 4,35%. Se observa que en todos los casos siempre están en primer lugar las tres causas principales de mortalidad.

Casi la totalidad de las emergencias atendidas en el establecimiento de nivel I-4, son referidos a otro de mayor capacidad resolutive como el hospital de Andahuaylas (96.67%), solo un 3.33% se soluciona dentro del establecimiento. Podría manejarse algunas patologías más, sin embargo, nos sentimos limitados por qué no se cuenta con los recursos necesarios. Al ser un establecimiento que estabiliza las emergencias y

refiere, la permanencia de los pacientes ha sido de horas por ello que casi todos permanecieron menos de un día. En una emergencia el tiempo de atención es vital para la sobrevivencia. Se conoce que toda emergencia debe de estabilizarse en 30 minutos (12).

Las emergencias obstétricas se caracterizaron por presentarse en una edad adecuada de reproducción en su mayoría, en primíparas, multíparas, la emergencia se desencadenó en su domicilio y más del 50% se transportó a pie, las principales patologías fueron aborto, embarazo postérmino, complicaciones del parto y los trastornos hipertensivos, alteraciones de la salud fetal, en su mayoría se presentaron en el embarazo, en menor proporción en el puerperio. Casi todas las emergencias se refieren a un segundo nivel de atención. Se puede apreciar que el 15% de las emergencias, tuvo mayor riesgo de desencadenarse en una muerte materna, ya que la búsqueda de ayuda demoró más de dos horas, es necesario hacer puentes de referencia comunal con el objetivo de apoyar frente a una emergencia materna. Se recomienda organizar a las comunidades con menor acceso. tenemos que fortalecer la vigilancia epidemiológica y participación activa de las comunidades, para evitar una eventual muerte materna.

## CONCLUSIÓN

Las características sociodemográficas de las pacientes que fueron atendidos por presentar una emergencia obstétrica fue: edad entre 20 a 34 (61.67%), el grado de instrucción alcanzado fue de 78.33%, casi todos 96.67% proceden d zona rural, en su mayoría el 83.33% tienen una relación estable.

Las emergencias se presentaron en el tercer trimestre 56.67%, y el primero 30%, y en múltiparas 41.67% y primíparas 28.33%.

Las emergencias se desencadenaron en sus casas en el 43.33%, el medio empleado para acceder a la atención fue caminando el 56.67% y el 21,67% lo hizo en ambulancia y otra cifra igual en vehículo particular. el tiempo que emplearon fue menos de una hora en el 66.67% y el 18.33% de uno a dos horas, y el 15% si emplea más de dos horas, llegando hasta nueve horas.

Principales patologías diagnosticadas: abortos, embarazo postérmino, complicaciones del parto, trastornos hipertensivos, alteraciones de la salud fetal, amenaza de parto pretérmino, complicaciones del puerperio. La mayoría de las emergencias se presentaron en el embarazo y trabajo de parto, fue mínimo durante el puerperio 8.33%,

Las emergencias atendidas fueron estabilizadas y referir a un segundo nivel en el 96.67%, su permanencia en el establecimiento de salud fue solo horas.

Las emergencias obstétricas se caracterizaron por presentarse entre los 20 a 34 años, en múltiparas, la emergencia se desencadenó en su domicilio, la mayoría se trasladó al establecimiento de salud caminando, las principales patologías fueron aborto, embarazo postérmino, complicaciones del parto, trastornos hipertensivos, alteraciones de la salud fetal, casi todas las emergencias se refieren a un segundo nivel de atención.

## **RECOMENDACIONES**

Al Centro de Salud Pacucha:

Fortalecer las actividades de vigilancia epidemiológica en los lugares distantes al establecimiento de salud.

Fortalecer y organizar a las comunidades distantes para disminuir el tiempo empleado en la búsqueda de la atención a fin de evitar las muertes maternas.

A la DISA Apurímac II:

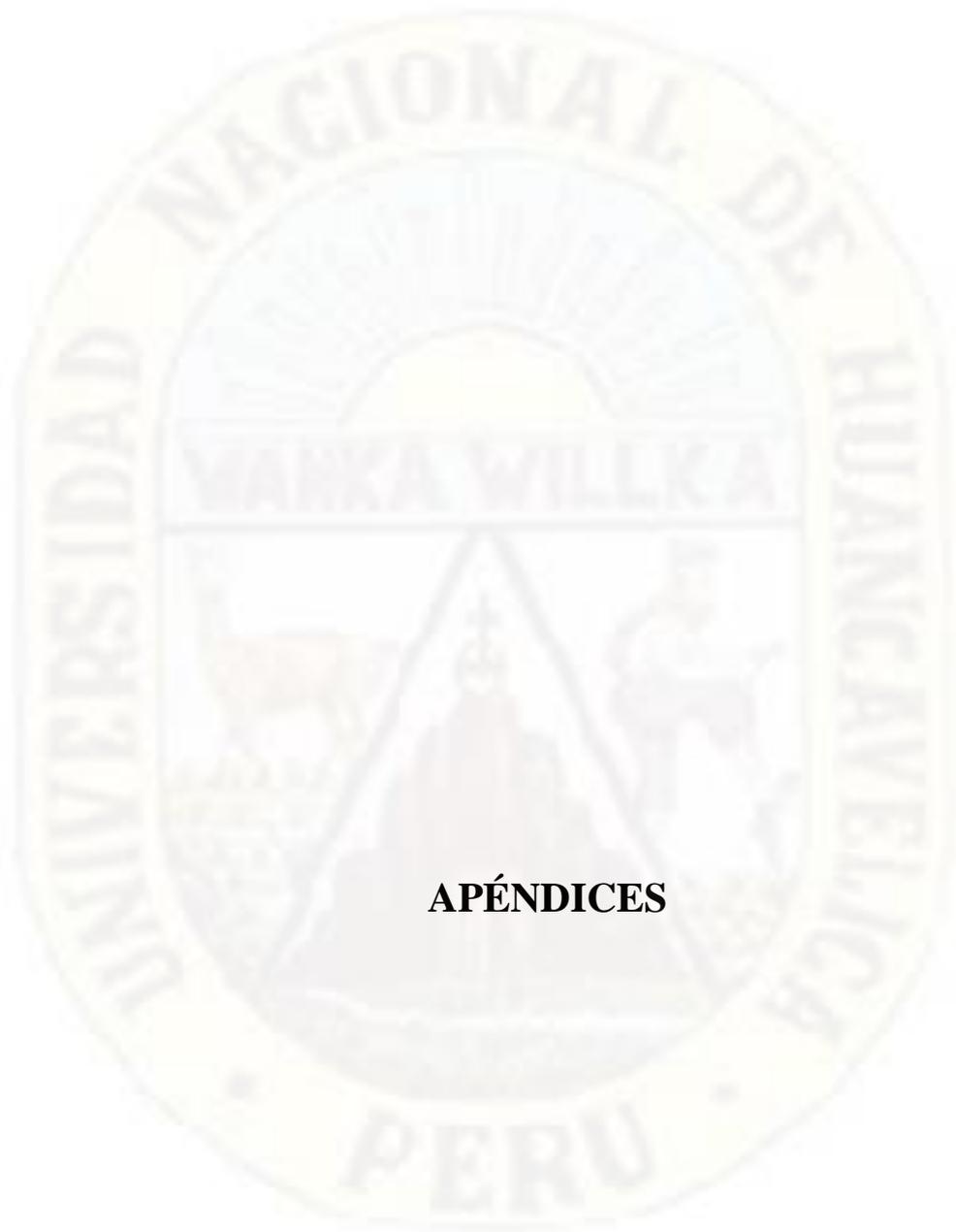
Gestionar los recursos necesarios a fin de ampliar su capacidad resolutive del centro de salud e Pacucha. Ya que es el establecimiento con mayor capacidad dentro del distrito.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

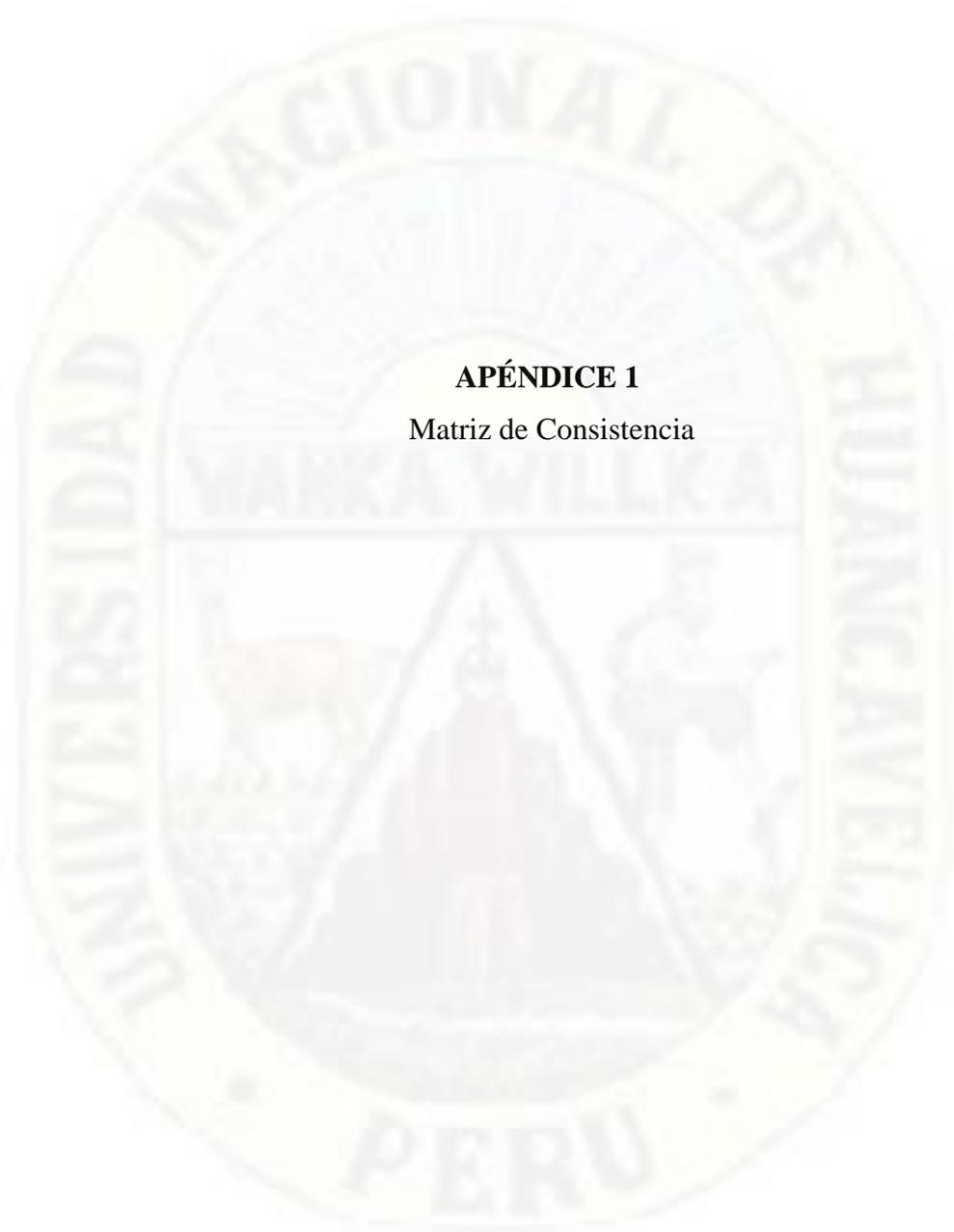
1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
2. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: [http:// www.who.int/reproductivehealth/publications/ monitoring/maternal-mortality-2015/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/).
3. Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Casos de muerte materna según notificación semanal. Perú 2000 – 2017. Sala Situacional de Muerte Materna - 2017. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14&Itemid=121](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=121).
4. Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. The evidence for emergency obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. febrero de 2005;88(2):181-93.
5. Ameh C, Msuya S, Hofman J, Raven J, Mathai M, van den Broek N. Status of emergency obstetric care in six developing countries five years before the MDG targets for maternal and newborn health. *PloS One*. 2012;7(12):e49938.
6. García-Núñez, Luis M., et al. «Emergencias y urgencias obstétricas en el Hospital Central Militar (I): nuestra visión y el horizonte epidemiológico.» *Cirugía y Cirujanos* 86.2 (2018): 161-168.
7. Schramm K, Nees J, Hoffmann J, Bruckner T, Haun MW, Maatouk I, et al. Emergency consultations in obstetrics: identification of decisive, contributing and associated factors. *Arch Gynecol Obstet*. octubre de 2020;302(4):821-8.

8. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Pérez DR. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cuba Hig Epidemiol. diciembre de 2010;48(3):310-20.
9. Quispe, D. T., and E. E. Oyola. «Características Epidemiológicas y Clínicas de las Emergencias Obstétricas Atendidas en el Hospital de Belen de Trujillo, 2015-2017. info: eu-repo/semantics/bachelorThesi.» Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad Ciencias de la Salud (2018).
10. Apolinario, Contreras, and Aquemi Sauri. «Principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstetrica del HRHVM Huánuco abril-setiembre 2016.» (2017).
11. Martínez, JN «Perfil de las emergencias obtétricas en el centro de salud de Chilca-Junin-2017.» (2019).
12. Ministerio De Salud. Norma Tecnica de Salud de los Servicios de Emergencia. 2007.
13. Secretaría de Salud (SSA), Convenio General de Colaboración que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para la Atención de las Emergencias Obstétricas, México, 2009.
14. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, III LCG: Obstetricia de Williams, 22 edn: McGraw-Hill; 2006.
15. Cunningham FG, Williams JW. Obstetricia. 24.<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2015.
16. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstetricas. Guia Técnica. Lima; 2007.
17. Schwarcz R, Fescina RH, Duverges CA. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
18. Mousa HA, Alfirovic Z: Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2007(1):CD003249.

19. Bajo Arenas JM. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2007.
20. MINSA. Resolución ministerial N° 546-2011/MINSA [Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS\\_Farmacia.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf)
21. Supo J. Seminario de Investigación Científica - metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. 2nd ed. EIRL B, editor. Arequipa: Bioestadístico EIRL; 2014.
22. Hernandez R, Fernandez P. Metodología de La Investigación - Sampieri y Fernández México: McGraw-Hill; 2010.
23. Sanchez H, Reyes C. metodología y diseño en la investigación científica. 2nd ed. Lima: Mantaro; 1996.



## APÉNDICES



**APÉNDICE 1**

Matriz de Consistencia

| PROBLEMA   | OBJETIVO   | HIPÓTESIS     | VARIABLES  | INDICADORES   | METODOLOGÍA  |
|--|--|---------------|--|---|--|
| ¿Cuáles son las características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020? | <p><b>General:</b></p> <p>-Determinar las características de la atención de las emergencias obstétricas en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.</p> <p><b>Específico:</b></p> <p>-Identificar las características sociodemográficas de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.</p> <p>-Determinar las características obstétricas de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.</p> <p>-Determinar el acceso a la atención de la emergencia en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.</p> <p>-Determinar las principales patologías que fueron causa de emergencia en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.</p> <p>-Determinar la evolución de las pacientes atendidas por emergencia obstétrica en el distrito de Pacucha-Andahuaylas, 2020.</p> | No se plantea | Características de la atención de la emergencia obstétrica | <p>-Edad de instrucción</p> <p>-Nivel de instrucción</p> <p>-Procedencia</p> <p>-Edad gestacional</p> <p>-Das de puerperio</p> <p>-Número de partos</p> <p>-Lugar donde se desencadenó la emergencia</p> <p>-Medio de transporte</p> <p>-Tiempo de acceso al servicio de salud</p> <p>-Patologías principales</p> <p>-Destino de la paciente</p> <p>-Días de hospitalización.</p> | <p><b>Tipo de investigación</b></p> <p>Observacional, retrospectivo, de corte transversal.</p> <p><b>Nivel de investigación</b></p> <p>Descriptivo simple.</p> <p><b>Población</b></p> <p>La población estuvo constituida por 60 pacientes que acudieron a atenderse durante el año 2020, en el C.S. Pacucha.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>No fue necesario obtener una muestra.</p> <p><b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b></p> <p>Técnica: revisión</p> <p>Instrumento: ficha de revisión documentaria.</p> <p><b>Análisis de datos</b></p> <p>Estadística descriptiva, Microsoft Excel 2010</p> |



## **APÉNDICE 2**

Instrumentos de Recolección de Datos

## **FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO**

El presente instrumento nos ayudó recoger los datos requeridos para la investigación “**CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL DISTRITO DE PACUCHA - ANDAHUAYLAS, 2020**”.

Se revisó el cuaderno de emergencias obstétricas, las historias clínicas de las emergencias atendidas, el sistema de referencia y contra referencia,

**INSTRUCCIÓN: determine el padrón de atención de las emergencias obstétricas durante el año 2020, luego recoja la información, de acuerdo a lo solicitado en el presente instrumento.**

Número de instrumento. \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica u haja de emergencia: .....

Fecha de la atención: ...../...../.....

### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Edad de la usuaria al momento que acude a la emergencia

- a)  $\leq$  de 15 años (1)
- b) 16 a 19 años (2)
- c) 20 a 34 años (3)
- d)  $\geq$  35 años (4)

2. Nivel de instrucción

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

3. Lugar de procedencia

- a) Rural (1)
- b) Urbano (2)

4. Estado civil

- a) Soltera (1)
- b) Casada/conviviente (2)
- c) Separada/divorciada (4)
- d) Viuda (5)

**CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:**

- 5. Semanas de embarazo (solo aplica para gestantes) \_\_\_\_\_
- 6. Días transcurridos desde el parto a la fecha de atención de la emergencia (solo para puérperas) \_\_\_\_\_
- 7. Número de embarazos incluido el actual \_\_\_\_\_
- 8. Número de partos a la fecha de la atención \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS DE LA EMERGENCIA**

- 9. Donde se presentó la hemorragia:
  - a) Su casa
  - b) Otros establecimientos
  - c) Del establecimiento mismo (sala de parto, hospitalización)
  
- 10. Transporte usado para llegar al Centro de Salud
  - a) Ambulancia
  - b) SAMU
  - c) PNP
  - d) Particular
  
- 11. Tiempo: Horas promedio de identificado la emergencia a recibir una atención, verifique la hora de la hoja de referencia (HR) y la hora de la atención de la emergencia. (HA)  
HA – HR = \_\_\_\_\_ HORAS
  
- 12. Diagnóstico de la emergencia obstétrica (consignar tal como se encuentra en la hoja de emergencia)  
  
D1 \_\_\_\_\_  
  
D2 \_\_\_\_\_
  
- 13. Destino de la paciente:
  - a) Hospitalización
  - b) Referencia
  
- 14. Cuantos días estuvo hospitalizada \_\_\_\_\_