

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**NIVEL DE CALIDAD DE LA REFERENCIA GINECO-  
OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO  
PRIMER SEMESTRE 2019**

**POSTULANTE: Dr. Felix Fernando Inta Espejo  
TUTOR: Dr. M.Sc. José Luis Ríos Cambeses**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista en  
Gestión de Calidad y Auditoria Médica**

## **Dedicatoria**

A mis padres, por su incansable apoyo y motivación diaria y a mi esposa. A mis tres hijos, Joaquín Fernando, Mateo Fabian y Abril Felicidad por la inspiración y la razón de ser de todo el empeño puesto para que se sientan orgullosos de su padre.

## **Agradecimientos**

*En el curso de nuestro trabajo contamos con la cooperación de varias personas sin las cuales hubiera sido imposible la culminación de esta investigación.*

### **Agradecemos a:**

- *Personal de salud lotes y servicio*
- *A el equipo de coordinación, y gran amigo Dr. Guido Chuquimia*
  - *Personal administrativo de POST GRADO*
- *Personal docente del Post Grado de Salud Pública de UMSA*
  - *Compañeros y colegas*
    - *A la familia*

**¡GRACIAS!**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
I INTRODUCCIÓN .....	1
II ANTECEDENTES .....	3
III JUSTIFICACIÓN .....	7
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
Pregunta De Investigación.....	11
V OBJETIVOS.....	11
V.I Objetivo General:.....	11
V.II Objetivo Especifico: .....	11
VI MARCO TEÓRICO.....	13
VI.I Marco Conceptual.....	13
VI.I.I. Cuidados prenatales.....	13
VI.I.II. Referencia .....	15
VI.I.III. Muerte materna hospitalaria.....	19
VI.I.IV. Guías de práctica clínica confiable.....	21
VI.I.V. Evaluación de la calidad de la atención médica, conocido como el modelo estructura → proceso → resultado. ....	22
VI.I.VI. Diagrama de Análisis de Pareto Explicación. ....	25
VI.II Marco Jurídico .....	27
VI.III Marco Contextual .....	28
VI.III.I. Ubicación geográfica .....	28
VI.III.II. Características de la población .....	29
VI.IV Patologías obstétricas.....	31
VI.IV.I. Preeclampsia .....	31
VI.IV.II. Cesárea previa.....	33

VI.IV.III.	Rotura prematura de membranas/oligohidramnios.....	34
VI.IV.IV.	Situación Pélvica o Trasversa .....	38
VII	DISEÑO METODOLÓGICO .....	39
VII.I	Tipo de Estudio .....	39
VII.II	Área de Estudio.....	40
VII.III	Población de Estudio (Universo) .....	42
VII.IV	Tamaño de muestra .....	42
VII.V	Criterios de Inclusión.....	43
VII.VI	Criterios de Exclusión .....	43
VII.VII	Mediciones .....	44
VIII	RESULTADOS .....	49
IX	CONCLUSIONES.....	56
X	RECOMENDACIONES .....	57
XI	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	58
XII	ANEXOS .....	65

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla N°1. Modelo de atención prenatal de la OMS de 2016 .....	21
Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo 2016. ....	21
Tabla N°2 Población asignada Centro de Salud Franz Tamayo .....	29
Tabla N°3 Operacionalización de variables.....	44
Tabla N°4 Distribución Porcentual, Del Nivel de la calidad de la referencia gineco obstétrica, Según; Hoja De Verificación De La Calidad En El Centro De Salud Franz Tamayo, Primer Trimestre 2019.....	53

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
FIGURA NRO. 1 .....	26
DIAGRAMA DE PARETO EJEMPLO.....	26
FIGURA NRO. 2 .....	49
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE REFERENCIA, DE LAS ATENCIONES GINECO OBSTETRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO, PRIMER TRIMESTRE 2019. ....	49
FIGURA NRO. 3 .....	50
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN CRITERIO DE REFERENCIA ADECUADA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA, DE LAS ATENCIONES GINECO OBSTETRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO, PRIMER TRIMESTRE 2019. ....	50
FIGURA NRO. 4 .....	51
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN CRITERIO DE REFERENCIA JUSTIFICADA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA, DE LAS ATENCIONES GINECO OBSTETRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO, PRIMER TRIMESTRE 2019. ....	51
FIGURA NRO. 5 .....	52
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN CRITERIO DE REFERENCIA OPORTUNA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA, DE LAS ATENCIONES GINECO OBSTETRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO, PRIMER TRIMESTRE 2019. ....	52

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO NRO.1 UBICACIÓN DISTRITAL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO.....	65
ANEXO NRO.2 UBICACIÓN MUNICIPIO DE EL ALTO.....	66
ANEXO NRO.3 UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO; EN EL DISTRITO 14.....	67
ANEXO NRO.4 UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO; Y INSTITUCIONES REFERENCIALES.....	68
ANEXO NRO.5 AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.....	69
ANEXO NRO.6 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO HOJA DE VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE REFERENCIA GINECO – OBSTÉTRICA (A).....	70
ANEXO NRO.7 INSTRUMENTO HOJA DE VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE REFERENCIA GINECO-OBSTETRICA 2019 (A).....	71
ANEXO NRO.8 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO HOJA DE VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE REFERENCIA GINECO – OBSTÉTRICA (B).....	72
ANEXO NRO.9 INSTRUMENTO HOJA DE VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE REFERENCIA GINECO-OBSTETRICA 2019 (B).....	73



## **LISTA DE ACRONIMOS Y SIGLAS**

AP Atención Prenatal; cuidado prenatal  
APNCUI Peri-Índice de utilización de la atención natal  
APF Atención prenatal focalizada  
AEO Atención a la Emergencia Obstétrica  
CDA Comité Departamental de Acreditación  
CPN Control Prenatal  
EMCC Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad  
HCPB Historia Clínica Perinatal Básica  
INE Instituto Nacional de Estadística  
IOM Instituto de Medicina (Institute of Medicine, de Estados Unidos de América)  
MSD Ministerio de Salud y Deportes  
NNAC Norma Nacional de Atención Clínica  
ISO International Organization for Standarización  
MATEP Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto  
ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio  
OMS Organización Mundial de la Salud  
ONU Organización de la Naciones Unidas  
OPS Organización Panamericana de la Salud  
PSSI prestaciones de servicios de salud integral  
RISS redes integradas de servicios de salud  
RMM Razón de Mortalidad Materna  
SAFCI Salud Familiar Comunitaria Intercultural  
SEDES Servicio Departamental de Salud  
SUMI seguro universal materno infantil  
UGO Urgencia Gineco Obstétrica  
UNFPA Fondo de la Naciones Unidas para América  
WHO World Heard Organizati6n

## RESUMEN

Se determinó el nivel de calidad de las referencias gineco obstétricas, en el Centro de Salud Franz Tamayo Red de salud lotes y servicios – del Sistema Público de salud. Se trabajó con la población total de 83 referencias gineco obstétricas, en el primer semestre de la gestión 2019, es un estudio: cuantitativo no experimental transversal descriptivo.

El análisis fue realizado a través de frecuencias, proporciones expresadas en porcentaje con el paquete informático Excel. Los resultados en el llenado de la referencia gineco obstétrica " todos los ítems" Es excelente de un absoluto 69 la proporción 83.1%.

*Criterios de adecuado*, la referencia entre las 38 a 42 semanas de edad gestacional o de 33 semanas poco adecuada es n=71; 85.5%.

En la evaluación del *criterio de justificado*, las referencias en un 30% no son por patologías exclusivas de segundo nivel, son patologías que pueden ser tratadas en un primer nivel.

En la evaluación del *criterio de oportuno*, oportuna n=63 ;75.9%, la mayoría de las pacientes fueron referidos estables

En la evaluación del nivel de calidad de la referencia gineco obstétrica, es aceptable 58%.

En conclusión, se cumple el llenado de las referencias gineco obstétricas, en la mayoría de los ítems. Las referencias de patologías gineco obstétricas, son con enfoque, en la atención de la emergencia y la urgencias, de tal manera que las referencias son poco adecuadas en la edad gestacional, porque se refiere a pacientes a término o antes de llegar a las 34 semanas de edad gestacional, en muchos casos con poco tiempo para la planificación; 26.5% de referencias con diagnósticos poco pertinentes es exclusivos para el primer nivel de atención que contribuye a la saturación de los hospitales, y en la mayoría de los casos la referencia gineco obstétrica es oportuna, se los refiere con signos vitales estables.

**PALABRAS CLAVE.** Referencia, gineco obstétrica, edad gestacional, criterios adecuado, justificado, oportuno.

## **ABSTRACT**

The level of quality of the obstetric gynecological referrals was determined in the Franz Tamayo Health Center, Health Network, lots and services - of the Public Health System.

We worked with the total population of 83 obstetric gynecological references, in the first semester of the management 2019, it is a study: quantitative non-experimental cross-sectional descriptive.

The analysis was carried out through frequencies, proportions expressed in percentage with the Excel software package.

The results in the filling of the obstetric gynecological reference "all the items" It is excellent of an absolute 69 the proportion 83.1%.

Criteria of adequate, the reference between 38 and 42 weeks of gestational age or 33 weeks of inadequate age is  $n = 71$ ; 85.5%.

In the evaluation of the justified criterion, 30% of the referrals are not for exclusive second-level pathologies, they are pathologies that can be treated at the first level.

In the evaluation of the timely criterion, timely  $n = 63$ ; 75.9%, most of the patients were referred stable

In the evaluation of the quality level of the obstetric gynecological referral, 58% is acceptable.

In conclusion, the filling of obstetric gynecological references is fulfilled in most of the items. Referrals for obstetric gynecological pathologies are focused on emergency care and emergencies, in such a way that referrals are not very appropriate in gestational age, because they refer to patients at term or before reaching 34 weeks gestational age, in many cases with little time for planning; 26.5% of referrals with irrelevant diagnoses are exclusive to the first level of care that contributes to the saturation of hospitals, and in most cases the obstetric gynecological referral is timely, they are referred with stable vital signs.

**KEYWORDS.** Reference, obstetric gynecology, gestational age, criteria adequate, justified, timely

## **I INTRODUCCIÓN**

La mayoría de las muertes maternas se pueden prevenir con una atención adecuada del embarazo y el parto, que comprende la atención prenatal por proveedores de atención de salud capacitados, la asistencia durante el parto por personal sanitario cualificado, y la atención y el apoyo en las semanas posteriores al parto. Los datos del periodo comprendido entre 2014 y 2019 indican que aproximadamente el 81% de los partos del mundo tuvieron lugar en presencia de personal sanitario calificado, lo que supone un aumento respecto al 64% del periodo 2000-2006 <sup>1</sup> . La atención prenatal (considerando como mínimo cuatro visitas prenatales) se incrementó en toda América, pasando de una media estimada de 79,4% en el 2005 a 88,2% en el 2016 <sup>2</sup> .En Bolivia la cobertura del parto y del control prenatal en el 2015 fue de 87,5% y de 75% respectivamente <sup>2</sup>.

El 2016 se registra en Bolivia 95.6% que recibe atención prenatal por personal calificado (Incluye médico, enfermera y enfermera auxiliar). En La Paz el 92.1% y El Alto 94.6% <sup>3</sup>.

Pese a que se mejora la cobertura de la atención prenatal y se logra realizar cuatro atenciones prenatales, persisten cifras elevadas de mortalidad a nivel nacional, departamental y municipal. Por lo que mejorar la referencia de las patologías detectadas en la atención prenatal, a una edad gestacional adecuada y oportuna, es una estrategia para mejorar la calidad.

La atención prenatal implica no sólo el número de visitas, sino cuándo fueron realizadas, durante el transcurso del embarazo y la calidad de las mismas. El programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazadas<sup>4</sup>

Actualmente se ha extendido el hábito de programar el próximo control prenatal, al mes siguiente el mismo día, pero se enfoca al cumplimiento de las medidas antropométricas y la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, las demás acciones solo en caso de que sean marcadamente evidentes.

La referencia se transforma, en lo común de las complicaciones gineco obstétricas antesala de la mortalidad materna, tanto en el área rural como periurbana, que se podrían prevenir con una referencia adecuada, oportuna y justificada.

Pero para ello se tiene que conocer la calidad de referencia que realizamos, a los segundo y tercer nivel de atención en la red de salud.

## II ANTECEDENTES

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva.

El control prenatal eficiente es: Precoz o temprano; periódico o continuo; completo o integral; extenso o de amplia cobertura <sup>6</sup> La OMS implemento en los noventas el IMPAC (*Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*) donde la, *mejora de los patrones de referencia de pacientes* indica, a cada mujer que es referida al hospital de distrito debe entregársele una hoja estándar de referencia en la que conste la información.

El iniciar el abordaje con las maniobras de contención evitará que haya un mayor deterioro clínico, y brindará tiempo para instaurar un tratamiento específico y/o referir adecuadamente a la paciente si la unidad hospitalaria no cuenta con los insumos necesarios para algún procedimiento quirúrgico <sup>7</sup> la referencia tiene que ser oportuna, de nada sirve referir a un paciente con signos vitales inestables y con gran deterioro del estado general si el proveedor tiene opciones previas para realizar la referencia, también la OMS público Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.

En Bolivia el 2017, murieron aproximadamente 155 mujeres y niñas adolescentes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100000 nacidos vivos <sup>1</sup>. Ese mismo año, se registraron 2,6 millones de muertes intrauterinas. Casi todas las muertes maternas (99 %) e infantiles (98 %) ocurrieron en países de ingresos bajos y medios. Estas muertes maternas

podrían haberse evitado si las embarazadas o las adolescentes hubieran podido acceder a una atención prenatal de calidad. La evidencia reciente sugiere que el modelo de atención prenatal focalizada (APF), que se elaboró en la década de 1990, está asociado con más muertes perinatales que los modelos de atención prenatal que incluyen al menos ocho contactos entre la mujer o la adolescente embarazada y el profesional de atención de la salud <sup>8</sup>. En el municipio de El Alto Tenemos buenos indicadores en la cobertura en el 4to control prenatal, en las dos gestiones anteriores, pero pese a esta fortaleza muchas de las muertes maternas persisten en el municipio de El Alto.

En México se implementa guías de práctica clínica y de referencia rápida por El Instituto Mexicano De Seguridad Social; dirección de prestaciones médicas, unidad de atención médica, construyendo el catálogo maestro de práctica clínica para todos los aspectos de la atención <sup>5</sup>. Con el SUMI se contaba con protocolos para primer nivel, que daba lineamientos para la atención y la referencia, cuando se cambia a la ley 475 (PSSI) queda un vacío que se trata de compensar con las NNAC, pero son muy generales en la atención obstétrica, y otras patologías.

En Bolivia el 2017, El ministerio de salud por su parte, ha realizado esfuerzos para resolver los problemas de calidad en los servicios de salud a través de la acreditación de establecimientos de tercer nivel que se fue expandiendo a los segundos y primer nivel, sin embargo a pesar de ello, la calidad de los servicios no mejoró sustancialmente debido fundamentalmente a que su énfasis inicial estaba en los estándares de calidad de estructura y no en los estándares de procesos de atención a la población; por otra parte, se sintió la ausencia de procesos de monitoreo previos y posteriores a la acreditación<sup>9</sup>. A diferencia de la Argentina o México la calidad empezó, hace décadas. En Bolivia se va implementando en las redes, con la designación de los primeros gestores de la calidad en salud en esta gestión su función abarca desde los manuales de funciones hasta la capacitación en distintos programas para la mejora de la

atención, así podemos evidenciar paralelismo de programas que dificulta la optimización de recursos y talentos.

A nivel departamental SEDES La Paz, en concordancia y complementación a las “Bases Para la Organización del Proyecto Nacional de Calidad en Salud – PRONACS” de acuerdo a R.M 090 del 26 de febrero del 2008 del Ministerio de Salud y Deportes, implementa la Gestión de la Calidad en el sistema de salud del Departamento de La Paz, con la creación de la Unidad de Gestión de la Calidad y Servicios Hospitalarios el 1° de Julio del 2010, iniciando el proceso de socialización de la norma de acreditación, a través del Área de Acreditación de Servicios de Salud, a objeto de liderizar el proceso de acreditación de los servicios de salud.

En Diciembre 12 del 2011, se conformó el Comité Departamental de Acreditación – CDA, mismo está liderado por el Director Técnico del SEDES, representantes de: Federación de Asociaciones Municipales Bolivia - FAM, Organizaciones Sociales (Comité Departamental de Salud), INASES (Instituto Nacional de Seguros de Salud) y Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnologías médicas, instancia que certificó a 11 establecimientos de salud en la pasada gestión<sup>10</sup>. Los establecimientos de salud del Subsistema Público aplican estrategias destinadas a brindar tratamiento oportuno y adecuado a los pacientes, de esta manera buscan evitar las complicaciones obstétricas y neonatales relacionadas con la tercera demora<sup>11</sup> En 2016, el SERES de El Alto junto al Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz trabajaron arduamente para lograr la acreditación en ‘Gestión de Calidad’ de los centros de salud Franz Tamayo de la Red Lotes y Servicios y Avaroa de la Red Corea, ambos de primer nivel. Esta iniciativa se limitó más al cumplimiento de requisitos, que se cumplieron para el momento incluso prestándose equipamiento, una vez finalizado o acreditación, no existió mecanismo para mantener lo alcanzado.

El estudio (Evaluación de la categorización de las urgencias gineco-obstétricas en un hospital del sur de Chile) descriptivo de corte transversal retrospectivo,



realizado en usuarias que consultaron en el servicio de Urgencia Gineco-Obstétrica (UGO) del Hospital San José de Coronel, 8ª Región, Chile, durante el primer semestre del año 2013<sup>12</sup> clasificaron en 5 categorías en relación a la característica de la emergencia o urgencia en Categoría 1 (C1): Paciente con riesgo vital inmediato; Categoría 2 (C2): Paciente en situación de emergencia Categoría 3 (C3): Paciente en situación de urgencia Categoría 4 (C4): Paciente con problema de salud poco urgente Categoría 5 (C5): Paciente con afección crónica y aguda pero no urgente, y llegaron a los siguientes resultados.

Un 85% (n=4.155) de las consultas atendidas en UGO fueron pacientes que concurren directamente desde su domicilio. El 67,9% (n=3.495) de las atenciones en la UGO se otorgaron en horario diurno promediando 815 consultas por mes. Los principales motivos de consulta fueron otras patologías asociadas al embarazo tales como enfermedades respiratorias agudas, transgresión alimentaria, alergias, hiperémesis gravídica, molestias mecánicas (19,5%, n=897), el trabajo de parto y el parto (7,4%, n=342) y la vulvovaginitis (6,5%, n=302). El 65% (n=2.835) del total de las urgencias gineco-obstétricas con datos completos fueron bien categorizadas según el protocolo de priorización del hospital de estudio. Un 96,6% (n=167) de las pacientes no requirió traslado a un centro hospitalario de mayor complejidad<sup>12</sup> ellos concluyen que existe una subutilización del servicio, al contrario se podría decir también que tienen, una capacidad instalada fortalecida.

### III JUSTIFICACIÓN

La atención prenatal en Bolivia se apoya en documentos normativos, que fueron socializados a casi todo el personal de salud por el área del continuo de la vida de SEDES La Paz en coordinación con SERES El Alto, recomendando la referencia en aquellos casos catalogados con signos de peligro, es decir emergencias, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive en forma inmediata, realizando los procesos de atención para estabilizar a estos pacientes. Aquellos, que tienen algún riesgo asociado a otra patología, pero que no es de resolución inmediata ejemplo, desnutrición; también se las refieren para su atención a un nivel de mayor capacidad resolutive.

Entonces la atención prenatal está enfocada a reconocer las patologías que producen una emergencia o urgencia en las gestantes, pero no toman en cuenta la *edad gestacional adecuada para realizar la referencia*. Porque al realizar la referencia a una edad gestacional adecuada, según la patología puede dar más tiempo tanto a los prestadores de los servicios de salud del segundo y tercer nivel, como a la familia para planificar el acompañamiento al paciente, así evitar que se transformen en emergencias con complicaciones, que en la mayoría llegan a la mortalidad.

Por tanto, la referencia de las gestantes a una edad gestacional adecuada, es muy importante, pero no existe un documento nacional, ni departamental o local que respalde esta acción, por tal motivo no hay uniformidad ni en los establecimientos de salud de primer nivel.

Los médicos gineco obstetras de segundo nivel recomiendan edades de gestación para la referencia, según patologías frecuentes, pero no existe un guía, tanto así que el criterio del profesional obstetra varía pese a que sean de la misma universidad y del mismo centro formador o incluso de la misma institución o establecimiento de salud.

Durante las últimas dos décadas, varios sistemas de puntuación se han desarrollado métodos para la utilización de la atención prenatal, cada uno empleando diferentes algoritmos: el índice de Kessner, el Índice de Kotelchuk, también conocido como Peri-Índice de utilización de la atención natal (APNCUI) -, el Grad-Índice de utilización de la atención prenatal puntuada (GINDEX), el índice de utilización de atención prenatal graduada revisada (R-GINDEX) y el Servicio de Salud Pública de EE. UU. Panel per sobre atención prenatal (PHS / EPPC). En general, estos índices se basan en dos variables: al inicio de la atención prenatal (es decir, el momento de las visitas relacionadas con las semanas de gestación o trimestre en el que prenatal se inicia la atención), y el número de visitas de atención prenatal recibido durante el embarazo (es decir, frecuencia) <sup>13</sup>. En el sistema de salud tiene indicadores en el cual mide el 4to control, como calidad de la atención, que es una parte de la calidad, pero se tendría que incorporar las variables del índice de Kessner.

La mayoría de los índices de utilización de la atención prenatal actualmente utilizados en la investigación y la práctica clínica han sido evaluados atado para al menos alguna forma de confiabilidad y / o validez. Evidencia sobre la capacidad de respuesta al cambio de estos datos está ausente de estas evaluaciones. Los índices de utilización de la atención prenatal respaldada por las pruebas más sólidas con respecto a sus propiedades de medición fueron las APNCUI y el índice de Kessner seguidos por el PHS / EPPC y GINDEX <sup>13</sup>.

Más de 8 millones de personas por año en los países de ingresos bajos y medianos mueren por afecciones que el sistema de salud debería tratar. Solo en 2015, estas muertes resultaron en pérdidas económicas por valor de 6 billones de dólares. La atención de mala calidad es ahora una barrera más grande para reducir la mortalidad que el acceso insuficiente. El 60% de las muertes por afecciones susceptibles de atención médica se deben a una atención de mala calidad, mientras que las muertes restantes se deben a la no utilización del sistema de salud. Los sistemas de salud de alta calidad podrían

prevenir 2,5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, 1 millón de muertes de recién nacidos, 900 000 muertes por tuberculosis y la mitad de todas las muertes maternas cada año <sup>14</sup> La mala calidad, produce no solo la insatisfacción del usuario externo, si no la insatisfacción del usuario interno y produce un ambiente laboral malo, que en economía se traduce gasto catastrófico de los usuarios y gasto de recursos del estado con un mínimo impacto, en los indicadores.

Los países de ingresos bajos y medianos no cuentan con medidas que capturen los elementos del desempeño del sistema de salud que son importantes para las personas y pueden informar mejoras. El apoyo continuo de los registros vitales y los sistemas de información sanitaria para medir la salud y los impactos es fundamental. Se necesitan encuestas ágiles en las instalaciones y medidas en tiempo real que capturen la calidad de la atención y la voz de las personas y que puedan vincularse a los datos de salud de la población. Los repositorios globales de medidas, instrumentos y mejores prácticas de análisis comparables validados pueden ser un recurso valioso <sup>14</sup>. La evaluación del desempeño de las Normas Básicas – Sistema de Administración de Personal (DS-26115) que se vincula a la ley 1178, tiene un carácter draconiano por ser poco adaptada al sector salud donde la evaluación anual donde uno sea catalogado con observación da margen a una segunda en un lapso de 3 a 6 meses y si nuevamente es observado darán lugar a la separación del servidor de la entidad, es por eso que las evaluaciones son mal vistas y son superficiales, debilitando establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel.

#### **IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Se define la referencia como la remisión de un usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud <sup>20</sup>. En los últimos años se ha dado un desarrollo e impulso a la realización y actualización de las Guías de Práctica Clínica (GPC), y a la necesidad de mejorar la calidad de la atención, en base a un modelo de medicina basada en evidencias, el uso de las GPC han tomado gran relevancia, pues, permiten homogeneizar la atención médica a fin de organizar y mejorar el uso de recursos dentro de las instituciones de salud, respaldan las decisiones de los médicos, pues les brindan recomendaciones y evidencias científicas para el abordaje y manejo de los principales motivos de consulta <sup>16</sup>. A nivel mundial, más del 70% de las muertes maternas se deben a complicaciones del embarazo y el parto como hemorragia, trastornos hipertensivos, sepsis y aborto. Complicaciones del parto prematuro, la asfixia, la muerte perinatal intraparto y las infecciones neonatales representan más del 85% de las muertes de recién nacidos <sup>14</sup>. La mejora en la detección temprana, el diagnóstico precoz de las patologías obstétricas más frecuentes en la gestación contribuye en su disminución. Según el informe de Indicadores Básicos de Salud en las Américas, el promedio de partos hospitalarios en la región de Latinoamérica, para el 2015 fue de 92,1% y en el área andina, de 85,1% Los departamentos de Potosí, Oruro y La Paz, tienen las menores coberturas de parto en establecimientos de salud y los mayores porcentajes de partos en la casa <sup>3</sup> la mayor causa de mortalidad en el departamento de La Paz son las hemorragias asociado a partos domiciliarios. La atención prenatal realizada por personal de salud calificado, es una intervención que ha demostrado impacto en la reducción de morbilidad y mortalidad materna, siempre que esta práctica tenga cobertura universal (más de 90%). En Bolivia la cobertura de control prenatal por personal de salud calificado ha superado 90%, siendo el médico el principal proveedor, Tarija fue el departamento con mayor porcentaje de mujeres que realizo 4 o más visitas

prenatales. Este porcentaje supera 90%; mientras que, en Oruro el departamento con menor porcentaje, casi llega a 80%. Excepto Oruro, todos los demás departamentos superaron porcentajes de 80% para las cuatro o más visitas de control prenatal <sup>3</sup> En la red de salud lotes y servicios, del municipio de El Alto, el problema identificado es de no conocer el nivel de calidad de la referencia gineco - obstétricas de esta forma priorizar su atención.

Para Mejorar la calidad de la Referencia Gineco-Obstétrica En el Centro De Salud Franz Tamayo Primer Semestre 2019 y así reducir la morbimortalidad materna.

### **Pregunta De Investigación**

¿Qué, calidad de referencias gineco obstétricas se realiza, desde el centro de salud Franz Tamayo de la red de salud lotes y servicios del municipio de El Alto, en el primer semestre de la gestión 2019 a los hospitales de segundo y tercer nivel?

## **V OBJETIVOS**

### **V.I Objetivo General:**

- Determinar la calidad de las referencias gineco obstétricas que se realiza desde centro de salud Franz Tamayo de la red de salud lotes y servicios del municipio de El Alto; a los hospitales segundo y tercer nivel, en el primer semestre la gestión 2019.

### **V.II Objetivo Especifico:**

- Conocer el nivel de llenado de los ítems del Formulario N°1 Referencia en las patologías gineco – obstétricas, desde el centro de salud Franz Tamayo de la red de salud lotes y servicios del municipio de El Alto; a los hospitales de segundo y tercer nivel, en el primer semestre 2019.

- Identificar si las referencias de patologías gineco obstétricas, cumplen criterio de adecuado, justificado y oportuno desde el centro de Salud Franz Tamayo, a los hospitales de segundo y tercer nivel en el primer semestre 2019.

## **VI MARCO TEÓRICO**

### **VI.I Marco Conceptual**

#### **VI.I.I. Cuidados prenatales**

Un control médico sistematizado de toda gestante, es sin duda alguna. La mejor garantía para la consecución de un óptimo resultado perinatal al ingente desarrollo experimentado por las consultas prenatales. En los últimos años se ha convertido en centro de gravedad de buena parte de la obstetricia actual, todos los países están preocupados por lograr un excelente nivel de asistencia para la mujer embarazada, a sabiendas que una buena profilaxis y una correcta atención son infinitamente más eficaces que el mejor de los tratamientos.

Las medidas preventivas tienden a mejorar la salud materno fetal, deben ponerse en marcha lo antes posible si se quiere garantizar su eficacia. El diagnóstico precoz de muchas enfermedades maternas se puede realizar antes del embarazo. De aquí el interés de la consulta previa a la concepción, se podría así descubrir y corregir no pocos trastornos, con una influencia negativa sobre la gestación, o bien demorar esta hasta que la situación sea más favorable.<sup>15</sup>

La vigilancia prenatal se puede definir como el conjunto de actividades médicas y asistenciales que se concretan en la entrevista o visitas programadas con el equipo de salud, con el fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, así como disminuir los riesgos de los procesos fisiológicos.

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) es un programa de atención integral antes del parto que incluye una estrategia integrada coordinada para la atención médica y el apoyo psicológico, que en condiciones óptimas comienza antes de la concepción y se atiende durante todo el periodo prenatal<sup>16</sup>.



Casi un siglo después de su introducción, la atención prenatal se ha convertido en uno de los servicios de salud más usados en Estados Unidos. En 2001 hubo alrededor de 50 millones de consultas prenatales, la mediana fue de 12.3 visitas por embarazo y muchas mujeres acudieron a 17 visitas o más en total <sup>17</sup>.

Desde el principio de la década de los 1990, los grupos minoritarios son los que más se han beneficiado de la atención prenatal oportuna, sin embargo, las disparidades continúan.

La valoración de la atención prenatal apropiada: Un sistema usado con frecuencia para medir la eficacia de la atención prenatal en el índice de Kessner.

Este índice de Kessner incorpora tres elementos del acta de nacimiento: duración de la gestación, momento de la primera consulta prenatal y número de consultas. Aunque no mide la calidad de la atención, el índice se conserva como medida útil de la atención prenatal adecuada. Con este índice, la National Center For Health Statistic concluye que el 12% de las mujeres estadounidense que dieron a luz el 2000 recibió atención prenatal adecuada.

Los Centers for Disease Control and prevention (CDC) analizaron los datos de las actas de nacimiento de los años 1989 a 1997 y observaron que la mitad de las mujeres que no recibieron atención prenatal o la hicieron de forma tardía desearía iniciarla antes. La dificultad para la atención varía según el grupo étnico, edad y método de pago. La razón citada con mayor frecuencia fue la identificación tardía del embarazo por parte de la paciente. La segunda dificultad citada más a menudo fue la falta de dinero o seguro médico para recibir la atención. La tercera fue la imposibilidad de obtener una cita <sup>17</sup>.

En Bolivia “Las diferencias fueron más evidentes en la primera y última etapa de la atención prenatal. Los indicadores que demostraron las diferencias étnicas más sustanciales en los cuatro países fueron el uso de anticonceptivos y la presencia de una partera capacitada. Estos son los indicadores en los que deben centrarse las intervenciones. Las mayores brechas en la atención de

todos los indicadores se dieron en Guatemala y las menores en el Estado Plurinacional de Bolivia “<sup>18</sup>.

Nuestros hallazgos están en línea con los publicados recientemente, excepto en el Estado Plurinacional de Bolivia, donde estos investigadores observaron mayores inequidades en la cobertura de salud materna cuando se utilizó el criterio de autoidentificación como proxy de la etnia. El contraste entre nuestros hallazgos y este estudio anterior resalta dos factores críticos que deben tenerse en cuenta al evaluar las desigualdades étnicas. Primero, el método utilizado para determinar la etnia puede afectar la magnitud de la inequidad observada. En segundo lugar, una buena comprensión del contexto social en un país es esencial para interpretar con precisión los hallazgos y para seleccionar el proxy más apropiado para la etnia en ese contexto. Por ejemplo, en el Estado Plurinacional de Bolivia, las actitudes sociales actuales hacia la población indígena pueden aumentar la disposición de las personas a identificarse como indígenas. Por el contrario, en algunas situaciones en las que la discriminación y la exclusión son comunes, es posible que las personas no quieran reconocerse como indígenas. <sup>18</sup>

### **VI.I.II. Referencia**

Es la remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional <sup>20</sup>.

En la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, menciona que “Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados” <sup>18</sup>. Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva

fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos.

Dada esta complejidad, no es de extrañar que los líderes de las naciones reunidos en la Conferencia Internacional de Alma-Ata (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, 6 al 12 de setiembre de 1978), hayan propuesto que, para el logro de dicho estado de bienestar y de la materialización del derecho a la salud, la herramienta esencial fuera la atención primaria de salud (APS), que implica una acción integral que va más allá de los enfoques reduccionistas centrados en la enfermedad <sup>20</sup>. En latino América la atención primaria en salud, fue más básica solo se contempló la inmunización y la atención del binomio madre niño, y enfermedades endémicas como la malaria y la tuberculosis, en cambio en Europa tomo un camino más integral y se logró fortalecer sus sistemas de salud claro ejemplo el sistema de salud de Canadá donde uno de sus instrumentos base fue la carpeta familiar, que luego se fue extendiendo sobre todo en la seguridad social.

El primer nivel no es solo una puerta de entrada, sino que se constituye en eje ordenador de todo el sistema y en la fuente primaria de los sistemas de información para el manejo y gestión de casos (que se ve apoyado por el desarrollo de expedientes electrónicos en red), para dar seguimiento a los procesos asistenciales, gestión de turnos (citaciones) y casos, para el sistema de referencia y retorno, entre otros. Esto último significa que los recursos humanos, infraestructura y tecnología de los servicios se estructuran y organizan para asegurar un primer nivel capaz de actuar con la comunidad <sup>20</sup>. En el centro de salud Franz Tamayo, las referencias catalogadas de emergencia y urgencias, son muy difíciles de referir ya que se debe coordinar con el sistema de ambulancia municipal que, en muchos casos, por problemas logísticos no cuenta con ambulancias disponibles, además de coordinar con el

Hospital al cual se debe referir para ver si existe disponibilidad de camas, está por demás indicar que como no se cuenta con un sistema de comunicación se tiene que recurrir al móvil propio. Un sistema donde siempre espera de la caridad del mismo funcionario al cual no puede brindar los medios necesarios para realizar su trabajo.

En el Estudio de caso: redes de servicios de Chiapas a) Disponibilidad de sistemas de referencia y contrarreferencia En México, los ejes vinculantes de la política de acceso universal a la (Atención de Emergencia Obstétrica) AEO son el Convenio y el Acuerdo, los cuales toman como punto de partida el segundo y el tercer nivel de atención, excluyendo el primer nivel, que es la puerta de entrada principal al sistema de salud. Cabe recordar aquí que casi el 75 % de la atención de las afecciones de la población se brinda a mujeres embarazadas y a niños, y que el 95 % de las unidades de salud de este país —alrededor de 13 000— son de atención primaria<sup>22</sup>. Nos muestra un sistema de salud con las mismas dificultades de fragmentación y segmentación, pero que los convenios institucionales han logrado mejorar la atención a las gestantes, dando accesibilidad.

El primer nivel de atención está constituido por centros de salud que se encargan del control y la vigilancia de los embarazos de bajo riesgo y de la detección temprana de riesgos obstétricos. Si el embarazo de una mujer se considera de alto riesgo, debe referirse al segundo nivel de atención para su valoración. El primer nivel de atención no tiene la capacidad resolutoria necesaria para dar (atención a la emergencia Obstétrica) AEO, pues carece de personal capacitado y tiene limitaciones en infraestructura, insumos, equipo médico y ambulancias, aunque se ha señalado que puede ser fundamental para la estabilización de esta <sup>22</sup>. Por estas características es necesario construir instrumentos que uniformen la referencia de las gestantes, dando cumplimiento a la normativa como son los criterios AJO (adecuado, Justificado; y oportuno) pese a que no se tiene los criterios muy desarrollados, se debe construir en base a estos conceptos.

El Estudio Nacional de Mortalidad Materna, por otro lado, muestra que para el año 2011, 37% de las muertes maternas ocurrió en un establecimiento de salud, 17% en tránsito y 42% aconteció en el domicilio de la mujer. Al reflexionar sobre esta realidad, es imperativo trabajar en las intervenciones que permitan responder adecuadamente a las diferentes situaciones <sup>19</sup>. En la ciudad de El Alto, muchas de las retenciones placentarias con hemorragias, de más de 4 horas son en domicilio, al ver que la hemorragia no cede, se produce la primera demora Decisión de buscar ayuda una vez que llegan al centro de salud, por no contar con un medio de transporte o hasta esperar la ambulancia municipal se produce la segunda demora, Traslado hasta establecimiento de salud.

### **Referencia Adecuada**

Es aquella realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber acabado su capacidad resolutive según los procesos establecidos en la norma, evalúa la necesidad y la oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado <sup>20</sup>. Adecuado según la norma nacional es poco específica y se debe desarrollar, para cada área y servicio para mejorar el proceso de atención, en el caso de la gestantes nos interesa el tiempo, la edad gestacional adecuada para la referencia y así prevenir complicaciones, no es lo mismo referir a una gestante a las 20 semanas de gestación sin clínica ni factores, si a las 21 semanas recién se tiene aparición de clínica, en esa acción el paciente perdió tiempo, también el hospital y su recurso humano, y se traduce en pérdida económica, al sistema de salud, la calidad tiene que ser el norte para tener un sistema de salud eficiente.

### **Referencia Justificada**

Es aquella realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber acabado su capacidad resolutive según los procesos establecidos en la norma, evalúa la necesidad y la oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor complejidad, dependiendo de la necesidad de un diagnóstico y/o

tratamiento especializado <sup>20</sup>. En la atención gineco obstétrica, para mejorar la referencia se puede clasificar según la norma nacional de referencia y contrarreferencia del 2013, que a la fecha no se ha actualizado, en diagnósticos que correspondan al nivel de atención, para dar cumplimiento a la capacidad de resolución de cada establecimiento de salud.

### **Referencia Oportuna**

Es aquella realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber acabado su capacidad resolutive según los procesos establecidos en la norma, evalúa la necesidad y la oportunidad de remitir al usuario aun establecimiento de mayor complejidad, previendo la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso <sup>20</sup>. Podemos desarrollar el proceso para valorar en relación a los signos vitales ya que se encuentran dentro del instrumento, pero la valoración del tiempo de traslado se dificulta porque es dependencia municipal y la estructura de las redes de ambulancia son muy débiles.

### **VI.I.III.Muerte materna hospitalaria**

La que ocurre en cualquier momento o en cualquier lugar de un hospital o establecimiento de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada de la mujer y su fallecimiento. La muerte de una mujer en tránsito hacia un hospital o establecimiento de salud será considerada muerte hospitalaria si es que ocurre en una ambulancia o vehículo de la institución. La defunción será asignada al establecimiento de salud que refiere, excepto cuando la ambulancia o vehículo pertenezca al hospital o establecimiento de salud de referencia <sup>38</sup>.

La referencia se realiza cuando el paciente requiere diagnóstico y/o tratamiento que supera la capacidad resolutive del establecimiento o la instancia comunitaria que o asistió, puede ser de la siguiente forma:

°Atención medica de urgencia o emergencia, debiendo realizar el traslado de acuerdo a Norma nacional de Caracterización y utilización de ambulancias.°  
Trasferencia externa, por requerimiento del médico que envía a otro profesional

cuyo concurso pueda ser necesario para la atención del paciente.°Cuando el tratamiento que necesita el paciente tiene especialidades que superan el nivel de atención del establecimiento. <sup>22</sup>.

La OMS considera que las prácticas clínicas correctas, como la detección sistemática de enfermedades hipertensivas durante el embarazo a través del registro frecuente de la presión arterial, el control de los ruidos cardíacos fetales y el asesoramiento sobre la preparación para el parto y la planificación familiar posparto, son prácticas correctas aceptadas. La OMS no evaluó la evidencia acerca de las prácticas correctas aceptadas como parte de la elaboración de las recomendaciones sobre atención prenatal de 2016 <sup>8</sup>. Las intervenciones recomendadas abarcan cinco categorías: **nutrición** prenatal, **evaluación** materna y fetal, **medidas preventivas**, intervenciones para el tratamiento de los **síntomas fisiológicos** comunes durante el embarazo e **intervenciones a nivel del sistema de salud** de rutina para mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal <sup>8</sup>. Para reducir la mortalidad perinatal se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos; La evidencia sugiere que el modelo de atención prenatal focalizada elaborado en la década de 1990 está probablemente asociado con más muertes perinatales que los modelos de atención prenatal que enfatizan un mínimo de ocho contactos.

- Las recomendaciones de 2016 agregan tres visitas al tercer trimestre para un total de cinco contactos, en contraste con las dos visitas en el modelo de atención prenatal focalizada. Durante los contactos del tercer trimestre, los profesionales de atención prenatal deben reducir las tasas de morbimortalidad prevenibles mediante el monitoreo sistemático del bienestar materno y fetal, particularmente en relación con los trastornos hipertensivos y otras afecciones que se detectan en este período crítico <sup>8</sup>.

Breve análisis de lo que se hizo y dejó de hacer, en la familia – comunidad (1ra demora) transporte y comunicación (2da demora) y establecimiento de salud (3ra demora). Si había o no recursos, y si éstos fueron o no empleados

oportuna y apropiadamente. Qué medidas hubieran evitado el deceso materno, En el SEDES La Paz a través del comité de mortalidad materna departamental, se analiza las demoras y se envía una nota con las recomendaciones pertinentes, y en muchos de esas notas podemos observar, que los determinantes sociales, el acceso a los servicios de salud y la tardanza en la decisión del entorno del paciente son la causa en la mayoría de los casos de la demora de la decisión de buscar ayuda.

Tabla N°1. Modelo de atención prenatal de la OMS de 2016

<b>Primer trimestre</b>
<b>Contacto 1: hasta las 12 semanas</b>
<b>Segundo trimestre</b>
<b>Contacto 2: 20 semanas</b>
<b>Contacto 3: 26 semanas</b>
<b>Tercer trimestre</b>
<b>Contacto 4: 30 semanas</b>
<b>Contacto 5: 34 semanas</b>
<b>Contacto 6: 36 semanas</b>
<b>Contacto 7: 38 semanas</b>
<b>Contacto 8: 40 semanas</b>
<b>Regreso para el parto a las 41 semanas si no se ha dado a luz. Nota: El tratamiento preventivo intermitente del paludismo en el embarazo debe iniciarse a las -&gt;13 semanas.</b>

Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo 2016.

#### **VI.I.IV. Guías de práctica clínica confiable**

Las GPC son definidas por el Instituto de Medicina (IOM, del inglés Institute of Medicine, de Estados Unidos de América) como “declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente que se elaboraron mediante la revisión sistemática de las evidencias existentes y la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes opciones de cuidados”. Además, para que una GPC sea confiable, la IOM recomienda que estas deben considerar seis criterios importantes <sup>23</sup>. La guía de referencia rápida es el documento que deriva de un resumen de evidencias y recomendaciones de una guía de práctica clínica y que presenta al usuario la información en un formato



que facilita el acceso expedito. que debe seguir ciertas reglas mutuamente compartidas entre autores y usuarios de nuestras guías de práctica clínica. 1. Introducción. 6 manual para la elaboración de guías de referencia rápida. Una guía de práctica clínica puede presentar cinco tipos de elementos fundamentales: ° Definiciones. ° Listas. ° Tablas. ° Ilustraciones ° Diagramas de flujo. <sup>27</sup>.

#### **VI.I.V. Evaluación de la calidad de la atención médica, conocido como el modelo estructura → proceso → resultado.**

En 1980, Donabedian definió la calidad de atención como: “Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención.<sup>22</sup> La provisión de atención de alta calidad simplemente aumenta la probabilidad de resultados positivos y reduce la probabilidad de resultados negativos: probabilidades que requieren una población representativa para expresarse adecuadamente.

Donabedian. (1993). Menciona que la garantía de la calidad debe convertirse en una parte conocida, aceptable, incluso necesaria de la vida profesional, por lo tanto, es necesario incorporar a todos los aspectos del actuar diario de todas las organizaciones y aún más se vuelve imprescindible en el sector salud, ya que se debe tener el compromiso en todas las áreas y en todos los niveles de contar con herramientas para la mejora continua de todos los procesos y subprocesos de las instituciones de salud <sup>21</sup>. La provisión de atención de alta calidad simplemente aumenta la probabilidad de resultados positivos y reduce la probabilidad de resultados negativos: probabilidades que requiere una población representativa para expresarse adecuadamente.

En primer lugar, entre la tríada, y un punto de común malentendido de su modelo, se encuentra el proceso de atención, que, como sugirió Donabedian, representa el enfoque más directo y confiable para evaluar la calidad. En la

medida en que el proceso de atención fue consistente con las normas de buena atención médica en el momento en que se brindó, se ha cumplido el criterio de calidad <sup>20</sup>, en el proceso de referencia para que prioricen las patologías más frecuentes, causantes de mortalidad como son la preeclampsia, los factores predisponentes para hemorragias y sepsis.

La OMS hace suyas las recomendaciones que instan a las autoridades sanitarias a orientar de forma clara las políticas nacionales hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud y el establecimiento de mecanismos para medir los progresos logrados. Se necesitan políticas que se dirijan explícitamente a mejorar la calidad de los servicios de salud, y allí donde existan múltiples iniciativas para la mejora de la calidad, es deseable combinarlas en un esfuerzo coordinado y sistemático para mejorar la atención en todo el sistema de salud <sup>22</sup>. Esta recomendación de la OMS ligada a construir sistemas de salud de atención universal, pero al mismo tiempo instaurar el control de la calidad para la prestación de servicios, incluso se tiene un libro de bolsillo para fortalecer las acciones *Manual para la política y estrategia nacional de calidad*, en nuestro país se dio el paso con la (ley N.º 1152) Ley Modificatoria A La Ley N.º 475 De 30 De diciembre De 2013, De Prestaciones De Servicios De Salud Integral Del Estado Plurinacional De Bolivia, Modificada Por Ley N.º 1069 De 28 De Mayo De 2018.

Por lo tanto, los profesionales de esta rama deben tener presente, a través de sus acciones, los siguientes principios: No maleficencia: tiene la obligación de no hacer daño, siempre tiene que hacer el bien. Beneficencia: exige hacer el bien, debe procurar el mayor beneficio posible, sin hacer daño. Justicia: obliga a tratarlos por igual, sin discriminar, por ninguna circunstancia. Autonomía: se define como la capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones en relación a su padecimiento. Vulnerabilidad: especial consideración con las limitaciones del paciente o su familia. Dignidad: el trato que merece toda persona, lo que no tiene precio. Integridad: para conservar la unidad del ser

humano en su totalidad <sup>23</sup> hoy en día, por las constantes demandas por negligencia médica, se practica una medicina a la defensiva, esto causa que el proceso de atención se vuelva moroso y burocrática y como ejemplo en la atención el colega, pese que el paciente cuenta con un laboratorio solo de un día, para su valoración vuelve a pedir todos los laboratorios que tiene el paciente, para respaldar las decisiones diagnósticas y de tratamiento sin importar, las demoras que produce para la atención del paciente.

La calidad, concluyó Donabedian, "no está representada por el estado de salud, sino por la medida en que se logran las mejoras posibles en el estado de salud". Es decir, la calidad de la atención médica no se define por el destino de salud final de un paciente, sino más bien por la distancia que se recorrió para llevar al paciente a ese destino. Haríamos bien en recordar este punto cuando, por ejemplo, intentemos comparar las calificaciones con estrellas de Medicare para las farmacias que prestan servicios a poblaciones muy diferentes, en las que las mejoras que son posibles de manera realista pueden diferir notablemente, un matiz que solo se ha reconocido recientemente y aún por resolver <sup>21</sup>. En enfoque que tiene la normativa nacional en la atención, prenatal tanto con el continuo de la vida y la norma nacional de atención clínica, está enfocada más a la urgencia y emergencia, y lo que se pretende con este trabajo es fortalecer la prevención con diagnóstico precoz, así reducir la morbimortalidad materna.

En cuanto a la gestión de la calidad, es la función directiva que desarrolla y aplica la política de calidad a través de cuatro procesos: planificación de la calidad, organización de la calidad, control de calidad y mejora de la calidad. La planificación de la calidad, consiste en la definición de políticas de calidad, objetivos y estrategias; determinación de quienes son los clientes y sus necesidades; desarrollo de procesos y servicios o productos. La organización de la calidad, es la estructura organizativa, los procesos y recursos para gestionar la calidad. Incluye funciones, tareas y coordinación. Control de

calidad, se refiere a las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Se mide la calidad real, comparándola con las normas y se actúa sobre la diferencia. Finalmente, la mejora de la calidad es el proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento <sup>21</sup>. Con este trabajo lo que se quiere es la mejora de la calidad en el proceso de referencia, para lograr establecer criterios de referencia en tiempos enmarcados en la edad gestacional, el diagnóstico y la estabilidad hemodinámica del paciente, en marcado en cumplir acciones de los niveles de prevención primaria y secundaria con diagnóstico precoz y tratamiento temprano y oportuno.

La evaluación de la percepción del cliente sobre la calidad del servicio es crucial para identificar el área de necesidad crítica de mejora, así como proporcionar una línea de base para evaluar el efecto de las intervenciones para mejorar la calidad de cuidado con espíritu de garantía de calidad <sup>24</sup>. Para conocer en nivel de calidad de la referencia gineco obstétrica, en el Centro de Salud Franz Tamayo; nos enfocaremos en la mejora del proceso, ya que en nuestras manos nos encuentra la factibilidad para incidir en la estructura.

Donabedian, quien define a la calidad de la atención como “el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tomado en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperados en todas las fases del proceso asistencial”, lo que hace referencia a que la calidad, tanto en el campo de la salud como en otras áreas del conocimiento, se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados de una técnica o de un procedimiento, en otras palabras, “hacer bien las cosas correctas” <sup>25</sup>.

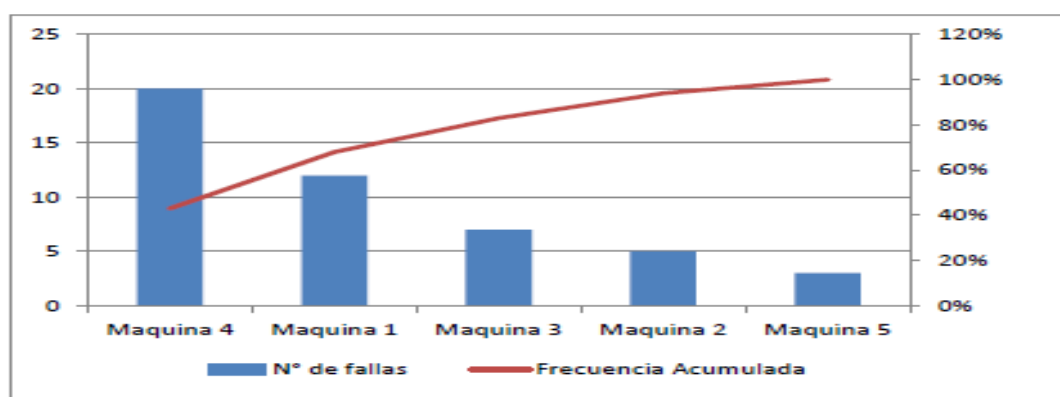
#### **VI.I.VI. Diagrama de Análisis de Pareto Explicación.**

Es una gráfica para organizar datos de forma que estos queden en orden descendente, de izquierda a derecha y separados por barra. Las barras

representan los factores que provocan un efecto o un problema. Al asignar un orden de prioridad a los factores se puede identificar las causas principales que originan el problema. En otras palabras, es una representación gráfica de los datos obtenidos sobre un problema, que ayuda a identificar cuáles son los aspectos prioritarios que hay que tratar. También se conoce como “Diagrama ABC” o “Diagrama 20-80”. Se fundamenta en considerar que un pequeño porcentaje de las causas o riesgos, el 20%, producen la mayoría de los efectos, el 80%. Se trataría pues de identificar ese pequeño porcentaje de causas “vitales” para actuar prioritariamente sobre él. Las características del Diagrama de Pareto permiten desarrollar el análisis, no sólo en función de la frecuencia de ocurrencia de un evento, sino también sobre la base de costos asociados, o la utilización conjunta de las dos formas, para confirmar los resultados <sup>25</sup>. Con este instrumento priorizamos los problemas identificados para enfocarnos en el 20 representado en las patologías más frecuentes gineco obstétricas en primer nivel de atención.

FIGURA NRO. 1

DIAGRAMA DE PARETO EJEMPLO.



Fuente: técnicas y herramientas para el control de procesos y la gestión de la calidad, para su uso en la auditoría interna y en la gestión de riesgos Chile 2015

## VI.II Marco Jurídico

El marco legal del componente de Referencia y Contra referencia es amplio, a continuación, se presentan las principales regulaciones vigentes:

- La Constitución Política del Estado, en sus Artículos; 18, 30, 35, 40, 42, 44.
- Ley N.º 15629 de 8 Julio del 1978 “Código de Salud de la República de Bolivia” Artículo 5, e) A ser atendido por cualquier servicio médico público o privado en caso de emergencia, al margen de cualquier consideración económica o del sistema de atención médica a que pertenece el paciente.
- D.S. N.º 29601, del 11 de junio 2008; “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”. que en el párrafo II del artículo 10 del capítulo II Estructura de la Red de Salud, indica “Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción”
- R.M. N.º 737, 21 de abril de 2009; Reglamento de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Art 22 **Funciones Básicas del Primer Nivel**, d) Aplicación de la normativa de Referencia y Retorno de pacientes, incentivando cambios de actitud en el equipo de salud de los tres niveles, no solo hacia la persona sino también a la familia y la comunidad (Norma Nacional de Referencia y Retorno); Art. 23, **El Segundo Nivel...** se articula con el primer y tercer nivel además con el sistema médico tradicional mediante el componente de referencia y retorno; Art. 24 **El Tercer Nivel...** su misión es la de resolver problemas de salud de pacientes, cuya gravedad ha excedido la capacidad resolutoria de los

establecimientos de segundo nivel, se activa mediante el componente de referencia y retorno.

- Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” N.º 031 de 19 de julio de 2010, artículo 81. (Salud).
- R.M. N.º 0039, 30 de enero de 2013; Norma Nacional de Referencia y Contra referencia.
- Reglamento para la aplicación técnica, y administrativa de la ley N° 1152 de 20 de febrero 2019; Ley Modificatoria A La Ley N°475 De 30 De diciembre 2013 de Prestaciones De Servicios De Salud Integral Del Estado Plurinacional de Bolivia; modificada por la ley nº 1169 de 28 de mayo de 2018,” hacia el sistema único de salud universal y gratuito” RM N° 0132, 27 de marzo de 2019.

### **VI.III Marco Contextual**

#### **VI.III.I.Ubicación geográfica**

El centro de Salud Franz Tamayo es un centro de salud ambulatorio de 12 horas de atención que se encuentra en transición a un centro de salud integral con la colaboración de la ONG médicos sin Fronteras, inmerso en el subsistema público de salud, se encuentra en el distrito 14 en el límite del área urbana del Municipio de El Alto, ubicado al noreste de la ciudad de El Alto en la Urbanización Franz Tamayo perteneciente a la Red Lotes y Servicios y al Servicio Regional de Salud El Alto (SERES El Alto) que depende del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES La Paz), ubicado en camino a Laja a tres cuadras de la Avenida Buenos Aires. Tiene a su cargo 5 zonas Bautista Saavedra U.V. "Ch" Cód.744; Tamayo Sector "B" Cód.763; Franz Tamayo Sector "C" Cód.764, Estos tres primeros con consultorios vecinales; Franz Tamayo Sector "D" Cód.765; Franz Tamayo Franz Cód.762.

### VI.III.II. Características de la población

Se cuenta con una población asignada por la coordinación de Red para la gestión 2019.

La mayoría de la población es migrante del área rural del departamento de La Paz, el nombre de Franz Tamayo tiene nexos con la provincia Caupolicán una de las más antiguas del departamento, actualmente conocida como Provincia Franz Tamayo, y como capital la población de Apolo, como los primeros pobladores de la zona, la característica de esta población es que son más de valles y zonas subtropicales con cultura entre quechua, aymara y Lecos.

También la migración es más próxima de provincias del altiplano del departamento, como son Los andes próximos a Laja; de la provincia Ingavi como es Taraco, Guaqui y alrededores, además de la Provincia Manco Kapac, Omasuyos, con diferencias culturales específicas para cada provincia y comunidad, pero que en general comparten la lengua aymara y abrazan como identidad de pertenencia.

Tabla N°2 Población asignada Centro de Salud Franz Tamayo

EESS	Población asignada	Población de menor de 5 años	Población mayor a 60 años	Mujeres en edad Fértil (15 a	25 a 64 años Mujeres (PAP)	Embarazos Esperados	Partos Esperados
Centro de salud Franz Tamayo	13393	4242	1650	2614	1089	548	292

Fuente: Coordinación de Red de salud Lotes y servicios; de El Municipio El Alto.

Además de contar con tres consultorios vecinales ubicados en las zonas

**HORARIO DE ATENCION** lunes a domingo 24 horas Con el apoyo desde la ONG's Médicos Sin Frontera.



La Red de Salud Lotes y Servicios, dependiente del Servicio Regional de salud El Alto, Servicio Departamental de La Paz, es un conjunto de 13 establecimientos de salud públicos y 2 ONGS, 1 Privada 1 Iglesia y 1 de Seguridad Social, con diferentes Programas, cuyo fin esencial es la prevención de la salud brindando para ello un servicio, con Calidad, Calidez y Tecnología. Proyectada hacia la comunidad de los distritos Municipales 4, 7, 9, 11 y 14 del Municipio del Alto (26).

#### Área de Influencia Gerencia de Red Lotes Y Servicios

Superficie 13885 Km.2 aproximadamente

Altitud 3.593 msnm.

El tipo de vivienda en la zona asignada se encuentra en proceso de urbanización, cuenta con todos los servicios básicos, en la periferia no cuenta con todos los servicios básicos y en las zonas aledañas no tienen servicios básicos.

El centro de salud fue entregado 17 febrero en la gestión 2004, por el Dr. Fanor Nava. Ubicado entre la Avenida pasaje Prado.

El personal lo constituyen, 2 médicos generales del SEDES La Paz, 3 médicos tiempo completo del ministerio de salud, 1 médicos de apoyo de la ONG Médicos sin frontera un odontólogo tiempo completo y medio tiempo del SEDES La Paz, 2 auxiliar de enfermería del SEDES La Paz, y 3 del ministerio de salud, un Laboratorista y técnico radiólogo contrato municipal, además de cuatro licenciada en enfermería de la ONG y un médicos sin Frontera dos recaudadores, una farmacéutica y personal de portería con ítem municipal.

La infraestructura nueva, constituida por 2 consultorios médicos, un consultorio odontológico, enfermería, cadena de frio, recaudación, farmacia y sala de recepción conjunta.

Consultorio Dental: Brinda atención integral de salud oral, de primer nivel; a toda la población de la zona.

Dentro de su cartera de servicios ofrece al usuario las atenciones en:

Medicina General (atención de parto, consulta externa; emergencias urgencias programa Tuberculosis; anticoncepción; Prevención de CACU, y otros programas subsistema publico)

Odontalgia General (Aplicación de flúor, selladores y charlas educativas, Exodoncias, obturaciones, tratamientos endodónticos, etc.). Tratamientos de emergencia

Enfermería General (programa PAI; Nutrición, y otros programas subsistema publico)

Laboratorio Básico

Servicio de Radiografías

Farmacia Institucional Municipal

1er CPN Antes 5 Mes 2017: 98 (28%); 2018: 114 (53%); 1er CPN Después 5 Mes 2017: 45 (20%)2018: 48 (22%); Proporción 4tocpn 2017:76 (37%) 2018: 112 (55 %).

Índice de abandono de vacunación de 3ra pentavalente tiene que ser menor al 5% en la gestión 2018 se llegó a 3.4 %.

## **VI.IV Patologías obstétricas**

### **VI.IV.I. Preeclampsia**

Preeclampsia: Se define como la presencia sostenida de hipertensión durante el embarazo desde las 20 semanas, dinámica y progresiva, con una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg; esta medición será en posición sentada, con 5 minutos de reposo y en el mismo brazo, con base en el promedio de dos mediciones con intervalo de 15 minutos.

La hipertensión es un síndrome multisistémico; podrá estar asociada con proteinuria y en ocasiones edema, signos de encefalopatía hipertensiva o lesión de órgano blanco<sup>19</sup>. En el municipio de el Alto, es una de las causas más

frecuentes de mortalidad materna, y en muchos casos es por el descuido del paciente pese a contar con la referencia, por el miedo a la cesárea, se piensa que aquellos que se realizan, tal operación ya no puede alzar objetos pesados, y por tanto no podrán trabajar, y aferrados a esta idea tratan de esquivar la atención médica.

la preeclampsia forma parte del espectro clínico de ciertas condiciones agrupadas bajo el término de estado hipertensivo del embarazo, único en seres humanos, caracterizada por una respuesta vascular anormal a la placentación, que se asocia hipoperfusión tisular, aumento de la resistencia vascular sistémica, daño endotelial, consumo plaquetario y activación del sistema de coagulación.

La preeclampsia complica entre el 6 al 8% de todos los embarazos y es responsable de aproximadamente 200000 muertes maternas a nivel mundial, la OMS ha informado que muere una mujer por esta causa cada 7 minutos.

La Organización Mundial de la Salud Define hipertensión arterial en el embarazo como la elevación de la presión arterial igual o mayor a 140 mmHg en la sistólica y de 90 mmHg en la diastólica tomando como valor de la diastólica la fase v los ruidos de korotkoff <sup>27</sup>.

— El primer nivel de atención debe pesquisar y monitorear a embarazadas de alto riesgo para tratar y referir ante la aparición de señales de peligro.

— La preeclampsia no es una patología a manejarse en primer nivel de atención. Debe informarse al personal de salud de primer nivel, que, ante una embarazada con hipertensión arterial, debe ser referida una vez iniciado el tratamiento (nifedipino 10 mg por vía oral cada 8 horas) y si se evidencia PA elevada + signos de vasoespasmo, iniciar la administración de sulfato de magnesio y REFERIR a segundo o tercer nivel de atención.

— La preeclampsia severa y eclampsia deben ser manejadas y tratadas en segundo o tercer nivel <sup>19</sup>. Es necesario realizar las acciones de prevención y

sobre todo el diagnóstico precoz para un tratamiento adecuado y sobre todo una referencia oportuna ya que la preeclampsia es una de causas más frecuentes de mortalidad en el municipio de El Alto.

#### **VI.IV.II. Cesárea previa**

El tratamiento de la mujer sometida a cesárea previa ha sido, por muchas razones, un tema controversial durante más de 100 años. A principio del siglo 20, la cesárea era bastante segura. Sin embargo, conforme las mujeres vivieron en la primera cirugía Y concibieron de nuevo, se observó que tenía el riesgo de ruptura uterina <sup>17</sup>. Es de aquí que existen aforismos en los que indica *"una vez cesárea, siempre cesárea"*. 1916 Craigin, pero que el riesgo de un parto después de la cesárea, tiene mayor compromiso tanto para la madre como para el producto, pese a que continua en estudios, ya que solo el 10% de los partos deberían ser cesáreas, actualmente a nivel mundial bordea el 30%, transformándose en un problema económico, para los sistemas de salud.

En Estados Unidos, la mayoría de las mujeres con una cesárea previa se somete a una cesárea desde petición por el temor a intentar una prueba de trabajo de parto, incluso aquellas que tienen criterios excelentes que pronostica una prueba de trabajo de parto satisfactoria después de una cesárea previa. Esta elección conlleva una serie de complicaciones maternas importantes y su frecuencia aumenta en las mujeres que han tenido cirugías <sup>17</sup>. La complicación más frecuente fue la rotura uterina, por eso ante tal eventualidad, se recomienda que:

Las tendencias temporales en los efectos del intento de parto vaginal después del parto por cesárea sobre la morbilidad y la mortalidad neonatales graves han mostrado un aumento preocupante en los últimos años, y se requieren más estudios para identificar la causa de este desarrollo inesperado. Los intentos de garantizar la seguridad del intento de parto vaginal después de un parto por cesárea deben continuar centrándose en la selección adecuada de las

candidatas y el seguimiento cuidadoso del trabajo de parto y el parto entre las mujeres con un parto por cesárea anterior <sup>28</sup> muchos proveedores de salud, optan por referir, pero por idiosincrasia de los pacientes muchos llegan ya con trabajo de parto activo, y para cesárea de emergencias que hasta completar laboratorios y otros aumentan el riesgo de complicaciones.

#### Referencia y contrarreferencia

La edad gestacional más frecuente de cesáreas se realizó entre las 37 y 41 semanas de gestación <sup>29</sup>

Cuando en el primer nivel de atención se detecta que una paciente embarazada tenga el antecedente de una cesárea, deberá ser enviada al segundo nivel de atención para su seguimiento y manejo, preferentemente entre la semana 34 y 36 de gestación.

Una vez que el embarazo ha sido resuelto, la paciente será contra referida a primer nivel de atención <sup>5</sup>. La edad gestacional es muy importante para tomar acciones, es ideal en este periodo para programar y coordinar con la familia y concientizar del riesgo al que se expone al realizar la prueba de parto, pero sin comunicar a ningún proveedor de salud, la bibliografía es clara que si se pretende realizar parto después de la cesárea debe ser solo en hospitales con la capacidad de dar respuesta ante la posibilidad de complicaciones como la rotura uterina o el , sufrimiento fetal agudo, para dar respuesta inmediata.

#### **VI.IV.III. Rotura prematura de membranas/oligohidramnios**

A nivel mundial, existe una ligera diferencia en la prevalencia de rotura prematura de membranas y esto podría deberse a la diferencia en la población estudiada. La incidencia de rotura prematura de membranas varía de aproximadamente el 5% al 10% de todos los partos, y la rotura prematura de membranas ocurre en aproximadamente el 3% de todos los embarazos. Aproximadamente el 70% de los casos de rotura prematura de

membranas ocurren en embarazos a término, pero en los centros de referencia, más del 50% de los casos pueden ocurrir en embarazos prematuros. La rotura prematura de membranas es la causa de aproximadamente un tercio de todos los nacimientos prematuros <sup>31</sup>. Para estar a la par de las nuevas tecnologías, también se debería uniformar criterios ecográficos en relación, a esta patología para que los proveedores puedan dar una sospecha diagnóstica con la ayuda de este examen complementario, y no esperar a que el paciente presente una clínica florida.

La rotura prematura de membranas representa aproximadamente un tercio de todo el parto prematuro. La prevención de las complicaciones del embarazo a través de una mejor comprensión y una intervención adecuada es de vital importancia para mejorar los resultados tanto maternos como neonatales. Las causas de la rotura prematura de membranas son multifactoriales e incluyen: remodelado anatómico patológico, morfología de la membrana alterada, complicaciones de procedimientos invasivos, inflamación y factores genéticos <sup>32</sup> en boga se está investigando la posibilidad de un proceso de coagulación desencadenado por un patógeno bacteriano, que predispone, a la rotura prematura de membranas.

La rotura prematura de membranas rpm es la pérdida de la integridad la sacó ovular con la subsiguiente salida de líquido amniótico, con independencia de la edad de gestación Y antes del inicio del trabajo de parto <sup>15</sup>.

La RPM es la entidad obstétrica que, de forma aislada, se asocia con más frecuencia al parto término. Asimismo, la RPM puede producir serios problemas tanto maternos como perinatales, debido a la pérdida del aislamiento del microambiente fetal con posible sepsis materna y neonatal.

Tiempo de latencia es El lapso de tiempo que media entre la rotura de la membrana y el inicio del parto se define como periodo de latencia. Duración puede variar desde una hora hasta semanas o meses.

Lo habitual es que las contracciones de parto comiencen antes de las 24 horas después de producida la rotura (el periodo de latencia es más corto Cuanto más avanzado este el embarazo).

No existe unanimidad en la literatura obstétrica a la hora de determinar la duración del período de latencia necesaria para definirla rpm.

Sin embargo, existe un criterio compartido por diversas escuelas desde que ir un periodo de latencia superior a 12 horas. Creemos que, efectos prácticos, y para establecer una adecuada conducta obstétrica, es mejor aceptar como requisito para la definición de rpm un tiempo de latencia de una hora.

Entre el 60 y el 80% de la rotura prematura de membranas se producen en embarazos a término, de más de 37 semanas, pero lo que ocurren antes del término están implicadas en la tercera parte los partos que tienen lugar pretérmino <sup>15</sup>.

Etiología es la Insuficiencia ístmico – cervical Numerosas anomalías de la gestación pueden asociarse con rpm por ejemplo las hemorragias obstétricas placenta previa el hidramnios el embarazo gemelar la situación transversa y otras anomalías de la estática fetal Incluso se ha achacado a posibilidad de producir una RPM a la hiperactividad fetal <sup>15</sup>. A esto se añaden los factores mecánicos iatrogénicos ambientales, alimentarios, y hábitos que con llevan a la Infección tanto del producto como de la gestante.

El diagnóstico de la rpm se fundamenta en la anamnesis exploración obstétrica y las pruebas complementarias en la anamnesis el 90% de los casos el diagnóstico de la rpm es sencillo pues se basa en que la mujer es refiere haber expulsado líquido por la vagina está expulsión de líquido puede ser continua o intermitente puede confundirse en ocasiones con una emisión involuntaria de orina o con una pérdida de carácter acuoso de moco cervical mezclado con flujo vaginal cuando el diagnóstico no está claro Hay que recurrir a otros medios

para confirmarlo <sup>33</sup> los exámenes complementarios son escasos en primer nivel, por tanto la actualización clínica o al talento humano periódico y las gestiones para fortalecer laboratorios son importantes también la construcción o el diseño de las guías, protocolos para primer nivel de atención.

Pronóstico fetal y neonatal: La mortalidad perinatal está aumentada en los casos de RPM sus cifras varían según los autores entre 70 y 250 por 1000 nacidos depende fundamentalmente de dos factores la prematuridad y la infección. Pero pueden añadirse otros como la mayor frecuencia de presentaciones anómalas nalgas y la posibilidad de un prolapso de cordón por falta de acomodación de la presentación Asimismo en RPM de muy larga duración anterior a 26 semanas podría parecer el síndrome achacable oligoamnios <sup>33</sup>. Nos muestra la relación que se tiene con las patologías obstétricas más frecuentes que acuden a la consulta médica en el centro de salud Franz Tamayo.

Aclarado lo anterior en la conducta obstétrica puede distinguirse dos situaciones completamente distintas según que la gestación este a término o no <sup>33</sup>. Pese a realiza las referencias al 2do nivel la recomendación de la maduración fetal no se cumple. sí con la profilaxis antibiótica. los hospitales los atienden por consulta externa y en muchos casos retornan con un tiempo de latencia mayor.

Se recomienda la administración de antibióticos para mujeres con rotura prematura de membranas y pródromos de parto.

No se recomienda la administración rutinaria de antibióticos en mujeres con rotura de membranas en el término del embarazo (o cercano) y parto inminente (< 6 horas).

No se recomienda la administración rutinaria de antibióticos en mujeres con líquido amniótico teñido de meconio. Se recomienda profilaxis antibiótica de rutina en mujeres en quienes se realiza extracción manual de placenta.



No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina en mujeres con un parto vaginal quirúrgico/asistido (fórceps, vacuum). Se recomienda profilaxis antibiótica de rutina para las mujeres con desgarro perineal de tercer o cuarto grado.

No se recomienda profilaxis antibiótica de rutina en mujeres con episiotomía. No se recomienda profilaxis antibiótica de rutina en mujeres con parto vaginal sin complicaciones <sup>19</sup>.

#### **VI.IV.IV. Situación Pélvica o Trasversa**

Los factores más relevantes, asociados con una importancia equilibrada tanto cesárea primaria como con cesárea primaria planificado en la presente investigación, fueron la presentación de nalgas y la placenta previa / desprendimiento de placenta / hemorragia ante parto. La mala presentación se informó como la tercera indicación para realizar una cesárea en un estudio reciente sobre 228.562 parturientas afiliadas al Consortium on Safe Labor en los EE. UU. De 2002 a 2008 <sup>34</sup>.

Cerca del término, el feto que se siempre se voltea espontáneamente hasta adquirir una presentación cefálica conforme el volumen creciente los glúteos busca el fondo que es más espacioso. Sin embargo, cuando los glúteos o piernas del feto entran en la pelvis antes que la cabeza, una presentación se denomina pélvica <sup>17</sup>. Es importante tener acceso a exámenes complementarios y correlación clínica para decidir una referencia adecuada, Justa y oportuna

#### **Clasificación de las presentaciones pélvicas**

Las relaciones variables entre las extremidades inferiores y glúteos del feto en presentación pélvica forma en categorías presentación pélvica franca completa e incompleta <sup>17</sup>.

## VII DISEÑO METODOLÓGICO

### VII.I Tipo de Estudio

El presente estudio es: cuantitativo no experimental transversal descriptivo.

#### Cuantitativo

“La investigación cuantitativa debe ser lo más “objetiva” posible. Los fenómenos que se observan o miden no deben ser afectados por el investigador, quien debe evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros.

Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado (el proceso) y se debe tener presente que las decisiones críticas sobre el método se toman antes de recolectar los datos.

En una investigación cuantitativa se intenta generalizar los resultados encontrados en un grupo o segmento (muestra) a una colectividad mayor (universo o población). También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse”<sup>36</sup>.

#### No experimental

Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que *no* hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la *investigación no experimental* es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009b)<sup>36</sup>.

#### Corte transversal

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede <sup>36</sup>.

El diseño de corte transversal se clasifica como un estudio observacional de base individual que suele tener un doble propósito: descriptivo y analítico. También es conocido como estudio de prevalencia o encuesta transversal; su objetivo primordial es identificar la frecuencia de una condición o enfermedad en la población estudiada y es uno de los diseños básicos en epidemiología al igual que el diseño de casos y controles y el de cohortes <sup>37</sup>.

### Descriptivo

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción <sup>36</sup>.

## **VII.II Área de Estudio**

El centro de Salud “ Franz Tamayo ” es un centro de salud ambulatorio de 12 horas de atención que se encuentra en transición a un centro de salud integral, ubicado al noreste de la ciudad de El Alto en la Urbanización Franz Tamayo perteneciente a la Red Lotes y Servicios y SERES El Alto, SEDES La Paz.

Tiene a su cargo 5 zonas Bautista Saavedra U.V. "Ch"; Tamayo Sector "B"; Franz Tamayo Sector "C"; Franz Tamayo Sector "D"; Franz Tamayo Franz.

Se cuenta con una población asignada de 13393, distribuida por grupos etarios Población de menor de 5 años 4242; Población mayor a 60 años 1650; Mujeres

en edad Fértil (15 a 49 años) 2614; 25 a 64 años Mujeres (PAP) 1089 Embarazos Esperados 548; Partos Esperados 292.

La mayoría de la población es migrante del área rural del departamento de La Paz, Provincia Franz Tamayo, Los Ingavi Manco Kapac, Omasuyos que en general comparten la lengua aymara y abrazan como identidad de pertenencia.

Área de Influencia Gerencia de Red Lotes Y Servicios

Superficie 13885 Km.2 aproximadamente

Altitud 3.593 msnm.

Cuenta con todos los servicios básicos, en la periferia no cuenta con todos los servicios básicos y en las zonas aledañas no tienen servicios básicos.

El centro de salud fue entregado 17 febrero en la gestión 2004, por el Dr. Fanor Nava. Ubicado entre la Avenida pasaje Prado.

El personal lo constituyen, 5 médicos generales, un odontólogo tiempo completo y medio tiempo, 5 auxiliar de enfermería un Laboratorista y técnico radiólogo y 4 licenciadas en enfermería de la ONG dos recaudadores, una farmacéutica y personal de portería.

La infraestructura nueva, constituida por 2 consultorios médicos, un consultorio odontológico, enfermería, cadena de frio, recaudación, farmacia y sala de recepción conjunta

Dentro de su cartera de servicios ofrece al usuario las atenciones en:

Medicina General, Odontalgia General, Enfermería General, Laboratorio Básico, Servicio de Radiografías, Farmacia Institucional Municipal.

1er CPN Antes 5 Mes 2017: 98 (28%); 2018: 114 (53%); 1er CPN Después 5 Mes 2017: 45 (20%)2018: 48 (22%); Proporción 4tocpn 2017:76 (37%) 2018:

112 (55 %). El Índice de abandono de vacunación de 3ra pentavalente, en la gestión 2018 se llegó a 3.4 %.

### **VII.III Población de Estudio (Universo)**

El Universo. 83 referencias gineco obstétricas que se realizaron desde Centro de salud Franz Tamayo a hospitales de segundo y tercer nivel. En el primer semestre de 2019.

Unidad de análisis nivel de calidad de las referencias gineco obstétricas desde el centro de salud Franz Tamayo de la red de salud lotes y servicios del municipio El Alto, a los hospitales de segundo y tercer nivel del primer semestre en la gestión 2019.

Una vez que se ha definido cuál será la unidad de análisis, se procede a delimitar la población que va a ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados. Así, una *población* es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones <sup>36</sup>.

### **VII.IV Tamaño de muestra**

Se trabajará en el total de la población

La *muestra* es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos *población*. Con frecuencia leemos y escuchamos hablar de muestra representativa, muestra al azar, muestra aleatoria, como si con los simples términos se pudiera dar más seriedad a los resultados. En realidad, pocas veces es posible medir a toda la población, por lo que obtenemos o seleccionamos una muestra y, desde luego, se pretende que este subconjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población. Todas las muestras (en el enfoque cuantitativo) deben ser representativas; por tanto, el uso de los términos al azar y aleatorio sólo denota un tipo de procedimiento

mecánico relacionado con la probabilidad y con la selección de elementos o unidades, pero no aclara el tipo de muestra ni el procedimiento de muestreo <sup>35</sup>.

#### **VII.V Criterios de Inclusión**

Gestantes que recibieron atención en centro de salud Franz Tamayo y después fueron referidas por patologías gineco obstétricas a un hospital de segundo o tercer nivel en el primer semestre de la gestión 2019

Gestantes con domicilio en el área de influencia del centro de salud Franz Tamayo.

Pacientes gestantes que se encuentran adscritas al sistema de salud universal (SUS) del sub sector público.

Gestantes que mínimo realizaron por lo menos un control prenatal en el centro Franz Tamayo el primer semestre 2019

#### **VII.VI Criterios de Exclusión**

Pacientes referidas que recibieron atención y fueron referidas pertenecientes a la seguridad a corto plazo o de las distintas cajas de salud (subsector seguridad social)

Paciente gestante referida a segundo o tercer nivel para valoración para exámenes complementarios de laboratorio o ecografía.

## VII.VII Mediciones

Tabla N°3 Operacionalización de variables.

Objetivos Específicos	Variable	Definición Operacional	Tipo	Escala
<p>Conocer el nivel de llenado de los ítems del Formulario N°1 (Referencia) en las patologías gineco – obstétricas, desde el centro de salud Franz Tamayo de la red de salud lotes y servicios del municipio de El Alto; a los hospitales de segundo y tercer nivel, en el primer semestre 2019</p>	<p>Llenado de las referencias</p>	<p>Llenado completo de los ítems del formulario N.º 1 de referencia</p>	<p>cualitativo ordinal político</p>	<p><b>Excelente</b>= llenado de todos los ítems (23);  <b>bueno</b>=llenado de un ítem ausente (22);  <b>regular</b> =dos ítems (21) ausentes; <b>deficiente</b>=tres ítems ausentes o más (20)            (TENDRA UN VALOR DEL 25% PARA LA EVALUACION GLOBAL DEL NIVEL DE CALIDAD DE LA REFERENCIA GINECO OBSTERICA)</p>

Identificar si las referencias de patologías gineco obstétricas, cumplen criterio de Adecuado, Justificado y Oportuno desde el centro de Salud Franz Tamayo, a los hospitales de segundo y tercer nivel en el primer semestre 2019	Referencias gineco obstétricas adecuada	Luego de haber acabado su capacidad resolutive remite al usuario a un EESS de mayor complejidad	cualitativo ordinario político	<p><b>Referencia muy adecuada=</b> referencia entre las 34 a 35 semanas de edad gestacional (2);</p> <p><b>referencia adecuada=</b> referencia entre las 36 a 37 semanas de edad gestacional (1);</p> <p><b>referencia poco adecuada=</b> referencia entre las 38 a 42 semanas de edad gestacional o 33 Sem. y menores (0)</p> <p>(TENDRA UN VALOR DEL 25% PARA LA EVALUACION GLOBAL DEL NIVEL DE CALIDAD GLOBAL DEL NIVEL DE CALIDAD DE LA REFERENCIA GINECO OBSTERICA)</p>
	Referencias gineco obstétricas justificada	Luego haber acabado su capacidad resolutive remite al usuario a un EESS de mayor complejidad para un diagnostico o tratamiento	cualitativo ordinario político	<p><b>diagnostico muy pertinente=</b> (2) En relación a las NNAC (Norma nacional de atención clínica) es exclusivo para segundo nivel; <b>diagnostico pertinente=</b> (1) En relación a las NNAC (Norma nacional de atención clínica) es en parte para primer y</p>



		especializado		segundo nivel; <b>diagnostico poco pertinente= (0)</b> En relación a las NNAC (Norma nacional de atención clínica) es exclusivo para primer nivel (TENDRA UN VALOR DEL 25% PARA LA EVALUACION GLOBAL DEL NIVEL DE CALIDAD GLOBAL...)
	Referencias gineco obstétricas oportunas	Luego haber acabado su capacidad resolutive remite al usuario a un EESS de mayor complejidad previendo la estabilidad vital y el tiempo	cualitativo ordinal política	<b>Oportuna= (2)</b> paciente con signos vitales estables; <b>Poco Oportuna= (1)</b> paciente con un algún signo vital alterado; <b>Inoportuna= (0)</b> paciente con signos vitales más de uno inestables  (TENDRA UN VALOR DEL 25% PARA LA EVALUACION GLOBAL DEL NIVEL DE CALIDAD GLOBAL DEL NIVEL DE CALIDAD DE LA REFERENCIA GINECO OBSTERICA; de los cuales llegar a un 100 o 75% será catalogado como EXCELENTE; de 74 a 50% ACEPTABLE; de 49 a 25% DEFICIENTE; por debajo de 24% MALO)

Fuente: Elaboración propia 2019

Se construye un instrumento (hoja de Verificación de la calidad de la referencia gineco obstétrica) para medir la el nivel de calidad de referencia obstétrica, en base a la escala de Likert (ver anexo N.º 7)

Posteriormente fue valorado y corregido, para la validación, y la aplicación del instrumento.

Donde el llenado se espera que de todos los ítems de la hoja de referencia el formulario N1, no debe existir vacíos, por tanto, el llenado excelente es de todos los ítems, la falencia de uno da a la valoración de bueno y de dos en regular; pero por encima de tres falencias catalogado como deficiente.

Para la medición de la referencia gineco obstétrica adecuada se clasifica, en ***muy adecuada*** la edad gestacional entre las 34 a 35 semanas de edad gestacional; referencia ***adecuada*** entre las 36 a 37 semanas de edad gestacional; y referencia ***poco adecuada*** entre las 38 a 42 semanas de edad gestacional o 33 semanas y menores.

En la medición de referencia gineco obstétrica justificada el diagnostico en comparación con la norma nacional de atención clínica es nuestro índice cardinal para conocer si nuestro accionar es justificado o no para la referencia a un nivel de mayor capacidad resolutive, y se la clasifico en ***diagnostico muy pertinente*** si en relación a las NNAC (Norma nacional de atención clínica) es exclusivo para segundo nivel; ***diagnostico pertinente*** en relación a las NNAC (Norma nacional de atención clínica) es en parte para primer y segundo nivel; y en ***diagnostico poco pertinente*** en relación a las NNAC (Norma nacional de atención clínica) es exclusivo para primer nivel, es decir no amerita referir al paciente.

En la medición de referencia gineco obstétrica oportuna va a la estabilidad vital del paciente en la referencia y la mejor manera de medir, es a través de los signos vitales y se definió de la siguiente manera ***Oportuna*** paciente con signos vitales estables; ***Poco Oportuna*** paciente con un algún signo vital alterado; ***Inoportuna*** paciente con signos vitales más de uno inestables.

Para la valoración global cada una de las cuatro variables, tiene una ponderación del 25%; para que al final nos dé el nivel de calidad de la referencia gineco obstétrica, y la escala que definiría el nivel es, llegar a un 100 o 75% será catalogado como **EXCELENTE**; de 74 a 50% **ACEPTABLE**; de 49 a 25% **DEFICIENTE**; por debajo de 24% **MALO**.

## VIII RESULTADOS

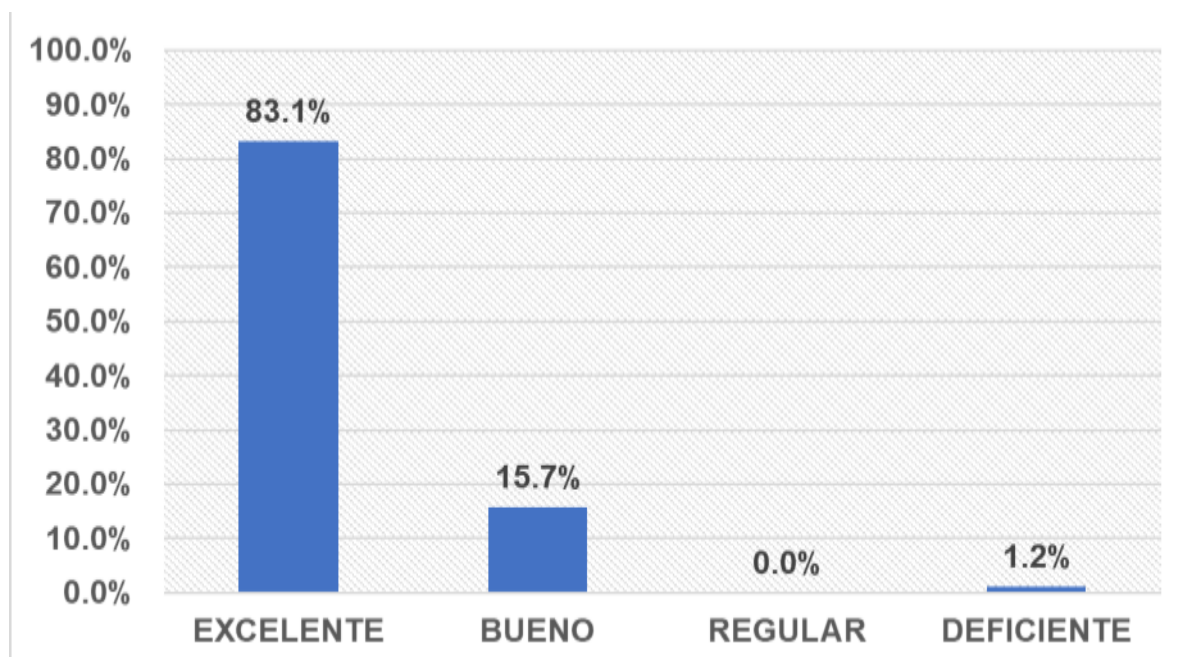
Los resultados han sido ordenados en base a los objetivos específicos y el objetivo general.

El primero, es Conocer el nivel de llenado de los ítems de las Referencia gineco – obstétricas, desde el centro de salud Franz Tamayo de la red de salud lotes y servicios del municipio de El Alto; a los hospitales de segundo y tercer nivel, en el primer semestre 2019.

De una población de 83 pacientes gestantes atendidos, que fueron referidos a los que se le aplicó, la hoja de verificación de la calidad de referencias gineco obstétricas.

FIGURA NRO. 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN LLENADO DEL FORMULARIO DE REFERENCIA, DE LAS ATENCIONES GINECO OBSTETRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO, PRIMER TRIMESTRE 2019.



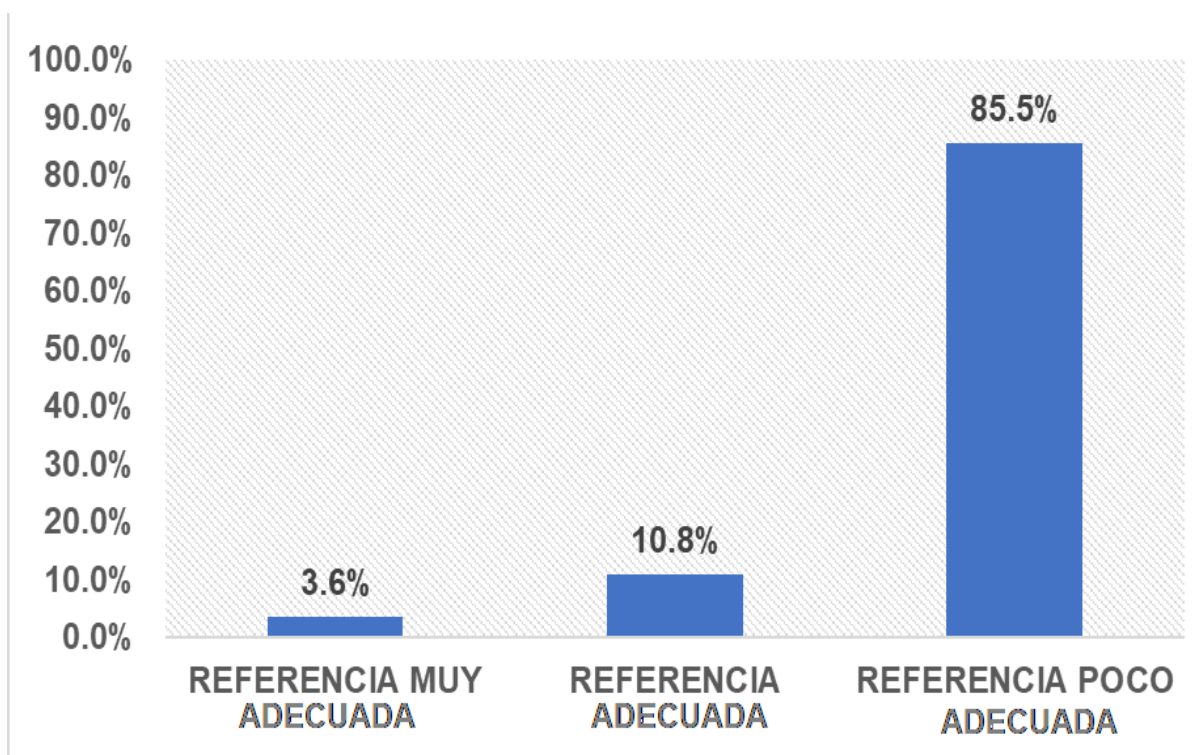
Fuente: hoja de verificación de la calidad de referencias gineco obstétricas

Centro de Salud Franz Tamayo 2019

El segundo, es Identificar si las referencias de patologías gineco obstétricas, cumplen criterio de Adecuado, Justificado y Oportuno desde el centro de Salud Franz Tamayo, a los hospitales de segundo y tercer nivel en el primer semestre 2019.

FIGURA NRO. 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN CRITERIO DE REFERENCIA ADECUADA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA, DE LAS ATENCIONES GINECO OBSTETRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO, PRIMER TRIMESTRE 2019.



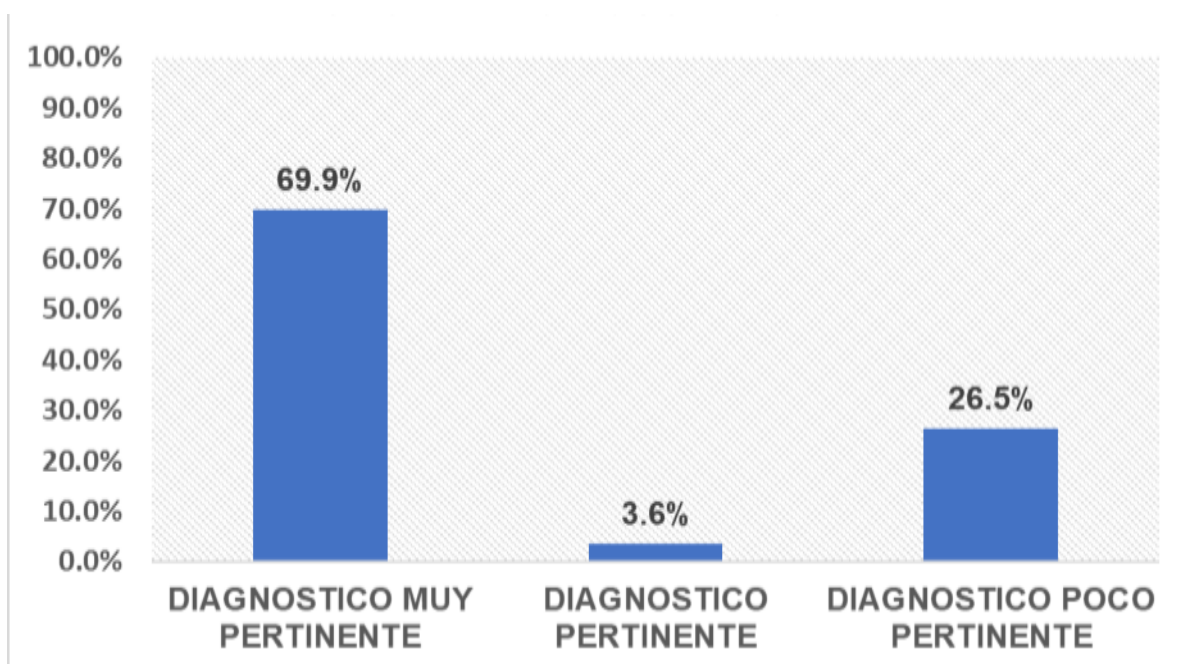
Fuente: hoja de verificación de la calidad de referencias gineco obstétricas Centro de Salud Franz Tamayo 2019.

Las referencias entre las 34 a 35 semanas de edad gestacional es REFERENCIA MUY ADECUADA; referencia entre las 36 a 37 semanas de edad gestacional; REFERENCIA ADECUADA referencia entre las 38 a 42

semanas de edad gestacional o de 33 semanas y menores; REFERENCIA POCO ADECUADA.

FIGURA NRO. 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN CRITERIO DE REFERENCIA JUSTIFICADA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA, DE LAS ATENCIONES GINECO OBSTETRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO, PRIMER TRIMESTRE 2019.

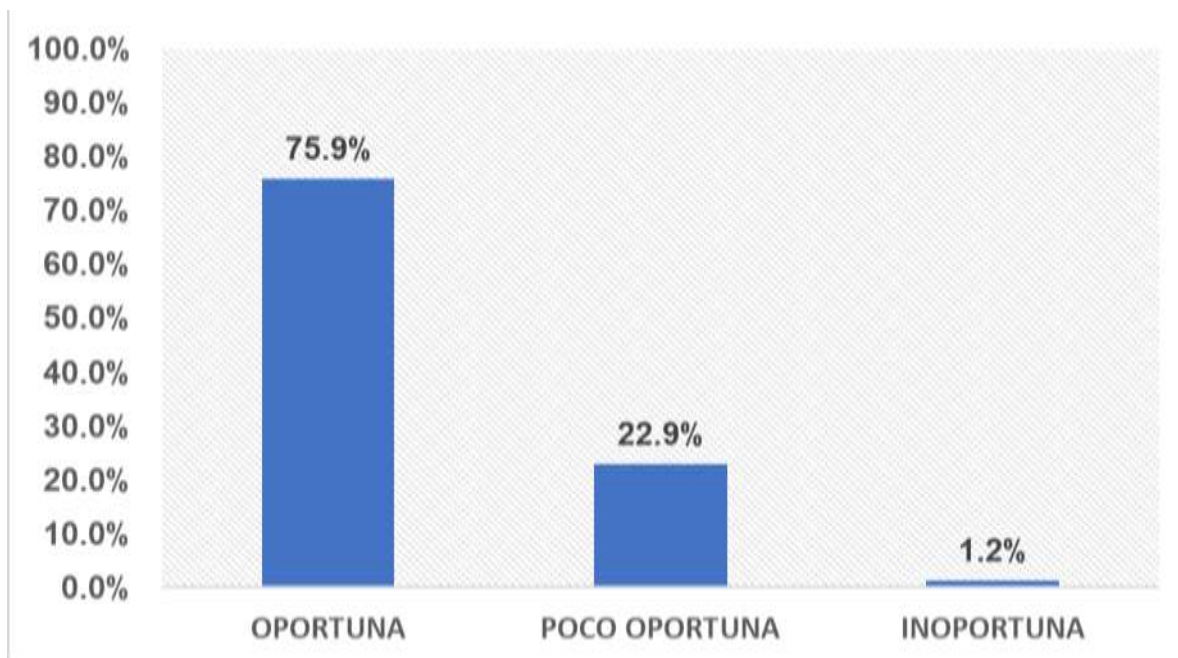


Fuente: hoja de verificación de la calidad de referencias gineco obstétricas Centro de Salud Franz Tamayo 2019

En relación a las NNAC (Norma Nacional de Atención Clínica) es exclusivo para segundo nivel; DIAGNOSTICO MUY PERTINENTE En relación a las NNAC es parte para 1er nivel y para segundo nivel; DIAGNOSTICO PERTINENTE; En relación a las NNAC es exclusivo para para primer nivel; DIAGNOSTICO POCO PERTINENTE.

FIGURA NRO. 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN CRITERIO DE REFERENCIA OPORTUNA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA, DE LAS ATENCIONES GINECO OBSTETRICA EN EL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO, PRIMER TRIMESTRE 2019.



Fuente: hoja de verificación de la calidad de referencias gineco obstétricas Centro de Salud Franz Tamayo 2019

paciente con signos vitales estables OPORTUNA; paciente con un algún signo vital alterado; POCO OPORTUNA; paciente con signos vitales más de uno inestables INOPORTUNA.

El objetivo general, es Medir la calidad de las referencias gineco obstétricas que se realiza desde centro de salud Franz Tamayo de la red de salud lotes y servicios del municipio de El Alto; a los hospitales segundo y tercer nivel, en el primer semestre la gestión 2019.

Tabla N°4 Distribución Porcentual, Del Nivel de la calidad de la referencia gineco obstétrica, Según; Hoja De Verificación De La Calidad En El Centro De Salud Franz Tamayo, Primer Trimestre 2019.

VARIABLES NIVEL DE CALIDAD DE LA REFERENCIA GINECO OBSTETRICA	ABSOLUTO ALCANZADO	PROPORCIÓN ALCANZADA	META ABSOLUTO	META PROPORCIÓN NIVEL DE CALIDAD DE LA REFERENCIA GINECO	PROPORCIÓN EN RELACIÓN AL 25%	NIVEL DE CALIDAD GLOBAL DE LA REFERENCIA GINECO OBSTERICA	ESCALA
LLENADO DE LA REFERENCIA EXCELENTE	69	83.1%	83	25%	21%	EXCELENTE	100 o 75%
REFERENCIA MUY ADECUADA	3	3.6%	83	25%	1%	ACEPTABLE	74 a 50%
DIAGNOSTICO MUY PERTINENTE	58	69.9%	83	25%	17%	DEFICIENTE	49 a 25%
OPORTUNA	63	75.9%	83	25%	19%	MALO	> 24 %
<b>TOTAL</b>	<b>193</b>		<b>332</b>	<b>100%</b>	<b>58%</b>	<b>VALORACION ALCANZADA</b>	

Fuente: hoja de verificación de la calidad de referencias gineco obstétricas centro de salud Franz Tamayo 2019.

Al realizar la proporción de valoración más alta del criterio de llenado, para el 25%; y las mismas acciones, para los criterios de adecuado justificado y oportuno (tendrá un valor del 25% para la evaluación global del nivel de calidad de la referencia gineco obstétrica); de los cuales llegar a un 100 ó 75% será catalogado como EXCELENTE; de 74 a 50% ACEPTABLE; de 49 a 25% DEFICIENTE; por debajo de 24% MALO).

Se llegó a valorar un 58%, que se encuentra dentro de los parámetros de Aceptable (de 74 a 50% Aceptable).



## DISCUSIÓN

En esta investigación se realizó una comparación de los resultados con otras investigaciones similares, distinguiendo las variables estudiadas o su respectiva relación, en otros países que tienen el mismo contexto socio demográfico que el nuestro este es el caso de Hospital San José de coronel, 8ª Región, Chile, durante el primer semestre del año 2013.

LLENADO DE LA REFERENCIA GINECO OBSTETRICA "llenado de todos los ítems" EXCELENTE de un absoluto 69 la proporción 83.1%; llenado de un ítem ausente BUENO de un absoluto 13 y la proporción de 15.7% dos ítems ausentes REGULAR de un absoluto 0 proporción 0.0% tres ítems ausentes o más DEFICIENTE de un absoluto 1 proporción 1.2%.

Como se puede observar se tiene un buen llenado por los proveedores de salud dentro de un rango adecuado, en comparación al trabajo del Hospital de San José en enfoque es más hacia el TRIAGE implementado y sus categorías van más hacia la emergencia C1 y C2, en el nuestro es la aplicación de la hoja de verificación.

Cuando analizamos los resultados que corresponde a los criterios de adecuado, pese al llenado excelente, resalta que la referencia entre las 38 a 42 semanas de edad gestacional o de 33 semanas n=71; 85.5%, que el enfoque en el C. S. Franz Tamayo, va hacia la emergencia, por tanto, la edad gestacional donde realmente se puede incidir tanto en el diagnostico adecuado y el tratamiento oportuno, no se realiza la referencia eficiente.

En la evaluación del criterio de justificado, En relación a las NNAC es exclusivo para segundo nivel; DIAGNOSTICO MUY PERTINENTE n=58; 69.9%, que en las atenciones gineco obstétricas de gestantes, y entre PERTINENTE Y POCO PERTINENTE n=25; 30.1% que luego ameritan referencia se tiene, pertinencia de los casos en una razón de 2.32.

Es decir que las referencias en un 30% no son por patologías que son exclusivas de segundo nivel, pueden ser tratadas en un primer nivel.

En la evaluación del criterio de oportuno, paciente con signos vitales estables OPORTUNA n=63 75.9%, la mayoría de las paciente fueron referidos estables, y se puede ver paciente con un algún signo vital alterado POCO OPORTUNA n=19; 22.9% con la patología de pre eclampsia, es el hallazgo más frecuente en las referencias, por eso la prioridad de remitir a un segundo nivel para un manejo por especialidad pero en la edad gestacional entre las 34 a 37 semanas, para planificar llegar a término, con el menor riesgo tanto para la madre como producto.

En la evaluación del nivel de calidad de la referencia gineco obstétrica, EL LLENADO DE LA REFERENCIA EXCELENTE 83.1% equivale a un 21%; en el criterio de adecuado la REFERENCIA MUY ADECUADA solo llega 3.6% en el global equivale 1%, nuevamente la edad gestacional nos servirá para mejorar el proceso de referencia para acciones de prevención; para el criterio de Justificado DIAGNOSTICO MUY PERTINENTE 69.9% en el global 17%, se debe fortalecer el cumplimiento de la normativa; con el criterio de OPORTUNA 75.9% global 19%, en enfoque en priorizar pre eclampsia, cesárea previa y amenaza de AB es importante para garantizar una mejor atención TOTAL n=232.5% evaluación global de 58% seria nuestra línea de base para, el trabajo del Hospital de San José se llegó a la conclusión de, una sobre utilización de la red de urgencias, con patologías que podrían ser resueltas en un nivel primario<sup>12</sup>.

## **IX CONCLUSIONES**

El nivel de calidad de la referencia gineco obstétrica en el C.S. Fran Tamayo es aceptable, en realidad se contribuye a saturar el sistema de referencia con pacientes que corresponden a un primer nivel de resolución por los criterios de adecuado, justificado y oportuno, las referencias en muchos casos son poco adecuadas en relación a la edad gestacional para la planificación, programación y conductas donde la valoración por especialidad puede incidir a reducir la morbimortalidad materna, sin embargo los proveedores cumplen la Normativa Nacional, que se enfoca a la atención de emergencias y urgencias y no a los procesos de prevención.

En el llenado de las referencias gineco obstétricas, si se cumplen los criterios mínimos, y tienen un buen cumplimiento de la mayoría de los ítems como se muestra en los resultados, y fortalece el buen manejo del expediente clínico.

Al identificar las referencias de patologías gineco obstétricas cumplen criterio de Adecuado, Justificado y oportuno, tiene un enfoque solo hacia la emergencia y la urgencias medica por la normativa vigente, de tal manera que las referencias son poco adecuadas para la edad gestacional, porque se refiere a pacientes a término o antes de llegar a las 34 semanas de edad gestacional, en muchos casos con poco tiempo para planificar la atención por la especialidad; también se tiene un 26.5% de referencias con diagnósticos poco pertinentes es decir diagnósticos según la NNAC exclusivos para el primer nivel de atención que contribuye a la saturación de otros niveles de mayor capacidad resolutive, y en la mayoría de los casos la referencia gineco obstétrica es oportuna es decir que se los refiere con signos vitales estables.

Pero no existe ningún indicador que valore el tiempo que tardo desde la atención en el centro de salud, hasta la llegada de la ambulancia (que suele ser 1 a 2 horas el promedio de tardanza) y el envió hasta el hospital de segundo nivel.

## **X RECOMENDACIONES**

Se recomienda a la coordinación de red Lotes y servicios, coordinar la implementación de la hoja de verificación de la calidad de referencias gineco obstétricas, para la evaluación de la referencia y con el responsable del C.S. Franz Tamayo designar al comité de referencia y contra referencia en acuerdo con la coordinación de red de salud Lotes y servicios un responsable para programar la periodicidad para la evaluación de la referencia gineco obstétrica y así conocer el nivel de calidad, para la mejora continua.

En la evaluación valorar el llenado de referencia gineco obstétrica como control de calidad.

Dentro del programa de actualización del centro de salud, incorporar los criterios AJO (adecuado, justificado, oportuno) para la referencia gineco obstétrica con enfoque, en la importancia de edad gestacional, el diagnóstico pertinente e invitar a expositores del hospital Los Andes y El Norte por ser los hospitales de referencia, para fortalecer la integralidad en la referencia.

Realizar cursos de actualización sobre patologías gineco obstétricas en acciones de prevención para el diagnóstico precoz, tratamiento temprano en primer nivel y la referencia con los criterios AJO en pre eclampsia, cesárea previa y amenaza de AB, en base a la norma nacional de atención clínica.

Fortalecer el sistema de ambulancia y la coordinación en la red de salud, además de gestionar la asignación presupuestaria para su funcionamiento tanto, RR.HH., combustible equipamiento.

Enfocado a establecer tiempos de respuesta para así reducir el promedio de dos horas.

## XI REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. [citado el 25 abril 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [citado 25 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de demografía y salud EDSA 2016. Bolivia Indicadores priorizados [Internet]. La Paz, Bolivia: ©INE; septiembre de 2017. [citado 20 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/EDSA-2016.pdf>
4. Téliz MH, Achar N, Solvey R, Adame B, Conde B, Mora JA. Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones [Internet]. México, CENETEC; 2020. [citado 20 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>
5. El Instituto Mexicano De Seguridad Social. Parto después de la cesárea: Guía de Práctica Clínica; [Internet]. México, 2013 [citado 29 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GRR.pdf>

6. Fescina R, Schwarcz R, Salas, Duverges C. Obstetricia. [Internet]. 6° Edición. El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2016. [citado 29 de julio de 2019]. Disponible en: [https://www.academia.edu/36329790/Obstetricia de Schwarcz 6ta Edicion](https://www.academia.edu/36329790/Obstetricia_de_Schwarcz_6ta_Edicion)
7. García-Benavides JL, Ramírez-Hernández MÁ, Moreno-Cárcamo M, Alonso-Ramírez E, Gorbea-Chávez V. Hemorragia obstétrica postparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 «C». Revista Mexicana de anestesiología [Internet]. 2018 [citado 20 de julio de 2019];41(1):5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181bj.pdf>
8. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. 2018 [citado 20 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>
9. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes: Dirección General de Servicios de Salud, Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Manual para la Implementación de los Ciclos de Mejoramiento de la Calidad de Atención en Servicios de Segundo y Tercer Nivel de Atención [Internet]. La Paz: Artes Gráficas Sagitario 2012. [citado 20 de julio de 2019]. Disponible en: [https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/continuo/dgss\\_acon MANUAL DE CMC 2013.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/continuo/dgss_acon_MANUAL_DE_CMC_2013.pdf)
10. Servicio Departamental de Salud La Paz. Reglamento De Acreditación Sedes La Paz Unidad De Gestión De Calidad Y Servicios Hospitalarios Área De Acreditación. 2012.
11. Parada Barba C. Estrategia De La Mejora Continua De La Calidad De Atención En Salud Materna, Neonatal E Infantil En Hospitales De Segundo Y Tercer Nivel De Atención, Del Subsistema Público De Bolivia [título de Magister Scientiarum en Salud Pública mención Gerencia en Salud]. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2015 [citado 30 de julio de 2019]. Disponible en:

<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/15483/T-PG%20986%20%20Dra.%20Carla%20Andrea%20Parada%20Barba.%20Estrategia%20de%20la%20mejora%20continua....pdf?sequence=1>

12. Carrasco Portiño M, Godoy Novoa D, González-Burboa A, et al. Evaluación de la categorización de las urgencias gineco-obstétricas en un hospital del sur de Chile [Internet]. 2016 [citado 20 de julio de 2019]; Rev Chil Obstet Ginecol. abril de 2016;81(2):105-12. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000200004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000200004)
13. Rowe S, Karkhaneh Z, MacDonald I, Chambers T, Amjad S, Osornio-Vargas A, et al. Systematic review of the measurement properties of indices of prenatal care utilization. [Internet]. 2020 BMC Pregnancy Childbirth [citado 16 de marzo de 2021];20. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-2822-5>.
14. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. 2018 Lancet Glob Health [Internet]. [citado 16 de marzo de 2021];6: e1196-252. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079477/>
15. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de servicios de Salud. Norma Nacional de Atención Clínica. La Paz, Bolivia; 2013 p. 1131. (Documentos Técnico - Normativo).
16. Gerardo GE, Fernando RML. Apego a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal con atención centrada en la paciente, de Médicos Familiares en una Unidad de Medicina Familiar. Rev.Mex.A. Integ. S. Vol 6, (1), Pág. 29-35.

17. World Health Organization 2016. Standards For Improving Quality Of Maternal And Newborn Care In Health Facilities [Internet]. [citado 7 de julio de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1>
18. Paulino NA, Vázquez MS, Bolúmar F. Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. Bull World Health Organ. 1 de enero de 2019;97(1):59-67.
19. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de servicios de Salud. Módulo De Desarrollo De Competencias En Emergencias Obstétricas- Hemorragia obstétrica Trastornos hipertensivos del embarazo Infecciones obstétricas. La Paz, Bolivia; 2017 p. 186. (Documentos Técnico - Normativo).
20. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de servicios de Salud. Norma Nacional de Referencia y contrareferencia [Internet]. La Paz, Bolivia; 2013 p. 19. (Documentos Técnico - Normativo N° 289). Disponible en: [https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss\\_redes\\_Referenciaseguro.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss_redes_Referenciaseguro.pdf)
21. Rupp MT. Assessing Quality of Care in Pharmacy: Remembering Donabedian. J Manag Care Spec Pharm. 26 de marzo de 2018;24(4):354-6.
22. Edwards KH, FitzGerald G, Franklin RC, Edwards MT. Air ambulance outcome measures using Institutes of Medicine and Donabedian quality frameworks: protocol for a systematic scoping review. Syst Rev. diciembre de 2020;9(1):72.
23. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la calidad de la atención de salud en todo el sistema sanitario [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/es/>



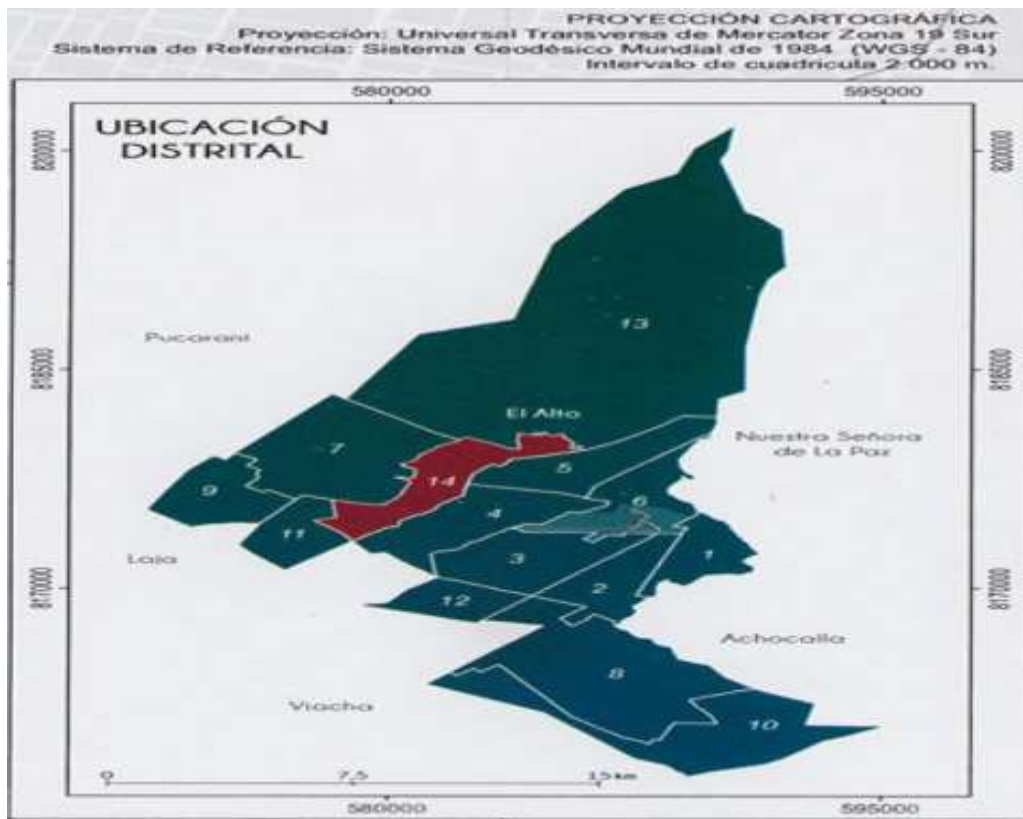
24. Romero-Chávez E, Contreras-Estrada D, Cantú-Quintanilla G, Romero-Chávez E, Contreras-Estrada D, Cantú-Quintanilla G. Calidad de la atención médica desde un punto de vista bioético en un hospital oftalmológico de Ciudad de México. *Acta Bioethica*. diciembre de 2019;25(2):235-42.
25. Ogunnowo BE, Olufunlayo TF, Sule SS. Client perception of service quality at the outpatient clinics of a General hospital in Lagos, Nigeria. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015 [citado 14 de marzo de 2021];22(1). Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/132756>
26. Alonso E, Cabeza P, Gutiérrez G, Pérez AR, Tomé P. Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2013 Mar [citado 2021 Jun 21]; 59(230): 26-49. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2013000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000100003&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000100003>.
27. Roura LC. *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Ed. Médica Panamericana; 2007. 1422 p.
28. Cunningham Gary, Dashe Jodi, et al. *Williams Obstetricia*, 24va edición. AccessMedicina. McGraw-Hill Medical [Internet]. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana editores; 2015 [citado 27 de julio de 2019]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100456672>
29. Young CB, Liu S, Muraca GM, Sabr Y, Pressey T, Liston RM, et al. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. *CMAJ Can Med Assoc J*. 7 de mayo de 2018;190(18):E556-64.

30. Neyra MB, Ildelfonso PQ, Flores M, Rabanal CL. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. :6.
31. Instituto mexicano de seguridad social. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. [Internet]. México, IMSS;2017. [citado 27 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
32. Assefa NE, Berhe H, Girma F, Berhe K, Berhe YZ, Gebrehet G, et al. Risk factors of premature rupture of membranes in public hospitals at Mekele city, Tigray, a case control study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 29 de septiembre de 2018 [citado 14 de marzo de 2021];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162906/>
33. Feng L, Allen TK, Marinello WP, Murtha AP. Infection-Induced Thrombin Production: A Potential Novel Mechanism for Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM). Am J Obstet Gynecol. julio de 2018;219(1):101.e1-101.e12.
34. Usandizaga P, De la Fuente J. Obstetricia y Ginecología. 4taEdición. España: Marbán; 2011. p. 731-745.
35. Cegolon L, Mastrangelo G, Maso G, Dal Pozzo G, Ronfani L, Cegolon A, et al. Understanding Factors Leading to Primary Cesarean Section and Vaginal Birth After Cesarean Delivery in the Friuli-Venezia Giulia Region (North-Eastern Italy), 2005–2015. Sci Rep [Internet]. 15 de enero de 2020 [citado 14 de marzo de 2021];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6962159/>
36. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGrawHill; 2014.

37. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de Corte Transversal. Rev Médica Sanitas. [Internet]. 30 de septiembre de 2018[citado 14 de marzo de 2021];21:141-6.Disponible en:  
[https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3\\_MRodriguez\\_et\\_al.pdf](https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf)
38. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de servicios de Salud. Norma Nacional del sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna [Internet]. La Paz, Bolivia; 2013 p. 28. (Documentos Técnico - Normativo N° 328). Disponible en:  
[dgss\\_acon NORMA NACIONAL DE VIGILANCIA.pdf \(minsalud.gob.bo\)](https://www.minsalud.gob.bo/dgss/acon/NORMA_NACIONAL_DE_VIGILANCIA.pdf)

## XII ANEXOS

### ANEXO NRO.1 UBICACIÓN DISTRITAL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO.



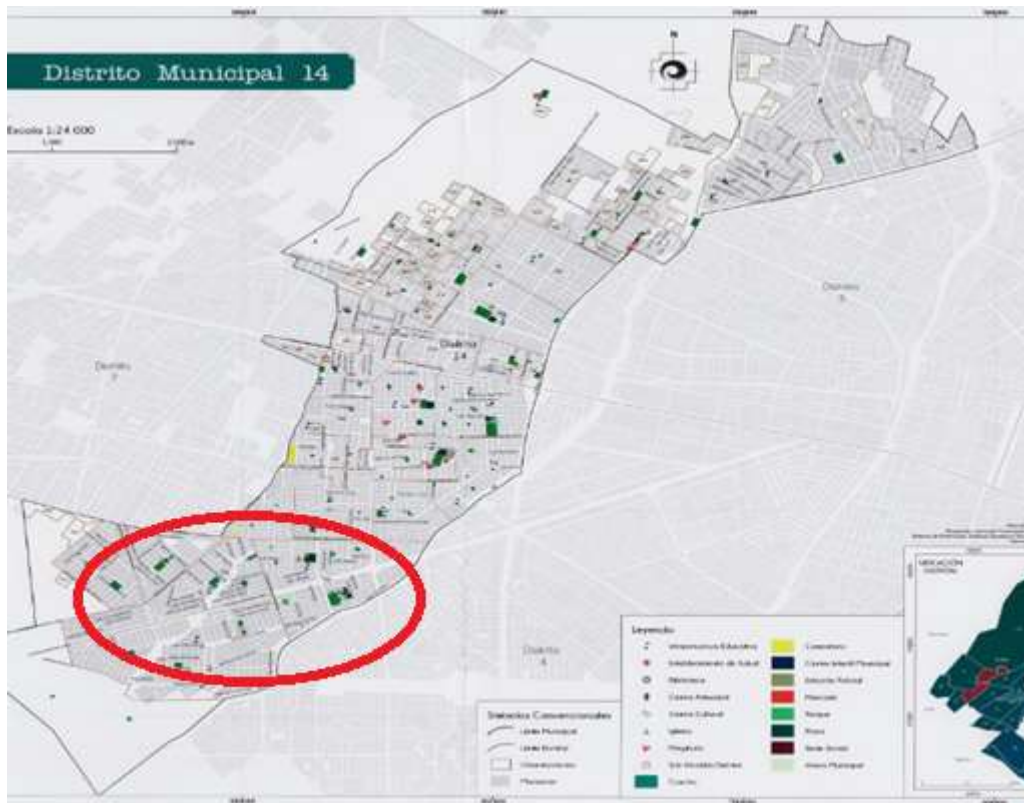
Fuente: atlas de salud del municipio de El Alto, 2017

## ANEXO NRO.2 UBICACIÓN MUNICIPIO DE EL ALTO.



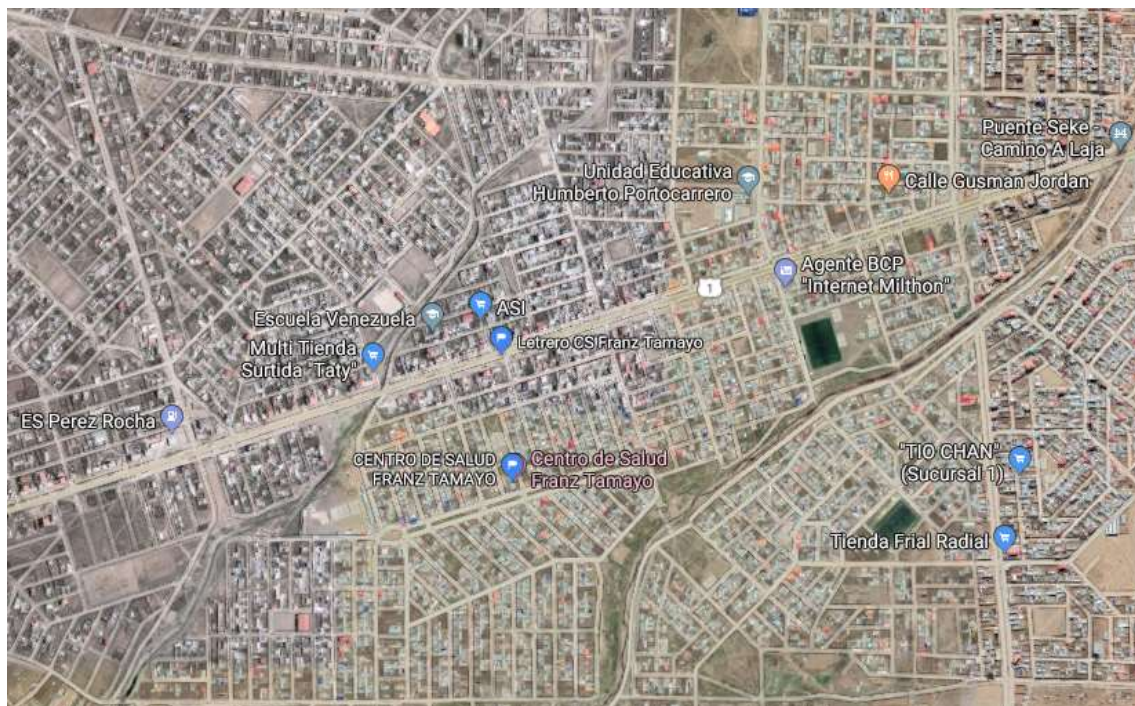
Fuente: atlas de salud del municipio de El Alto. 2017.

**ANEXO NRO.3 UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO; EN EL DISTRITO 14.**



Fuente: atlas de salud del municipio de El Alto, 2017.

## ANEXO NRO.4 UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO; Y INSTITUCIONES REFERENCIALES.



Fuente: Google map,2019.

## ANEXO NRO.5 AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

La paz, El Alto 08 de marzo del 2021

Señora:

Dra. Milenka Chávez Duran  
DIRECTORA C.S. FRANZ TAMAYO



Presente. –

**REF.- SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN; PARA LA REALIZACIÓN DE UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA FORTALECER LA MEJORA DE LA REFERENCIA GINECO OBSTÉTRICA.**

De mi mayor consideración:

Mediante la presente me dirijo a su Autoridad para **solicitar la autorización para la realización de un trabajo de investigación para fortalecer la mejora de la referencia gineco obstétrica**, para ello se me facilite las copias de las referencias del primer trimestre del 2019, para el análisis y otras acciones.

Sin otro particular, saludo a Usted;

Atentamente

c/c arch.

  
Dr. Felix Fernando Inta Espejo  
MEDICO - CIRUJANO  
MP-T-185 - MCM. I-0074

Dr. Felix Fernando Inta espejo  
CI 4959907 LP

  
Dra. Milenka Chávez Duran  
DIRECTORA  
C.S. FRANZ TAMAYO  
Recibido  
08/03/21.



## ANEXO NRO.6 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO HOJA DE VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE REFERENCIA GINECO – OBSTÉTRICA (A)

HOJA DE VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE REFERENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS  
CENTRO DE SALUD FRANZ TAMAYO DE LA RED DE SALUD LOTES Y SERVICIOS DEL  
MUNICIPIO DE EL ALTO PRIMER TRIMESTRE 2019  
Investigador: Dr. Felix Fernando Inta Espejo

ÍTEM	CRITERIOS A EVALUAR										OBSERVACIONES ( SI SE DEBE CORREGIR O MODIFICAR ALGUN ÍTEM)	
	1. CLARIDAD EN LA REDACCIÓN		2. SON PRECISAS LAS PREGUNTAS		3. LENGUAJE ADECUADO CON EL NIVEL DE INFORMACIÓN		4. MIDE LO QUE PRETENDE		5. INDUCE A LA RESPUESTA			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	X											
2	X											
3	X											
4	X											
5	X											
6	X											
7	X											
8	X											
9	X											
10	X											
11	X											
12	X											
13	X											
14	X											
15	X											
16	X											
17	X											
18	X											
19	X											
20	X											
21	X											
22	X											
23	X											
24	X											
25	X											
26	X											
27	X											
28	X											
29	X											
30	X											
31	X											
32	X											
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	
EL INSTRUMENTO CONTIENE INDICACIONES CLARAS PARA SU REGISTRO										X		
LOS ÍTEMS PERSIGUEN EL LOGRO DEL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN										X		
LOS ÍTEMS ESTAN DISTRIBUIDOS DE FORMA LÓGICA Y SECUENCIAL										X		
EL NUMERO DE ÍTEM ES SUFICIENTE PARA LA RECOGER LA INFORMACIÓN EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA NEGATIVA										X		
VALIDACIÓN												
APLICABLE						NO APLICABLE						
VALIDADO POR: <i>Guido Noel Chuquimia Calleja</i>						CI: <i>2605699 Lp</i>			FECHA: <i>8-III-2021</i>			
FIRMA: <i>[Firma]</i>						CELULAR: <i>78960349</i>			EMAIL:			
SELLO: <i>[Firma]</i> Dr. Guido N. Chuquimia Calleja MEDICINA TROPICAL MAT. CUL-161 PART. C.M. CH-17*						INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: <i>SEDES LA PAZ</i>						


  
**Dr. Guido N. Chuquimia Calleja**  
 MEDICINA TROPICAL  
 MAT. CUL-161 PART. C.M. CH-17\*  
  
 Dr. Guido N. Chuquimia Calleja  
 Resp. Doc. Inj. en Epidemiología  
 SEDES LA PAZ



Fuente: Elaboración propia. 2019.



## ANEXO NRO.8 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO HOJA DE VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE REFERENCIA GINECO – OBSTÉTRICA (B)

HOJA DE VERIFICACION DE LA CALIDAD DE REFERENCIAS GINECO OBSTETRICAS											
ITEM	CRITERIOS A EVALUAR										OBSERVACIONES (SI SE DEBE CORREGIR O MODIFICAR ALGUN ÍTEM)
	1. CLARIDAD EN LA REDACCIÓN		2. SON PRECISAS LAS PREGUNTAS		3. LENGUAJE ADECUADO CON EL NIVEL DE INFORMACIÓN		4. MIDE LO QUE PRETENDE		5. INDUCE A LA RESPUESTA		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		
4	X		X		X		X		X		
5	X		X		X		X		X		
6	X		X		X		X		X		
7	X		X		X		X		X		
8	X		X		X		X		X		
9	X		X		X		X		X		
10	X		X		X		X		X		
11	X		X		X		X		X		
12	X		X		X		X		X		
13	X		X		X		X		X		
14	X		X		X		X		X		
15	X		X		X		X		X		
16	X		X		X		X		X		
17	X		X		X		X		X		
18	X		X		X		X		X		
19	X		X		X		X		X		
20	X		X		X		X		X		
21	X		X		X		X		X		
22	X		X		X		X		X		
23	X		X		X		X		X		
24	X		X		X		X		X		
25	X		X		X		X		X		
26	X		X		X		X		X		
27	X		X		X		X		X		
28	X		X		X		X		X		
29	X		X		X		X		X		
30	X		X		X		X		X		
31	X		X		X		X		X		
32	X		X		X		X		X		
ASPECTOS GENERALES										SI	NO
EL INSTRUMENTO CONTIENE INDICACIONES CLARAS PARA SU REGISTRO										X	
LOS ÍTEMS PERSIGUEN EL LOGRO DEL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN										X	
LOS ÍTEMS ESTAN DISTRIBUIDOS DE FORMA LÓGICA Y SECUENCIAL										X	
EL NÚMERO DE ÍTEM ES SUFICIENTE PARA LA RECOGER LA INFORMACIÓN EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA NEGATIVA										X	
VALIDACIÓN											
APLICABLE					NO APLICABLE						
VALIDADO POR: M.SC. PATRICIA PHILCO LIMA					CI: 4911052 LP				FECHA: 8 DE MARZO DE 2021		
FIRMA: 					CELULAR: 74056696				EMAIL: pphilco@gmail.com		
SELLO:					INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO IINSAD						

Fuente: Elaboración propia. 2019.

