



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Sistema de referencia y contrareferencia con el manejo de las
emergencias obstetricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA

Martinez Chuquizuta, Diana (ORCID: 0000-0002-9875-8834)

ASESOR:

Dr. Ramirez Garcia, Gustavo (ORCID: 0000-0003-0035-7088)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección de los Servicios de Salud

TARAPOTO – PERÚ

2021

Dedicatoria

A nuestro Señor Dios, por darme mucha fortaleza para continuar adelante, incluyendo los momentos más difíciles.

A mis queridos padres, por brindarme educación para ser un profesional.

A mi amada hija, que es estímulo de superación y a mi amado esposo, por estar conmigo en todo momento y ser parte de mis proyectos, incluyendo esta maestría.

Diana

Agradecimiento

Al personal del Hospital II-1 Moyobamba por las facilidades brindadas para realizar este trabajo de investigación.

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo por la oportunidad de culminar con la tesis para la Maestría de Gestión de los Servicios de Salud.

La autora

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCOTEÓRICO.....	6
III. MÉTODOLÓGÍA.....	18
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	18
3.2. Variables, Operacionalización.....	18
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	19
3.5. Procedimiento.....	21
3.6. Métodos de análisis de datos.....	22
3.7. Aspectos éticos	22
IV. RESULTADOS.....	23
V. DISCUSIÓN.....	28
VI. CONCLUSIONES.....	32
VII. RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS.....	34
ANEXOS.....	40

Índice de tablas

Tabla 1.	Nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.....	23
Tabla 2.	Nivel de manejo asistencial de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020.....	23
Tabla 3.	Nivel de manejo administrativo de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020.....	24
Tabla 4.	Diagnósticos más frecuentes de las mujeres embarazadas referidas al Hospital II-1 Moyobamba, 2020.....	25
Tabla 5.	Tabla de contingencia entre el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.....	26
Tabla 6.	Resultados Chí cuadrado entre el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.....	27

Resumen

La investigación tuvo como objetivo conocer la relación del sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Tipo de estudio básico, diseño descriptivo correlacional. La población y muestra fue de 61 referencias obstétricas. La técnica empleada fue el análisis documental y la ficha de recojo de datos como instrumento. Entre los resultados destaca el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en es de nivel “Regular” con 42%, del mismo modo el nivel de manejo asistencial de las pacientes obstétricas es “Regular” con 44%, en tanto el nivel de manejo administrativo alcanza un 50% de “Regular” y el diagnóstico más frecuentes de las referencias es la hipertensión severa inducida por el embarazo en un 23%. Asimismo, el estudio concluyo que no existe relación significativa entre el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, donde el Chí Cuadrado de Pearson es de (4.043), menor al Chí tabular con 2 grados de libertad (5.9915), indicando independencia de las variables. Asimismo, el valor de sig. (Valor crítico observado) de $0.132 > 0.05$, lo que permite rechazar la hipótesis alterna y aceptar la hipótesis nula.

Palabras clave: Referencia y contrarreferencia, emergencia obstétrica, salud pública.

Abstract

The objective of the research was to know the relationship of the referral and counter-referral system with the management of obstetric emergencies at Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Type of basic study, correlational descriptive design. The population and sample consisted of 61 obstetric references. The technique used was the documentary analysis and the data collection sheet as an instrument. Among the results, the fulfillment of the referral and counter-referral system is at the "Regular" level with 42%, in the same way the level of care management of obstetric patients is "Regular" with 44%, while the level of administrative management it reaches 50% of "Regular" and the most frequent diagnosis of the references is severe hypertension induced by pregnancy in 23%. Likewise, the study concluded that there is no significant relationship between the referral and counter-referral system with the management of obstetric emergencies at Hospital II-1 Moyobamba, where the Pearson Square Chi is (4,043), less than the tabular Chi with 2 degrees freedom (5.9915), indicating independence of the variables. Also, the value of sig. (Critical observed value) of $0.132 > 0.05$, which allows rejecting the alternative hypothesis and accepting the null hypothesis.

Keywords: Referral and counter referral, obstetric emergency, public health.

I. INTRODUCCIÓN

Según Pérez (2013), en el llamado tercer mundo, la enfermedad durante el embarazo y parto, son factores de muerte, enfermedad y discapacidad en las mujeres en edad fértil. Donde se considera que el 40% de gestantes padecen efectos secundarios en el embarazo, parto y puerperio, un 15% padecen consecuencias arriesgando sus vidas. Conceptuosamente, la atención de la salud materna se limita a las damas en edad productiva. Los desarrollos en la agudeza de los concluyentes sociales han llevado a la colectividad de salud pública a extender la concepción y estudiar otros contextos que pueden conducir a resultados positivos mediante la prevención y promoción tempranas y oportunas. Esto significa concertar la vida con métodos sensibles a la especie y al período, teniendo en cuenta la ponderación de la salud, los logros de las personas y sus familias, así como los derechos reproductivos (Sosa, 2020).

El problema sigue estando presente en el ámbito mundial porque es un problema sin resolver. En la estrategia preventiva del hospital se ha descrito clasificar riesgos mediante clasificación obstétrica, activar equipos de respuesta rápida y ser atendido por personal calificado en unidades de cuidados intensivos obstétricos y servicios médicos materno-fetales (Hernández, Ruiz, Ojeda, Anaya, & Pérez, 2018).

En los últimos años, 289.000 mujeres en todo el mundo murieron cada año en el periodo del embarazo, durante el alumbramiento o después del alumbramiento. Es bien sabido que por cada mujer que murió durante el parto, otras 20 resultaron heridas, infectadas o enfermas. Según estimaciones de la OMS, 830 mujeres fallecen diariamente por causas evitables ocurridas en el embarazo y el alumbramiento (Semper, y otros, 2019).

En algunas áreas del llamado "Primer Mundo", dado que la muerte materna se ha convertido en un evento raro, donde las personas tienen un mayor interés con la atención en la morbilidad materna extremadamente grave (EMG) como indicador de la salud materna (OPS, 2002). De manera similar, la OMS (2015), mencionó más o menos de estos riesgos, por lo que el monitoreo de la morbilidad materna extrema y la respuesta a las emergencias obstétricas se vuelven importantes.

Según Semper (2016), la OMS propuso en 2015 la "Destreza global en salud en los ciclos niño, adolescente y mujer 2016-2030", el objetivo de eliminar las muertes evitables y crear un entorno propicio para estos grupos de población. Esta táctica global tiene como objetivo abordar las distinciones de servicios de salud prestados en la parte materna y neonatal, para intervenir en la solución de la muerte materna, morbilidad reproductiva y discapacidades relacionadas, mayor calidad y equidad de los servicios médicos. La calidad en prestación obstétrica y del personal sanitario, es muy trascendental porque está relacionada con eventos vitales de importancia para la sociedad.

En las organizaciones de proveedores de servicios médicos, especialmente los hospitales, es importante considerar el contenido relacionado con el entorno organizacional. En lo que respecta a la obstetricia, esta importancia se duplica debido a la naturaleza del proceso reproductivo (Semper, 2016).

Salud como sector, especialmente en el sector servicios, se necesitan mejores y más grandes alcances en la atención sanitaria y se mejora la eficacia y agrado del servicio, por lo que se requiere un enfoque transformador para identificar todo lo que afecta el desempeño de las personas en el trabajo. (Segredo & Díaz, 2011). Existe un abordaje sistemático en los servicios e instituciones de salud con estos servicios, así como en el nivel político-administrativo regional de salud, en el que se integran diversos servicios e instituciones según el territorio involucrado. Esto nos permite tratar los servicios, las organizaciones de servicios y los niveles administrativos como un solo sistema y, como todos sabemos, cada sistema es parte de un sistema más grande. Por tanto, lo que caracteriza al sistema de salud no es la suma de sus diversas partes, sino las relaciones internas y externas, las interacciones y las relaciones mutuas que pueden potenciar los resultados basados en el cuidado de la población (Vidal, Obregón, & Gálvez, 2011).

Concerniente a las emergencias obstétricas se traducen en muertes maternas, siendo el caso más trágico, por lo que no solamente es considerado como un indicador sanitario, si no como un indicador de desarrollo social que indica equidad y crecimiento de un determinado territorio; es así que en la Amazonía del Perú, para el 2018, la región San Martín presento 7 MM, donde 4 gestantes perecieron en un establecimiento de salud, 2 gestantes en sus domicilios y 1 gestante en

recorrido. El Hospital II-2 Tarapoto (2 MM), Hospital II-1 Moyobamba (1 MM), Hospital EsSalud de Tingo María (1 MM), las defunciones presentaron diagnósticos de shock hipovolémico, Síndrome de HELLP y otras causas asociados al embarazo producto de las complicaciones obstétricas.

En lo que respecta el año 2019 la región San Martín, muestra una ocurrencia de 11 MM, superando con 4 MM al año anterior, pero inferior al año 2017 (18 MM). En las que 7 MM tuvieron como ocurrencia un establecimiento de salud, 1 MM ocurrió en domicilio y 3 MM en trayecto de su vivienda a un establecimiento de salud. Donde el Hospital II-2 Tarapoto reporto 6 MM y el Hospital II-1 Moyobamba 1 MM, siendo las causas de los decesos el shock hipovolémico.

A pesar de los avances registrados en la reducción de la MM ocurridas en los establecimientos de salud, especialmente en los de alta complejidad, donde se espera contar con capacidad resolutoria para evitarlas. La DIRESA para responder a demanda sanitaria cuenta con 10 Redes de Salud, siendo las encargadas de responder a la necesidad sanitaria en toda la región, dichas Redes de Salud lo forman Microrredes de Salud, encontrando establecimientos del primer nivel de atención, con nivel I-1, I-2, I-3 y I-4 haciendo un total de 360 establecimientos de salud, los establecimientos de nivel I-4, se caracterizan por ser puntos de entrega de atención materna, constituyéndose en cabecera de microrred, que alberga a todos los demás establecimientos de menor complejidad y responsables de ofertar los servicios sanitarios en su jurisdicción geográfica.

En tal sentido, surge la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación entre el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de emergencias obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020? Como pregunta específica i) ¿Cuál es el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y Contrarreferencia del Hospital II-1 Moyobamba, 2020?; ii) ¿Cuál es el nivel de gestión de atención a pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020?; iii) ¿Cuál es el nivel de gestión administrativa de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020?; iv) ¿Cuáles son los diagnósticos más frecuentes de las gestantes que son referidas al Hospital II-1 Moyobamba, 2020?

La investigación fue conveniente porque puede evaluar el método de referencia y contrarreferencia que realizan instituciones médicas área de San Martín (con

capacidades de resolución menores hasta las más altas), puede manejar mejor los casos. También hemos conocido las condiciones más complicadas para las muertes maternas, a fin de determinar sus condiciones asistenciales y administrativas para el sistema, de manera que se puedan tomar medidas efectivas a tiempo para prevenir las muertes maternas. Relevancia social, al abordar un tema crucial de la mortalidad materna, que es considerada una prioridad de salud, en respuesta a indicadores claros de desigualdad de género y social. En comparación con otras causas de muerte, las muertes maternas se consideran menos frecuentes, pero su importancia social merece todos nuestros esfuerzos para reducir las muertes.

Valor teórico, Porque hay pocos estudios sobre variables de investigación. La información obtenida de la relación entre las muertes maternas y los sistemas de referencia y contrarreferencia nos permite gestionar mejor las necesidades de atención de las embarazadas con complicaciones. Implicancia práctica, El estudio es de importancia práctica, porque para el MINSA, el Hospital Moyobamba II-1 es el centro de referencia de mayor resolución en el área de San Martín. Por lo tanto, el estudio evaluó la gestión administrativa y las condiciones de atención de este proceso, lo que ayudó a mejorar la calidad de nuestras complejas referencia y contrarreferencia de embarazadas y parturientas. Utilidad metodológica, La investigación tiene practicabilidad metodológica, porque puede hacer aportes y hacer recomendaciones mediante la evaluación de las herramientas del sistema.

Como objetivos del estudio fueron: establecer la relación del sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de emergencias obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Objetivos específicos, i) conocer el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital II-1 Moyobamba, 2020, ii) evaluar el nivel de gestión asistencial de las pacientes obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020; iii) Identificar el nivel de gestión administrativa de las pacientes obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020; iv) Medir los diagnósticos más frecuentes de las gestantes referidas al Hospital II-1 Moyobamba, 2020.

En cuanto a las hipótesis del estudio Hi: Existe relación entre el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de emergencias obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Hipótesis específicas, H1:El nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia es adecuado. H2: El nivel de manejo del cuidado de las pacientes obstétricas es adecuado. H3: El nivel de manejo administrativo de las pacientes obstétricas es adecuado H4: El diagnóstico más frecuente de las gestantes derivadas es hipertensión severa inducida por el embarazo.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional como antecedente tuvimos; Basabe, A. (2020), Asunción, Paraguay. La investigación es observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal. El examen de imagen incluyó a 71 pacientes confirmados con anomalías congénitas renales y uretrales. El muestreo es la no probabilidad de casos consecutivos. Concluyo que, el ultrasonido permite el diagnóstico durante el embarazo, identificando patologías comunes como el reflujo vesicouretral.

Izquierdo, G. (2016). Bruselas Afganistán. El estudio fue retrospectivo. Se realizaron 5.719 cirugías en 4.334 pacientes, de los cuales el 47% fueron cirugías de emergencia y el 75% fueron primeras intervenciones quirúrgicas. La conclusión es que, lo más importante es que Boost Hospital ofrece servicios quirúrgicos líderes en el sur de Afganistán. El hospital cuenta con el apoyo de Médicos Sin Fronteras, donde su intervención permitió reducir la tasa muertes maternas por la asistencia de alta calidad en obstetricia de emergencia. Mediante la aplicación de estándares de salud, equipos y suministros médicos, MSF ha mejorado con éxito la salud de la población afgana, especialmente de las mujeres embarazadas, y la tasa de mortalidad intraoperatoria de la cesárea es inferior al 1%.

Bernztein, R. (2017), Buenos Aires, Argentina. Concluyó que, los hospitales de maternidad públicos más complejos tienen muchos procedimientos inseguros. Los ingenieros electrónicos pueden obtener información sobre los riesgos de manera efectiva y determinar la prioridad del proceso. Deben conformar la estrategia nacional de calidad que incluya apoyo, incentivos y obligaciones, para que las agencias puedan implementar las mejoras necesarias para reducir el riesgo.

En el nivel nacional, Plasencia, E. (2020), Chiclayo, Perú. Estudio observacional, analítico de casos y controles. La conclusión es que enfermedades crónicas en el embarazo, la edad materna avanzada y los antecedentes familiares son los factores que conducen al aumento de la fisura labial izquierda y / o labio leporino.

Huerta, I. (2020), Lima, Perú. Diseño descriptivo. La conclusión es que el porcentaje de embarazadas asintomáticas con PCR positivas es elevado. Es necesario realizar un tamizado general de gestantes en el proceso de maternidad de cada institución.

Mejia, C. (2011), Lima, Perú. Concluyeron que los estudiantes no tenían un alto nivel de conocimiento sobre emergencias médicas, por lo que recomendaron que se evalúe y mejore la formación práctica de las universidades en el manejo de emergencias médicas.

En el nivel regional y local, Torres, W. (2018), San Martín Perú. Concluyó, que los condiciones riesgosas sociocultural manejan una educación básica regular de primaria y secundaria, edad materna entre 10 y 14 años y origen rural. Factores maternos: examen prenatal <6, cesárea previa, síndrome de Hellp y blanco. Factores fetales: sufrimiento fetal (OR: 2.244 años en 2011, VS: 2.254 años en 2015) y distocia (OR: 0,661 años en 2011, VS: 1.191 años en 2015). Factores del parto: desproporción del cerebro y médula espinal (OR: 2.213, 2011 vs 2,35, 2015) y disfunción (OR: 2.032, 2011 vs: 2038). Factores placentarios: PPD (OR: 2.021, 2011 vs: 2.019, 2015) y oligohidramnios (OR: 0,224, 2011 vs OR: 2.059, 2015).

Quispe, F. (2020), San Martín Perú. Conclusión es que la relación entre el estrés de las adolescentes embarazadas prematuramente ya que el χ^2 es del 95%. Se observó una relación entre las dos variables, la cual fue altamente significativa ($p < 0.05$).

Encarnación, F. (2017), San Martín Perú. La conclusión es que los factores de riesgo de hemorragia posparto se pueden dividir en: prenatal, perinatal, parto y trabajo de parto.

Según las **teorías** el concepto de **sistema** tiene un significado de referencia en el ordenamiento del conocimiento teórico de las ciencias naturales y tiene un desarrollo teórico. Se han desarrollado muchas definiciones, pero cabe mencionar el trabajo clásico de Bertalanfly (1954), que define un sistema como un complejo de interrelaciones entre diferentes componentes. El concepto de sistema es de gran

importancia para el método general, la teoría general del sistema y el método sistémico. Las características del sistema deben trabajar hacia un nivel superior, es decir, entre diferentes establecimientos, sectorial e intersectorialmente, pero su conexión es fundamental para la integración de las diferentes unidades organizativas que constituyen el hospital e incluso actores individuales en los servicios de atención y apoyo.

Según MINSAL (2016), el **Sistema de Referencia y Contrarreferencia**: conjunto de actividades de gestión y cuidado que se utilizan para definir la referencia del usuario desde una institución médica más pequeña a otra institución médica con mayor capacidad de resolución, y esta última a ellos. Fuente de referencia posterior de la institución para garantizar la continuidad asistencial. **Referencia**: Es un requisito para la evaluación diagnóstica y / o tratamiento de pacientes desde instituciones médicas con menor resolución hasta instituciones médicas con mayor capacidad para la continuidad de los servicios (MINSAL, 2016).

Según el MINSA (2004), a través de los estándares técnicos del Sistema, se determina que los destinos que se pueden recomendar a los usuarios. Donde se destaca la **parte asistencial** del sistema como; Consultorio externo: Cuando un problema de salud requiere una consulta externa, atiende otra institución médica más compleja. Emergencia: Cuando el paciente muestra signos y síntomas que pueden morir o están en peligro de secuelas, necesita atención inmediata para mantener la estabilidad. Soporte diagnóstico: Cuando el paciente necesita confirmar el diagnóstico, monitorizar o controlar pruebas o inspecciones no realizadas en el lugar de origen.

Así mismo el MINSA (2004), establece los criterios de selección de la organización objetivo de referencia con las mismas reglas de acuerdo a la **etapa administrativa** que son: Capacidad resolutive: El establecimiento objetivo debe contar con servicios para solucionar el motivo de la referencia. Accesibilidad: La institución de destino debe ser la más cercana y accesible a través de la comunicación y transmisión regular, y no necesariamente en su micro red, red o departamento de salud. Oportunidad: las derivaciones deben proporcionarse a los usuarios en el momento y lugar adecuados para evitar el riesgo de complicaciones o muerte del paciente. Contrarreferencia: La consulta sobre la solicitud es la respuesta profesional del experto a la institución de origen del paciente o al departamento de

servicios clínicos. Es este proceso, una vez resuelta satisfactoriamente la solicitud, del manejo de un paciente desde su establecimiento de origen a una de mayor complejidad. Este proceso debe incluir la respuesta del experto a la consulta solicitada (MINSAL, 2016).

Capacidad Resolutiva: se refiere a la cabida de brindar servicios que satisfagan la demanda de salud de la población con los siguientes requisitos: Cuantitativo: se refiere a la capacidad de recursos de una empresa para brindar servicios suficientes para satisfacer el requerimiento de la población (está supeditada al número de recursos disponibles para usted). Cualitativo: Capacidad de los recursos de la corporación que proporciona los servicios necesarios para abordar la gravedad en la sociedad (MINSA, 2005).

Calidad en salud; tipos de servicios en salud con funciones, particularidades, niveles complejidad comunes que pueden responder a realidades sociales de salud equivalentes y están diseñados para satisfacer las mismas necesidades. "Este es el atributo de la oferta, y se deben considerar los siguientes factores: el tamaño de la oferta, el nivel de tecnología y la capacidad de soluciones cualitativas y cuantitativas (MINSA, 2005).

Prioridades de atención en emergencia: Prioridad I.- Derivar a los pacientes que requieran respuesta inmediata. Prioridad II. Los pacientes que necesiten ser derivados al centro médico de destino serán derivados dentro de las 48 horas después a la admisión de la deferencia de transferencia. Indica que el sistema es un conjunto de actividades de gestión, para la derivación de usuarios a instituciones médicas (Narvaez, 2018).

Según Mena (2014), la importancia del Sistema es que, sin el apoyo de los hospitales y un sistema de prestación adecuado, cualquier sistema basado en el concepto de "servicios primarios de salud" no puede funcionar ni ser eficaz (referencia-contrareferencia). Necesitan casos más complicados de los que reciben en la clínica. Toda red de servicios de salud debe tener al menos dos niveles, a saber, atención básica o primaria con puestos, subcentros y / o centros de salud y servicios prestados por otros proveedores, y atención complementaria o secundaria con hospitales de distrito.

Recursos Humanos, Semper (2019), cree que las habilidades y destrezas individuales de los actores ciertamente se pueden definir, pero el enfrentamiento a las emergencias obstétricas es tarea del trabajo en equipo, y el avance hacia la meta de la excelencia depende especialmente de dicha coordinación e inter-equipo y equipo a organización. Además, en algunos casos, la capacidad de solución debe trasladarse a la ubicación de la paciente de emergencia obstétrica, y la capacidad de integración y respuesta de la práctica se debe poner en el sistema de respuesta.

Según Llave (2015), es necesario saber estos conceptos básicos que pertenecen al Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Lineamientos: Definir estándares orienta a condiciones para lograr metas específicas. Procedimiento: Es la descripción de la autorización, que especifica la secuencia de tiempo y secuencia en la que una unidad debe realizar sus funciones o ciertos aspectos. Política: Una declaración un curso resumido que guía las acciones tomadas por los trabajadores de la institución para lograr metas específicas. Cita: Es el programa de asistencia administrativa que se establece cuando se establece la fecha y hora de participación y asistencia del usuario, servicio o consulta. Nivel de atención: Es un método de organización para producir una determinada cantidad y estructura de diferentes niveles de complejidad, con el objetivo de cumplir con un conjunto de servicios de salud. Servicios médicos primarios: está compuesto por departamentos que brindan servicios médicos integrales, preventivos, terapéuticos y de rehabilitación, y está compuesto por investigaciones de escritorio que desconocen el fomento del bienestar, instrucción sanitaria, desarrollo de la salud y soporte a la investigación principalmente para la mayoría de las investigaciones. El segundo nivel de atención: Compuesto por departamentos que brindan servicios médicos en especialidades básicas que son estas cuatro: Cirugía general, medicina interna, obstetricia y ginecología y pediatría, a estas se suman departamentos que complementan con otras especialidades. Los aspectos de apoyo considerados son 4 y son las siguientes: patología, exámenes de laboratorio clínico, anestesiología y radiología. Enfermería en el tercer nivel: tiene como ejercicio principal la investigación y la enseñanza. Los servicios que se brindarán serán el soporte al cuidado médico de alta tecnología con la ayuda de recursos tecnificados para resolver que resuelven dificultades en la evaluación y procedimiento que requieran

médicos expertos. Características en la medicina: sistema de servicios de salud: funciones que se realizan en favor de la sociedad en su conjunto, con el propósito de retrasar, suscitar y reintegrar el bienestar. Los sistemas de salud: es el vinculado de departamentos, gobiernos provinciales y locales que brindan servicios médicos y personas naturales o jurídicas del sector social y privado. Tratamiento médico integral: actividades médicas de prevención, tratamiento y rehabilitación ejecutadas por los grupos de salud para garantizar la salud integral de la sociedad. Clasificación socioeconómica: los trabajadores sociales generalmente toman decisiones para los pacientes que reciben atención médica basándose en la investigación socioeconómica y están representados por letras o números determinados. Regionalización: Integrar el área geográfica de población designada para planificar la exhibición de servicios y hacer el mejor uso de los recursos para dar respuesta a las necesidades médicas específicas del área. Traslado: Utilizar una ambulancia para transportar pacientes entre dos unidades médicas, pero con su consentimiento previo.

El término **maternidad** se define como el acontecimiento con más relevancia en la existencia de una mujer, pero si las condiciones sociales, de salud y parentales afines con la gestación, el alumbramiento y el puerperio son inapropiadas, también es uno de los eventos más peligrosos. Detrás de cada muerte materna hay una tragedia personal, que se puede explicar de diferentes formas (World Health Organization, 2004).

La mortalidad materna (MM) es la interrelación de los resultados de determinadas causas que afectan la vida de la mujer, constituyendo uno de los más sensibles de los indicadores eficaces de salud en una región o un país. En algunos casos, por faltar condiciones que generan divergencias financieras, formativas, jurídica intrafamiliar de las mujeres, así como la calidad del acceso a los sistemas sanitarios ámbito de la atención médica, agravan problemas del sistema sanitario pública afectados por múltiples factores (Cabezas, Evolución de la mortalidad materna en Cuba, 2006).

La OMS (2000), dio las siguientes definiciones relacionadas con la muerte materna (MM), que presentamos a continuación: Defunción materna, es la defunción de la

mujer dentro de los 42 días posteriores al embarazo, nacimiento o obstáculo de la gestación. Independientemente de su posición anatómica y fisiológica, está relacionado o agravado por el propio proceso de embarazo, parto, puerperio o sus cuidados. Fallecimiento materno tardío: se refiere a la muerte femenina entre 42 días y 365 días después de la interrupción del embarazo. Muertes maternas relacionadas con el embarazo: muertes que ocurren al final del embarazo o 42 días después del embarazo por causas desconocidas. Eventos maternos inminentes: mujeres que están próximas a la muerte pero que sobrevivieron a complicaciones en los primeros 42 días después del embarazo, el parto o la interrupción del embarazo.

Sin embargo, Mazzeo (2010), clasifica las muertes maternas en: muerte obstétrica directa: muerte afecciones de la gestación, expulsivo o postparto; intervención, omisión o tratamiento incorrecto; o una serie de muertes derivadas de cualquiera de los eventos anteriores. Muertes obstétricas indirectas: son causadas por enfermedades preexistentes o desarrolladas durante el embarazo, estas muertes no son causadas por causas directas, sino por consecuencias propias de la gestación. Muertes maternas en etapa tardía: incluidas muertes por causa directa e indirecta ocurridas mayor a 42 días, pero antes de un año de término de la gestación. La causa directa de muerte de mujeres embarazadas por embarazo, parto o complicaciones obstétricas (relacionadas a la gestación). Entre las causas directas se incluyen hemorragias graves, abortos espontáneos peligrosos, sepsis, hipertensión inducida a la gestación y parto obstruido. Entre las causantes indirectas se considera la anemia ferropénica, paludismo, enfermedad coronaria y HIV. Estas afecciones en la gestación se consideran las de mayor causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años (Rodríguez & Verdú, 2013). Causado indirectamente debido a una enfermedad que existía antes del embarazo. Según datos de la Organización Panamericana y Mundial de la salud (OPS-OMS), el 80% de las muertes maternas son por causas directas. El mayor es el sangrado, que representa el 24%, las infecciones el 15%, los abortos realizados en condiciones adversas el 13% y el embarazo- hipertensión inducida representó el 12% y el parto obstruido representó el 8%, porque se pueden encontrar otras causas directas de embarazo ectópico (Águila, 2012).

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, la estimación de las muertes es un mecanismo básico que mide el impacto de los daños en la salud comunitaria. A través del examen metódico de las muertes por orígenes eludibles, es posible establecer con exactitud y certeza los elementos que inciden a que ocurra, evaluar la eficiencia y efectividad sanitaria e instaurar las correspondientes medidas correctivas sobre esta base. Sin embargo, no solo es necesario analizar MM, son también cuasi eventos para las mujeres embarazadas, estos eventos son tan importantes como el propio MM, porque si asumimos que la mayoría de los eventos son prevenibles, entonces ocurrirán errores después de cada ocurrencia (Cabezas, 2009).

La definición de **emergencia obstétrica** es: si la paciente y el niño no reciben la atención adecuada, ellos y la vida del niño estarán en peligro directo, real o potencial, o existe el riesgo de secuelas graves y permanentes (MINSA, 2010). Según el Ministerio de Salud. (2007), las situaciones de **emergencia obstétrica se dividen en las siguientes categorías**: Sangrado de la mitad de la gestación, aborto considerado como la interrupción antes de las 22 semanas o cuando el peso del feto era inferior a 500 gr, con o sin expulsión, productos de embarazo parcial o total. También es demandada la atención del aborto incompleto en emergencias obstétricas no solo en el país sino también en todo el mundo. Aunque la estadía en el hospital es corta, el costo de la atención es elevado, lo que supone un gasto enorme para el hospital y el propio hospital (Tavara, 2012). Embarazo ectópico: implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina. Siendo una consecuencia con la ruptura, de lo contrario no será complicado. Por ser una patología poco frecuente, la ecografía muchas veces no presta atención al embarazo ectópico, cuando se produce la rotura ectópica se convierte en una urgencia obstétrica cualificada, por lo que es necesario un manejo multidisciplinario (Pérez, y otros, 2015). Hemorragia de la **2da mitad de la gestación**: las mujeres cercanas al parto durante las 22 semanas de embarazo experimentarán un sangrado vaginal desigual, posiblemente con o sin dolor. Debemos tener en cuenta que el sangrado está relacionado con el parto prematuro, que es la principal causa de morbilidad y muerte perinatal, y también puede estar relacionado con el sufrimiento fetal agudo y la muerte fetal (Pérez C. , 2010). Hemorragia Intraparto y

Postparto: Hemorragia postparto: dentro de las veinticuatro horas posterior a la expulsión del feto, el volumen de sangrado continuo después del parto de la placenta supera los 500 cc o el volumen de sangrado durante la cesárea supera los 1000 cc. Hemorragia postparto tardía: pérdida de sangre 24 horas posparto hasta el final del puerperio (MINSA, 2007). Shock Hipovolémico Obstétrico: síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión de tejido cuando el volumen efectivo (flujo sanguíneo) cae bruscamente. Se refiere a la pérdida de sangre común durante el parto vaginal o la cesárea abdominal sin complicaciones. Estos valores indican un máximo de 500 ml durante el parto y un máximo de 1000 ml durante la cesárea; sin embargo, el 40% de las pacientes entregan más de este valor y más del 30% de las pacientes se someten a cesárea (Malvino, 2010) **Trastornos Hipertensivos** en el Embarazo: Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación. La hipertensión durante el embarazo incluye muchas enfermedades. Tradicionalmente, se clasifican por CAOG como 1) Preeclampsia-eclampsia; 2) Hipertensión crónica; 3) Hipertensión crónica con preeclampsia y 4) Hipertensión del embarazo, siendo esta última una enfermedad hipertensiva diagnosticada durante el embarazo, pero no cumple con los criterios diagnósticos de preeclampsia. El SCOG incluye una categoría adicional que incluye la presión arterial (PA) elevada, que es diferente de los efectos de la TH transitoria y los delantales blancos. (Cárdenas, Carvajal, & Lacassie, 2017). **Sepsis obstétrica**: sepsis: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado con lesiones infectadas conocidas o sospechadas. Sepsis grave: insuficiencia circulatoria sistémica, perfusión insuficiente de los órganos principales: acidosis láctica, oliguria, cambios de conciencia. Choque séptico: choque asociado con sepsis. A efectos prácticos, a pesar de la rápida infusión de 2.000 ml de solución salina o 1.000 ml de coloide, la presión arterial sistólica de los pacientes con sepsis todavía está por debajo de 90 mmHg. (MINSA, 2007). Rotura Prematura de Membranas (RPM): rotura coriónica después de las 22 semanas de gestación y antes del parto. Extensión de RPM: la membrana se rompió prematuramente durante más de 24 horas. Corioamnionitis: Infección inespecífica de la cavidad amniótica, sus apéndices y del feto final (bolsa o membrana amniótica), que se origina a las 22 semanas de gestación o durante el parto. Endometritis Puerperal: después del parto, las bacterias patógenas, incluida la decidua, invaden la cavidad

uterina y pueden invadir la capa muscular. Si la placenta permanece, puede ser beneficioso para la infección. Se caracteriza por fiebre superior a 38 ° C en los dos grupos de control cada 6 horas después del parto 48 horas (MINSA, 2007).

Alteraciones del Trabajo de Parto: cese del parto tras contracciones uterinas violentas, sin progresión fetal por causas mecánicas o dinámicas, con una duración superior a 12 horas. Esto se debe a que la curva de advertencia del espectrograma está sesgada hacia la derecha.

Incompatibilidad Feto Pélvica y Estrechez Pélvica: la relación entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto está desequilibrada, lo que impide que el feto pase con seguridad a través del tubo pélvico. Cuando el valor medido de la pelvis es menor que el valor normal, se denomina pelvis estrecha.

Parto Podálico: la posición extrema durante el parto es la pelvis del feto, incluidas variantes y variantes de glúteos puros: el lugar completo incluye los glúteos y ambos miembros inferiores, y el lugar incompleto que incluye los miembros inferiores está elevado (MINSA, 2007).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

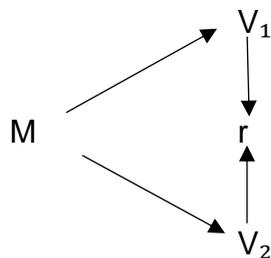
Tipo de estudio

Fue básica, porque no se afectaron las variables y se describieron teóricamente (Hernández, 2010).

Diseño de investigación

Fue no experimental, cuantitativo, descriptivo correlacional, ser correlacional ha permitido ver la influencia de una variable sobre la otra (Hernández, 2016).

Esquema:



Siendo:

M: Muestra

V1: Referencia y contrarreferencia

V2: Emergencia obstétrica

r : Relación de variables

3.2 Variables y operacionalización

Variables

Variable 1: Referencia y contrarreferencia

Variable 2: Emergencia obstétrica

3.3. Población, muestra y muestreo

Población

Estuvo constituido por 61 referencias obstétricas atendidas en los servicios hospitalarios de Moyobamba.

Muestra

Estuvo constituido por 61 referencias obstétricas atendidas en el servicio de emergencia de los servicios hospitalarios de Moyobamba.

Muestreo

Muestreo por conveniencia.

Unidad de análisis

Una referencia obstétrica atendida en el servicio de emergencia.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

Utilizó el análisis documental como técnica. Herramienta a la ficha de recojo de datos para conocer la relación de las variables estudiadas en el nosocomio de mayor complejidad en Moyobamba.

Instrumentos de recolección de datos

Aplicó ficha de recojo de datos y poder determinar la referencia y contrarreferencia, asimismo poder conocer el nivel de manejo de referencia de pacientes obstétricas referidas.

Las dimensiones que formaron el instrumento es la administrativa y asistencial, agrupándose en 16 criterios evaluables en el instrumento de referencia y contrarreferencia. Los criterios evaluables son: inadecuado con valoración de 1 punto, regular con 2 puntos y adecuado con 3 puntos. El instrumento fue desarrollado en base al MINSA (2004) de la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

El instrumento para conocer las emergencias obstétricas, tuvo una dimensión, con 10 criterios evaluables. La medición fue valorado por, si cuando cumple (1), ó no cumple (0), considerando una emergencia. El instrumento fue desarrollado en base al MINSA (2010) Modelo de intervención de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales.

Validez

La validez se realizó por juicios de expertos, que son aquellos especialistas conocedores del tema, quienes evaluaron según los criterios de coherencia y pertinencia alcanzando un promedio de 4,7, lo que representa 94% de similitud entre jueces que significa alta validez.

Confiabilidad

Se tomó con prueba la confiabilidad Alfa de Cronbach con valor referencial de 7, logrando como resultado para el instrumento de **referencia y contrarreferencia** un valor de **0.813** que significa muy confiable y para el instrumento de **emergencia obstétrica** un valor de **0.815** que significa muy confiable

3.5. Procedimientos:

Se buscó conocer la relación entre la Referencia y contrarreferencia con la Emergencia obstétrica, posteriormente gestionando con el hospital el permiso para revisar las historias clínicas de las pacientes que fueron referidas para ser atendidas en el servicio de emergencia. Posterior a ello, se procedió a la selección y análisis de las historias, para luego ser llenado en el instrumento del estudio.

3.6. Método de análisis de datos

Primero validamos los instrumentos para poder extraer los datos solicitados por el estudio y así responder categóricamente a la pregunta de investigación. Para el análisis de los datos se utilizó el SPSS V. 25, utilizando el Chi Cuadrado para obtener la afinidad de las dos variables abordadas en el estudio (Valderrama, 2016).

3.7. Aspectos éticos

Siguiendo los aspectos éticos, se respetó el derecho a la libre participación. Los sujetos participaron voluntariamente en el estudio. Luego el principio de beneficencia. Que en todo momento se aseguró de garantizar lo mejor para el participante. También se respetó el principio de Justicia, que nos permite manejar la moralidad y el buen desarrollo de la investigación en beneficio de los participantes. Finalmente, no se ha generado maleficencia, es decir, no ha generado ningún daño que afecte a los sujetos de investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Nivel	Intervalo	N°	%
Inadecuado	8 - 13	12	20%
Regular	14 - 19	26	42%
Adecuado	20 - 24	23	38%
TOTAL		61	100%

Fuente: Ficha de recojo de datos utilizado en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020.

Interpretación:

El cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital II-1 Moyobamba, existe un predominio del nivel “Regular” con 42% (26), seguido del nivel “Adecuado” en un 38% (23) y un nivel “Inadecuado” con 20% (12).

Tabla 2

Nivel de manejo asistencial de las pacientes obstétricas

Nivel	Intervalo	N°	%
Inadecuado	8 - 13	8	13%
Regular	14 - 19	27	44%
Adecuado	20 - 24	26	43%
TOTAL		61	100%

Fuente: Ficha de recojo de datos utilizado en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020.

Interpretación:

El manejo asistencial de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, donde existe un predominio del nivel “Regular” con 44% (27), seguido del nivel “Adecuado” en un 43% (26) y un nivel “Inadecuado” con 13% (18).

Tabla 3*Nivel de manejo administrativo de las pacientes obstétricas*

Escala	Intervalo	N°	%
Inadecuado	8 – 13	12	20%
Regular	14 - 19	31	50%
Adecuado	20 - 24	18	30%
TOTAL		61	100%

Fuente: Ficha de recojo de datos utilizado en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020.**Interpretación:**

El manejo administrativo de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, existe un predominio del nivel “Regular” con 50% (31), seguido del nivel “Adecuado” en un 30% (18) y un nivel “Inadecuado” con 20% (12).

Tabla 4*Diagnósticos más frecuentes de las mujeres embarazadas referidas al Hospital II-1 Moyobamba, 2020.*

Diagnóstico	N°	%
Parto con complicaciones	11	18%
Neonato con complicaciones	3	5%
Placenta retenida complicada	6	10%
Hipertensión inducida por la gestación	14	23%
Sangrado severo y choque hipovolémico	7	11%
Infección generalizada de la madre y neonato	4	7%
Aborto no completo	7	11%
Lesión vaginal III° y IV°	2	3%
Lesión del cervix	1	2%
Otras complicaciones	6	10%
TOTAL	61	100%

Fuente: Ficha de recojo de datos utilizado en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020.**Interpretación:**

Los diagnósticos identificados con mayor predominancia de las mujeres embarazadas referidas al Hospital II-1 Moyobamba; donde la hipertensión severa inducida alcanza un 23% (14), seguido del parto distócico o complicaciones en un 18% (11), un 11% (7) de referencia que tienen diagnóstico de “Aborto incompleto”, así como la hemorragia severa y shock hipovolémico que tiene el mismo porcentaje. Seguido de otros diagnóstico pone en riesgo a la gestante y el producto de la concepción.

Para el análisis de correlación, se aplicó la independencia de Chí – cuadrado al 95% de confianza; formulando:

Ho: Las variables son independientes no existiendo relación entre el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.

H1: Las variables son dependientes existiendo relación entre el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.

Tabla 5

Tabla de contingencia entre el sistema de referencia y contrarreferencia con manejo de emergencias obstétricas.

		Emergencia Obstétrica			
		No	Si	Total	
Referencia y contrarreferencia	Inadecuada	Recuento	2	10	12
		Recuento esperado	1,2	10,8	12,0
	Regular	% del total	3,3%	16,4%	19,7%
		Recuento	4	22	26
	Adecuada	Recuento esperado	2,6	23,4	26,0
		% del total	6,6%	36,1%	42,6%
Total		Recuento	6	55	61
		Recuento esperado	6,0	55,0	61,0
		% del total	0,0%	37,7%	37,7%

% del total	9,8%	90,2%	100,0%
-------------	------	-------	--------

Fuente: Base de datos trabajado en SPSS ver 25.

Interpretación: Al observar el cruce de las respuestas, donde la tabla de contingencia es predecesor para aplicar chi-cuadrado, permitiendo identificar la existencia de relación significativa entre los sistemas de referencia y contrareferencia y emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.

Tabla 6

Resultados Chí cuadrado del sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,043 ^a	2	,132
Razón de verosimilitud	6,081	2	,048
Asociación lineal por lineal	3,191	1	,074
N de casos válidos	61		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,18.

Fuente: Base de datos trabajado en SPSS ver 25.

Interpretación: La prueba de independencia de chi-cuadrado de Pearson (4.043), menor al chi-cuadrado tabular con 2 grados de libertad (5.9915), indicando que las variables son independientes; determinando que no existe una influencia ni relación. De manera similar, el valor de sig (valor crítico observado) es $0.132 > 0.05$, donde se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta hipótesis nula. En otras palabras, no existe una relación significativa entre los sistemas de derivación y diagnóstico inverso y las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.

V. DISCUSIÓN

En este capítulo se presenta los hallazgos, los mismos que se contrastan con otros estudios, buscando similitud o diferencias entre ambos. Entre los hallazgos destaca el cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital II-1 Moyobamba, donde muestra un nivel “Regular” que equivale un 42%, seguido del nivel “Adecuado” en un 38% y un 20% de nivel “Inadecuado”, dichos resultados permite realizar inferencia donde hay una brecha de 58% a ser mejorado para contar con un sistema de referencia y contrarreferencia optimo que garantice una atención oportuna y de calidad, evitando complicaciones que ponen en riesgo la integridad de la gestante y de su producto.

En comparación con el estudio de Mejía (2011), señaló que el conocimiento sobre emergencias médicas no es alto, y sugirió evaluar y mejorar la formación práctica en manejo de emergencias médicas que brindan las universidades, dicho estudio hace hincapié que es necesario contar con una adecuada formación profesional para garantizar una atención integral, evitando las complicaciones posteriores en la salud y en su entorno familiar, ya que en tema sanitario son todos los miembros de la familia que se involucran, siendo necesario conocer los diferentes procesos sanitarios en sus formación.

El estudio muestra el nivel de manejo asistencial de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, encontrando un 44% “Regular”, seguido del nivel “Adecuado” en un 43% y 13% de nivel “Inadecuado”; donde un 56% del manejo asistencial debe ser mejorado para garantizar una oferta de servicio integral, donde se vele por una atención con estándares de calidad, para ello los procesos asistenciales deben ser coordinados, articulados y complementarios, con el propósito de revertir los indicadores materno perinatales, con ello disminuir la morbilidad y mortalidad materno neonatal, asimismo alcanzar una buena imagen hospitalaria mediante la satisfacción de las usuarias y sus familiares.

Por su parte, Izquierdo (2016) refiere que en lo más importante es que Boost Hospital ofrece servicios quirúrgicos líderes en el sur de Afganistán. El hospital cuenta con el apoyo de Médicos Sin Fronteras, minimizando la tasa de mortalidad materna debido a su alta calidad en obstetricia de emergencia. Mediante la aplicación de estándares de salud, equipos y suministros médicos, MSF ha mejorado con éxito la salud de la población afgana, especialmente de las mujeres embarazadas, y la tasa de mortalidad intraoperatoria de la cesárea es inferior al 1%. Lo mencionado por Izquierdo, muestra que un proceso asistencial adecuado y con estándares de calidad no solo disminuye el número intervenciones quirúrgicas, que por ende ocasiona un gasto al nosocomio y un mayor tiempo de recuperación para las gestantes, en cambio tratar a tiempo, ambas partes (oferente y demandante) salen con beneficios mensurables.

Por ello, Plasencia (2020) no solo se refiere y considera emergencias obstétricas, sino que también considera enfermedades crónicas en el embarazo, como mujeres mayores y antecedentes médicos familiares, los mismos que ocasionan la presencia de patologías para el producto de la concepción como la fisura labial y/o palatina, con ello el manejo asistencial debe garantizar todas las etapas iniciando desde a etapa preconcepcional, para tener una paciente controlada y actuar de manera oportuna.

En cuanto al nivel de manejo administrativo de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, presenta un nivel "Regular" con 50%, seguido del nivel "Adecuado" en un 30% y un nivel "Inadecuado" con 20%; sin lugar a duda la parte administrativa tiene un rol determinante en la entrega de los servicios hospitalarios, donde permite contar con todos los medios necesarios para una atención optima, donde los insumos, equipos y medicamentos estén operativos, los mismos que garantizan integralidad en la atención. De la misma manera, es contar con la provisión de recurso humano en cantidad y competencias, siendo esto el recurso fundamental para salvaguardar una correcta atención de las gestantes; cabe precisar que al no contar con insumos, mucho de los responsables de las pacientes hacen compras externas,

ocasionando gastos de bolsillo, el mismo que repercute en su gasto familiar y que perjudica su canasta familiar.

Bernztein (2017) señaló que los hospitales de maternidad públicos más complicados tienen muchos procedimientos inseguros. Los ingenieros electrónicos pueden obtener información de manera eficaz sobre los riesgos y determinar la prioridad de los procesos para mejorar y estimar la frecuencia de los problemas sistémicos. Deben ser parte de una estrategia nacional de calidad que incluya apoyo, incentivos y obligaciones, de modo que las agencias puedan implementar las mejoras necesarias para reducir el riesgo. Es justo en esta parte que los procesos administrativos juegan un rol determinante, donde el abastecimiento de los insumos, equipos y medicamentos se encuentran en el establecimiento asegurando la prontitud e integralidad en la atención.

De la misma manera, Basabe (2020), mencionada que el diagnóstico temprano permite realizar nefroprevención secundaria. Son frecuentes las anomalías congénitas de los riñones y la uretra. El diagnóstico prenatal se realiza mediante ecografía durante el embarazo. La patología más común es el reflujo vesicouretral.

El estudio muestra también los principales diagnósticos de las referidas de las embarazadas al Hospital II-1 Moyobamba, donde predomina la hipertensión severa inducida por el embarazo en un 23%, seguido del parto distócico o complicaciones en un 18% y un 11% de referencia corresponde a los diagnósticos de "Aborto incompleto" y a la hemorragia severa y shock hipovolémico. Los diagnósticos mencionados son los principales causantes de las emergencias y complicaciones obstétricas, las mismas que originan las muertes maternas, para ello es necesario identificar los signos y síntomas en las pacientes, encontrando un diagnóstico definitivo para iniciar su tratamiento y manejo correspondiente. Para el diagnóstico las pacientes y su mismo entorno tienen un rol determinante, ya que son ellos que identifican los signos de alarma y a la vez toman la decisión de buscar ayuda, para dar solución a su problema de salud.

Encarnación (2017) en su estudio encontró factores de riesgo para la hemorragia puerperal que se agrupan en la parte prenatal, perinatal, durante el trabajo de parto, durante el periodo cercano al parto, este es uno de los diagnósticos identificados en el estudio, que se convierte en el principal causante de muerte materna, más aun en la región San Martín, por ende se debe prestar un mayor interés en el manejo protocolizado y estandarizado de estos casos.

Finalmente, el estudio muestra su principal hallazgo, donde no existe relación significativa entre el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas. Este hallazgo pone de manifiesto que las referencias obstétricas no se relacionan con el manejo de la emergencia obstétrica, pero es un proceso necesario en el sistema sanitario, que permite encontrar complementariedad en la atención, basado en las capacidades de resolución de cada establecimiento de salud, de manera cualitativa y cuantitativa; por lo tanto, existen otros procesos que si aseguran una atención y manejo obstétrico de la mejor manera.

Por otro lado, Quispe (2020) encontró que la relación entre el estrés de las adolescentes embarazadas y el parto prematuro es del 95% de χ^2 . Se observó que si existe asociación entre las dos variables ($\chi^2 = 55,107$; $p = 0,000$), la asociación es muy significativa y no se encontró asociación en el estudio, lo que indica que los resultados obtenidos son diferentes.

VI. CONCLUSIONES

6.1. No hay relación entre las variables sistema de referencia- contrarreferencia y manejo de las emergencias obstétricas, χ^2 fue 4.043 < χ^2 tabular 2° libertad 5.9915. El valor de significancia 0.132 > 0.05 que permite aceptar la hipótesis nula.

6.2. El cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital II-1 Moyobamba, es de nivel "Regular" con 42%, seguido de nivel "Adecuado" en un 38% y un nivel "Inadecuado" con 20%.

6.3. El manejo asistencial de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, muestra predominio del nivel "Regular" con 44%, seguido del nivel "Adecuado" en un 43% y un nivel "Inadecuado" con 13%.

6.4. El manejo administrativo de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, presenta 50% como "Regular", seguido de un 30% como "Adecuado" y nivel "Inadecuado" con 20%.

6.5. Los diagnósticos frecuentes de gestantes referidas fueron hipertensión inducida por la gestación 23%, seguido del parto distócico o complicaciones en un 18% y un 11% de referencia corresponde a los diagnósticos de "Aborto incompleto" y a la hemorragia severa y shock hipovolémico.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Al director, fortalecer las capacidades del personal sanitario, mediante entrenamiento que permita realizar las referencias desde el establecimiento de origen en las mejores condiciones e iniciando un manejo protocolizado de las emergencias obstétricas que permita salvaguardar la integridad del binomio madre-niño.

7.2. Al director, juntamente con la Dirección Regional de Salud, reforzar el trabajo coordinar y articulado con los establecimientos de salud periféricos para garantizar una referencia acorde a la norma, permitiendo asegurar una atención segura y eficaz.

7.3. Al director del Hospital y responsable de microrredes, fomentar el diseño e implementación de una intervención articulada y compartida para realizar un manejo asistencial adecuada de referencias y contrarreferencias, así evitar mayores complicaciones e incluso defunciones maternas.

7.4. Al director, promover y concretar la complementariedad de trabajo mancomunado con nosocomios ubicados en las zonas rurales y periurbanas, donde permita complementarse los procesos administrativos en aras de garantizar la calidad de los servicios y minimizando los riesgos de las pacientes.

7.5. A los jefes de establecimientos de salud de origen (periféricos), diseñar e implementar un plan integral que garantice una referencia adecuada, oportuna y de calidad para disminuir la morbimortalidad materna.

REFERENCIAS

- Águila, S. (2012). Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(2), 281-289. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200015
- Basabe, A., Troche, A., & Martínez, M. (2020). Epidemiología de las anomalías congénitas del riñón y tracto urinario en pacientes pediátricos en un Hospital de Referencia. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 12(2), 28-37. doi:<http://dx.doi.org/10.18004/rdn2020.dic.02.028.037>
- Bernztein, R., & Gilmore, C. (2017). Calidad y seguridad de maternidades públicas argentinas de mayor complejidad. Resultados de evaluaciones externas. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(31), 27-33. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2017000200005&lang=pt
- Bertalanfly, L. (1954). *Teoría general de sistemas*. Nueva York: Fondo de Cultura.
- Cabezas, E. (2006). Evolución de la mortalidad materna en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432105&idp=1&cid=3723>
- Cabezas, E. (2009). Mortalidad materna, un problema por resolver. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(2), 1-4. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300001
- Cárdenas, A., Carvajal, J., & Lacassie, H. (2017). Manejo anestesiológico de pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(1), 58-66. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000100008>
- CLAD. (08 de Julio de 2016). *Indicadores de Salud en América Latina*. Obtenido de <http://siare.clad.org/siare/innotend/evaluacion/indicador0412.html>

- Encarnación, F. (2017). *Hemorragia puerperal o post parto. (Tesis de pregrado)*. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto.
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. Lima: Mc Graw Hill.
- Hernández, R. (2016). *Metodología de la Investigación*. Lima: Mc Graw Hill.
- Hernández, S., Ruiz, R., Ojeda, R., Anaya, R., & Pérez, C. (2018). Equipo de respuesta inmediata (ERI): otra estrategia en la prevención de la muerte materna; experiencia en la UMAE HGO CMNO IMSS. *Cirujano General*, 40(1), 13-16. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-00992018000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Huerta, I., Elías, J., Campos, K., Muñoz, R., & Coronado, J. (2020). Características materno perinatales de gestantes COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 66(2), 1-6. doi:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000200003&script=sci_arttext
- Izquierdo, G., Trelles, M., & Khan, N. (2016). Reduciendo la mortalidad materna en zonas de conflicto: experiencia quirúrgica-anestésica en el Hospital Boost, Afganistán. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(1), 13-16. doi:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-33472016000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Llave, R. (2015). *Plan De Referencia Y Contrarreferencia Para Mejorar La Oferta De Servicios De Salud En La Consulta Externa De Los Hospitales li-1 En La Provincia De Trujillo: 2014 - 2016*. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Malvino, E. (2010). *Shock Hemorrágico en Obstetricia*. Buenos Aire: Biblioteca de OBSTETRICIA CRÍTICA.
- Mazzeo, V., & Vinacur, J. (2010). La omisión del registro de la causa de muerte materna en los establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008. *Población de Buenos Aires*, 7(12), 59-65. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74015656006>

- Mejia, C., Quezada, C., Moras, C., Quinto, K., & Ascencios, C. (2011). Nivel de conocimientos sobre emergencias médicas en estudiantes de medicina de universidades peruanas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 28(2), 202-209. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200006
- Mena, J. (2014). *Estrategias De Gestión Para El Cumplimiento Del Sistema De Referencia Y Contrarreferencia Del Área De Salud No. 9 Comité Del Pueblo*. Ambato: Universidad Regional Autonoma de los Andes.
- MINSA. (2004). *Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de Salud*. Lima: Ministerio de Salud-Perú.
- MINSA. (2005). *Norma Técnica: Categorías De Establecimientos Del Sector Salud*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSA. (2007). *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva*. Lima: los talleres de Sinco Editores.
- MINSA. (2010). *Modelo de intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2014). *Guía Técnica N°001-2014/SIS – V.01. Guía técnica de orientación para la operativización de los Procesos Prestacionales de los convenios Cápita entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales y DISAS*. Lima: MINSA.
- MINSAL. (2016). Sistema de Referencia- Contrarreferencia. *Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales*, 1-4.
- Narvaez, A. (2018). *Evaluación Del Flujo De Referencia Y Contrarreferencias Del Servicio De Emergencias Del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, Abancay, 2015-2018*. Callao: Universidad Nacional del Callao.

- OMS. (2015). *¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto?* Ginebra: OMS.
- OPS. (2002). *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad*. Washington DC: 26 Conferencia sanitaria panamericana 54ta. sesión del comité regional. Obtenido de <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-inf5-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos*. Ginebra: OMS. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67874/WHO_RHR_00.7_fre.pdf?sequence=1
- Pérez, C. (2010). Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo. *Rev Per Ginecol Obstet*, 56, 18-22. Obtenido de https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf
- Pérez, D., Corona, B., & Espinosa, R. (2013). Caracterización del proceso hospitalario de atención a la morbilidad materna extremadamente grave. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*, 39(2), 98-106. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39_2_13/gin05213.htm
- Pérez, P., Jiménez, J., Rodríguez, M., Baca, O., Flandez, C., & Tenorio, L. (2015). Emergencia obstétrica con abdomen agudo por ectópico roto en Embarazo Heterotópico. *Caso Clínico*, 2(15), 115- 123. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2015/muv152h.pdf>
- Plasencia, E., Díaz, C., & Dueñas, M. (2020). Factores asociados a la presencia de fisura labiopalatina en recién nacidos en un hospital peruano de tercer nivel de atención. Un estudio de casos y controles. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 304-311. doi:<https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.942>
- Quispe, F., & Maza, M. (2020). *Estrés y parto prematuro en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba, julio – noviembre 2019. (Tesis de pregrado)*. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto.

- Rodríguez, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*, 13(3), 433-441. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130042011>
- Salgueiro, A. (2001). *Indicadores de Gestión y Cuadro de Mando*. Madrid: Díaz de Santos.
- Segredo, A., & Díaz, P. (2011). Clima organizacional en la gestión del coordinador docente de estado en la Misión Médica Cubana. *Educación Médica Superior*, 25(3), 255-274. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000300004
- Semper, A. (2016). *Sistema de acciones para mejorar la atención a pacientes con morbilidad materna extremadamente grave. Hospital Ginecobstétrico Provincial Matanzas*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Semper, A., Mercader, B., Hernández, C., Álvarez, M., Mestre, V., & Rodríguez, J. (2019). Clima organizacional y competencias no técnicas. Enfoque sistémico y propuesta de acciones para emergencias obstétricas. *Revista Médica Electrónica*, 41(1), 211-220. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100211&lng=es&nrm=iso
- Sosa, L. (2020). Mortalidad Materna en Paraguay. *Revista de salud publica del Paraguay*, 10(1), 7-9. doi:<https://doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.7-9>
- Tavara, L. (2012). Costos de la atención postaborto en hospital es de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 58(4), 241-251. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v58n4/a02v58n4.pdf>
- Torres, W., & Santacruz, M. (2018). *Factores De Riesgo Que Predisponen Al Incremento Del Índice De Cesáreas En Gestantes Adolescentes En El Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2011 - 2015. (Tesis de pregrado)*. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto.

Valderrama, S. (2016). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica* (6ta ed.). Lima: San Marcos.

Vidal, M., Obregón, M., & Gálvez, A. (2011). La Salud Pública: Sistema complejo. *Revista Infodir*, 12-13.

World Health Organization. (2004). *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva: World Health Organization.

Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42930/9241562706.pdf;jsessionid=36B3077C701FFFA79AC2F3EF3488670A?sequence=1>

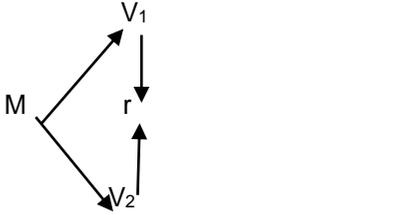
Anexos

Matriz de operacionalización de variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Referencia y contrarreferencia	MINSA (2004) es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.	Procesos administrativos y asistenciales que aseguran la continuidad de la atención de las gestantes con diagnóstico reservado, donde se empleó un ficha de recojo de datos para determinar su nivel.	Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> •Designa responsable. •Asignación de recursos para la operatividad y funcionamiento. •Registrar, consolidar, procesar, analizar y retroalimentar la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia •Registros de control de procesos de sanitarios. •Coordinar referencia de la paciente. •Resuelve la referencia de la paciente. 	Nominal
			Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> •Estabiliza a la paciente para su referencia. •Inicia el manejo de acuerdo a su complejidad. •Asegurar la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y equipamiento básico. •Garantizar el transporte adecuado. •Ambulancias cuenta con equipamiento básico. •Recurso humano capacitado. 	
Emergencia obstétrica	Es la situación que pone en peligro inmediato, real o potencial, la vida de la paciente y la de su hijo(a), o riesgo de secuelas graves y permanentes, si no recibe	Situación de alto riesgo para la gestante y el producto de la concepción, el mismo es determinada por una ficha de recojo de datos.	Emergencia obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> •Parto distócico o complicado. •Recién nacido con complicaciones. •Retención de placenta complicada. •Hipertensión severa inducida por el embarazo. •Hemorragia severa y shock hipovolémico. 	Nominal

	atención calificada (MINSA, 2010)			<ul style="list-style-type: none">•Sepsis Materna o Neonatal.•Aborto incompleto.•Desgarro vaginal grado III y grado IV.•Desgarro de cuello uterino.•Retención de placenta complicada.	
--	-----------------------------------	--	--	---	--

Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e Instrumentos						
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre el sistema de Referencia y Contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuáles es el nivel de cumplimiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia del Hospital II-1 Moyobamba, 2020? ¿Cuál es el nivel de manejo asistencial de pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020? ¿Cuál es el nivel de manejo administrativo de pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020? ¿Cuáles son los diagnósticos más frecuentes de las mujeres embarazadas que son referidas al Hospital II-1 Moyobamba, 2020?</p>	<p>Objetivo general Conocer la relación del sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.</p> <p>Objetivos específicos Determinar el nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Determinar el nivel de manejo asistencial de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Determinar el nivel de manejo administrativo de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020. Identificar los diagnósticos más frecuentes de las mujeres embarazadas referidas al Hospital II-1 Moyobamba, 2020.</p>	<p>Hipótesis general Hi: Existe relación significativa entre relación el sistema de referencia y contrarreferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020.</p> <p>Hipótesis específicas H1: El nivel de cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital II-1 Moyobamba, es adecuado. H2: El nivel de manejo asistencial de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020, es adecuado. H3: El nivel de manejo administrativo de las pacientes obstétricas en el Hospital II-1 Moyobamba, 2020, es adecuado H4: El diagnóstico más frecuente de las mujeres embarazadas referidas al Hospital II-1 Moyobamba, es la Hipertensión severa inducida por el embarazo.</p>	<p>Técnica La técnica empleada en el análisis documental</p> <p>Instrumentos El instrumento empleado es la ficha de recojo de datos</p>						
Diseño de investigación	Población y muestra	Variables y dimensiones							
<p>El estudio de investigación es de tipo básico, con diseño correlacional.</p>  <p>M: muestra V1: Referencia y contrarreferencia V2: Emergencia obstétrica r: relación de variables</p>	<p>Población La población objeto de estudio, estuvo constituido por 61 referencia atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba.</p> <p>Muestra La muestra del estudio estuvo conformada por 61 referencia atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Variables</th> <th style="width: 50%;">Dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Referencia y contrarreferencia</td> <td style="text-align: center;">Administrativo Asistencial</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Emergencia obstétrica</td> <td style="text-align: center;">Emergencia obstétrica</td> </tr> </tbody> </table>		Variables	Dimensiones	Referencia y contrarreferencia	Administrativo Asistencial	Emergencia obstétrica	Emergencia obstétrica
Variables	Dimensiones								
Referencia y contrarreferencia	Administrativo Asistencial								
Emergencia obstétrica	Emergencia obstétrica								

Instrumento de recolección de datos

Ficha de recolección de datos: Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Referencia y contrarreferencia		Criterios		
Dimensiones	Ítems	1	2	3
Administrativo	Designa responsable.			
	Asignación de recursos para la operatividad y funcionamiento.			
	Registra la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.			
	Consolida la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.			
	Procesa la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.			
	Analiza la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.			
	Retroalimenta la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.			
	El plan de referencia y contrarreferencia en el establecimiento			
Asistencial	Coordina referencia de la paciente.			
	Resuelve la referencia de la paciente.			
	Estabiliza a la paciente para su referencia.			
	Inicia el manejo de acuerdo a su complejidad.			
	Asegura la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y equipamiento básico.			
	Garantizar el transporte adecuado.			
	Ambulancias cuenta con equipamiento básico.			
	Recurso humano capacitado.			

Fuente: MINSA (2004) Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de Salud

Ficha de recolección de datos: Emergencia obstétrica

Personal de salud responsable de referencia y contrarreferencia:

Médico ()

Obstetra ()

Licenciado en Enfermería ()

Técnico en Enfermería ()

Dimensiones	Diagnóstico	Criterios	
		Si	No
Emergencia obstétrica	Parto distócico o complicado.		
	Recién nacido con complicaciones.		
	Retención de placenta complicada.		
	Hipertensión severa inducida por el embarazo.		
	Hemorragia severa y shock hipovolémico.		
	Sepsis Materna o Neonatal.		
	Aborto incompleto.		
	Desgarro vaginal grado III y grado IV.		
	Desgarro de cuello uterino.		
	Retención de placenta complicada.		

Otro Diagnóstico:

Fuente: MINSA (2010) Modelo de intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales.

Ficha de validación de expertos



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Apaestegui Huanca Liz Hermelinda
 Institución donde labora : Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo
 Especialidad : Magister en Gestión de Servicios de Salud
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: Sistema de Referencia y Contrarreferencia
 Autor (s) del instrumento (s) : Br. Martinez Chuquizuta Diana

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable y coherente.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Tarapoto, 03 de enero de 2021


 Mg. Liz H. Apaestegui Huanca
 Magister en Gestión de Servicios de Salud

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA****I. DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del experto : Apaestegui Huanca Liz Hermelinda
 Institución donde labora : Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo
 Especialidad : Magister en Gestión de Servicios de Salud
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: Manejo de emergencias obstétricas
 Autor (s) del instrumento (s) : Br. Martinez Chuquizuta Diana

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Manejo de emergencias obstétricas				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Manejo de emergencias obstétricas					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Manejo de emergencias obstétricas					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable y coherente.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Tarapoto, 03 de enero de 2021


 Mg. Liz H. Apaestegui Huanca
 Magister en Gestión de Servicios
 de Salud

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA****I. DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del experto : Sánchez Dávila, Keller
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo/Universidad Nacional de San Martín
 Especialidad : Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad
 Instrumento de evaluación : Ficha de recojo: Sistema de Referencia y Contrarreferencia
 Autor (s) del instrumento (s) : Br. Martinez Chuquizuta Diana

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable y coherente.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Tarapoto, 03 de enero de 2021


 Dr. Keller Sánchez Dávila
 DOCENTE POS GRADO

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA****I. DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del experto : Sánchez Dávila, Keller
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo/Universidad Nacional de San Martín
 Especialidad : Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad
 Instrumento de evaluación : Ficha de recojo: Manejo de emergencias obstétricas
 Autor (s) del instrumento (s) : Br. Martinez Chuquizuta Diana

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Manejo de emergencias obstétricas				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Manejo de emergencias obstétricas					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Manejo de emergencias obstétricas					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable y coherente.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Tarapoto, 03 de enero de 2021


 Dr. Keller Sánchez Dávila
 DOCENTE POS GRADO



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Paredes Aguilar Marita Carola
 Institución donde labora : Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo
 Especialidad : Magister en Gestión de los Servicios de Salud
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: Sistema de Referencia y Contrarreferencia
 Autor (s) del instrumento (s) : Br. Martinez Chuquizuta Diana

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Sistema de Referencia y Contrarreferencia					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL					47	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable y coherente.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Tarapoto, 03 de enero de 2021


 Mg. Marita Paredes Aguilar
 Magister en Gestión de Servicios de Salud



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Paredes Aguilar Marita Carola
 Institución donde labora : Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo
 Especialidad : Magister en Gestión de Servicios de Salud
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: Manejo de emergencias obstétricas
 Autor (s) del instrumento (s) : Br. Martínez Chuquizuta Diana

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Manejo de emergencias obstétricas				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permitir hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Manejo de emergencias obstétricas					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Manejo de emergencias obstétricas					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL						47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

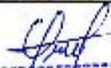
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento aplicable y coherente.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Tarapoto, 03 de enero de 2021


 Mg. Marita C. Paredes Aguilar
 Magister en Gestión de Servicios
 de Salud

Constancia de autorización



OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

CONSTANCIA

**EL JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN.**

HACE CONSTAR:

Que la estudiante **Diana Martínez Chuquizuta**, de la maestría de Gestión de los servicios de la Salud de la **Universidad César Vallejos Filial Tarapoto**, está autorizada a realizar la investigación titulada **"Sistema de Referencia y Contrarreferencia con el manejo de las Emergencias Obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020"** en el presente año, tal como consta en el título de la investigación.

Se expide la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Moyobamba, 18 de diciembre del 2020



OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA
M. C. **Jorge Edwin Espinoza**
DIRECTOR GENERAL

Base de datos

Referencia y contrarreferencia								Emergencia Obstétrica			
N°	Administrativo	Asistencial	Prom	N°	Administrativo	Asistencial	Prom	N°	Valor	N°	Valor
1	10	9	10	32	19	17	18	1	1	32	0
2	8	10	9	33	15	18	17	2	1	33	1
3	13	11	12	34	18	15	17	3	1	34	1
4	12	13	13	35	17	19	18	4	1	35	1
5	10	9	10	36	16	23	20	5	1	36	1
6	9	10	10	37	15	21	18	6	1	37	1
7	10	12	11	38	19	24	22	7	1	38	1
8	13	10	12	39	18	23	21	8	1	39	1
9	8	15	12	40	14	21	18	9	1	40	1
10	11	15	13	41	17	22	20	10	1	41	1
11	10	15	13	42	15	23	19	11	1	42	1
12	9	16	13	43	18	21	20	12	1	43	1
13	16	18	17	44	21	22	22	13	1	44	1
14	18	15	17	45	22	20	21	14	1	45	1
15	15	14	15	46	20	23	22	15	1	46	1
16	17	17	17	47	23	20	22	16	1	47	1
17	16	18	17	48	21	22	22	17	1	48	0
18	15	15	15	49	24	23	24	18	1	49	1
19	19	14	17	50	24	22	23	19	1	50	1
20	16	16	16	51	22	21	22	20	1	51	1
21	15	17	16	52	21	23	22	21	1	52	1
22	19	18	19	53	20	24	22	22	1	53	1
23	18	15	17	54	23	22	23	23	1	54	1
24	16	17	17	55	22	21	22	24	1	55	1
25	17	16	17	56	23	23	23	25	1	56	1
26	15	19	17	57	21	22	22	26	0	57	1
27	18	15	17	58	23	21	22	27	1	58	1
28	15	18	17	59	22	20	21	28	0	59	1
29	16	15	16	60	20	23	22	29	1	60	1
30	14	14	14	61	24	20	22	30	0	61	1
31	15	19	17					31	0		

Declaratoria de originalidad del autor



Declaratoria de originalidad del autor

Yo, Br. Diana Martínez Chuquizuta, egresada de la Escuela de Posgrado, de programa académico de Maestría en Gestión de los Servicios en Salud de la Universidad César Vallejo, filial Tarapoto, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la tesis titulada:

“Sistema de referencia y contrareferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020”, es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la tesis:

1. No ha sido plagiado ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicado ni presentado anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual, me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Tarapoto, 11 de febrero de 2021

Apellidos y nombre: Br. Martínez Chuquizuta Diana	
DNI: 21859613	
ORCID: 0000-0002-1242-5650	

Declaratoria de autenticidad del asesor



Declaratoria de autenticidad del asesor

Yo, Dr. Ramírez García, Gustavo, docente de la Escuela de Posgrado, Programa académico de la Maestría en Gestión de los Servicios en Salud de la Universidad César Vallejo, filial Tarapoto, asesor de la tesis titulada:

“Sistema de referencia y contrareferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020” del autor Br. Martínez Chuquizuta Diana constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el trabajo de investigación / tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Tarapoto, 11 de febrero de 2021

Apellidos y nombre: Dr. Ramírez García, Gustavo	
DNI: 01109463	
ORCID: 0000-0003-0035-7088	

Acta de sustentación de tesis

Autorización de publicación en Repositorio institucional



Autorización de Publicación en Repositorio Institucional

Yo, Br. Diana Martinez Chuquizuta identificada con DNI N° 21859613, egresada de la Escuela de posgrado, del Programa Académico de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, autorizo (X), no autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi Tesis: “Sistema de referencia y contrareferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020”

En el Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulada en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33.

Fundamentación en caso de NO autorización:

.....
.....

Tarapoto, 11 de febrero de 2021

Apellidos y nombre: Br. Martinez Chuquizuta Diana	
DNI: 21859613	
ORCID: 0000-0002-1242-5650	

Validez

Valoró por juicios de expertos, conocedores del tema.

Variable	Nº	Especialidad	Promedio	Opinión
Referencia y contrarreferencia	1	Metodólogo	4,7	Aplicable y coherente
	2	Especialista	4,7	Aplicable y coherente
	3	Especialista	4,7	Aplicable y coherente
Emergencia obstétrica	1	Metodólogo	4,7	Aplicable y coherente
	2	Especialista	4,7	Aplicable y coherente
	3	Especialista	4,7	Aplicable y coherente

Los cuestionarios evaluados por los expertos, quienes evaluaron respetando criterios de coherencia y pertinencia alcanzaron un promedio de 4.7, que representa un 94% de semejanza entre jueces; indicando una alta validez.

Confiabilidad

Escala Alfa de Cronbach, el mismo que permitió evaluar la confiabilidad de los instrumentos, tomando como valor referencial a 0.70.

Análisis de confiabilidad: Referencia y contrarreferencia

Resumen del procesamiento		
	N	%
Válidos	61	100
Excluidos ^a	0	0
Total	61	100

a. Eliminación por lista basada en procedimiento.

Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0.813	16

Análisis de confiabilidad: Emergencia obstétrica

Resumen del procesamiento		
	N	%
Válidos	61	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	61	100,0

a. Eliminación por lista basada en procedimiento.

Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,815	10



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Declaratoria de autenticidad del asesor

Yo, Dr. Ramírez García, Gustavo, docente de la Escuela de Posgrado, Programa académico de la Maestría en Gestión de los Servicios en Salud de la Universidad César Vallejo, filial Tarapoto, asesor de la tesis titulada:

“Sistema de referencia y contrareferencia con el manejo de las emergencias obstétricas del Hospital II-1 Moyobamba, 2020” del autor Br. Martinez Chuquizuta Diana constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el trabajo de investigación / tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Tarapoto, 11 de febrero de 2021

Apellidos y nombre: Dr. Ramírez García, Gustavo	
DNI: 01109463	 Dr. Gustavo Ramírez García DNI. 01109463
ORCID: 0000-0003-0035-7088	