

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**UNAN – Managua**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS**

**Para optar al título de**

**Especialista en Medicina de Emergencias**

**Características Clínicas de Pacientes con Complicaciones Maternas trasladadas  
al Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, Enero del 2011.**

**AUTOR:** Dr. Jaime Absalón Vanegas Ferrey  
Médico Residente  
Especialidad de Medicina de Emergencias

**TUTOR y ASESOR:** Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD  
Prof. Titular Dpto. Salud Pública  
UNAN-León.

Managua, Octubre de 2011

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar las características clínicas de las pacientes con complicaciones maternas trasladadas de las diferentes unidades de salud al Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, durante Enero del 2011.

El estudio fue de corte transversal y la población período de estudio fue el total de pacientes embarazadas trasladadas de las diferentes unidades de salud del país al servicio de emergencia del hospital Bertha Calderón Roque durante enero del 2011. La fuente de información fue primaria y secundaria. El software usado fue SPSS versión 18.0. Se solicitó autorización a la dirección del hospital y consentimiento informado verbal a las pacientes. La información fue confidencial y anónima.

Las normas y protocolos para la atención de pacientes con complicaciones maternas no se cumplieron en 70% de los casos, y las condiciones del traslado fueron malas en 58.8%. Las principales indicaciones de los traslados fueron síndrome hipertensivo gestacional, ruptura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro. Los eventos adversos se presentaron en casi una quinta parte de los casos, y los principales servicios donde fueron derivadas las pacientes fueron ARO, UCI y quirófano. La tasa de letalidad materna y perinatal fue de 2.5% y 25.1%, respectivamente.

Se recomienda diseminar los resultados al MINSA para evaluar la calidad en el traslado y manejo de pacientes embarazadas. Así como realizar estudio sobre el conocimiento y cumplimiento de las normas y protocolos del Ministerio de Salud por parte del personal involucrado.

**Palabras claves:** *normas y protocolos de atención, traslado de pacientes, calidad de atención, complicaciones maternas.*

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINAS</b>
1. Introducción	7
2. Antecedentes	8
3. Justificación	10
4. Planteamiento del problema	11
5. Objetivos	12
6. Marco Teórico	13
7. Material y Métodos	18
8. Resultados	22
9. Discusión	25
10. Conclusiones	27
11. Recomendaciones	28
12. Referencias	29
13. Anexos	31
Ficha de recolección de datos	
Cuadros	

# Dedicatoria

*“No hay gran dogma que no haya resistido el embate de los tiempos”*

*Ernesto Sábato*

Al Todopoderoso por haberme dado la oportunidad de haberme formado para ser médico, porque me hace ser sensible y ver, a través sus ojos, el dolor de los demás, por usarme como un instrumento de sanación para las personas que atiendo día a día.

Por haberme dado la familia en la que nací, crecí y me sigo formando, que es la muestra del amor de Dios en la tierra, por haberme enseñado a ver con ojos de amor a todo el que esté a mi lado.

A mis padres que en toda dificultad y alegría han estado conmigo, porque lo que soy se los debo a ellos. A mis hermanas y hermano que en este nuevo reto en mi vida han sido un pilar importante al estar conmigo cuando los necesito.

A mi sobrino Félix Ariel que nos ha demostrado lo maravilloso de tener esperanzas y el milagro de la vida.

A todos aquellos y aquellas que en algún momento de su vida, en situaciones difíciles, han sido mis pacientes y han puesto su confianza en mí... ellos son el motivo de querer superarme.

# Agradecimiento

A mi familia porque ellos han confiado en mí, me han animado y siempre están ahí para apoyarme.

A mis amigos y amigas porque siempre han sido mi apoyo, cuando estoy en problemas siempre están ahí para ayudarme, para escucharme.

A mis maestros porque no sólo me han enseñado de ciencia; sino porque me han demostrado que aun existen personas de principios, que han sido no solo maestros sino también amigos

Agradezco a mi tutor el Dr. Francisco Tercero, por tener la paciencia de aclarar mis dudas y apoyarme incondicionalmente, al Dr. José Ángel Méndez por ser quien me apoyó con la idea del estudio y las bases para su realización.

Al HBCR por haberme permitido realizar el estudio en dicho hospital.

Al personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia de este hospital por su valiosa colaboración en el aporte de datos y acceso a información.

A las pacientes que pasando situaciones críticas accedieron a brindarme datos y detalles además permitirme involucrarlas en el estudio.

## **Opinión del tutor**

El trabajo aquí presentado, representa un encomiable esfuerzo por traer atención a un tema de relevancia en el contexto nacional.

El autor logra brindar evidencia del problema relacionado a los traslados de pacientes críticos a niveles de mayor resolución y la aún falta de cumplimiento de las normas y protocolos ya establecidos para los traslados de pacientes obstétricas.

El empeño por lograr presentar la información de forma sencilla y clara, y el hecho de tener remarcable cuidado por los aspectos metodológicos y la claridad con que se plantean los razonamientos subyacentes a lo largo del trabajo, unidos a una evidente preocupación por el sensible problema de salud aquí abordado, son las características más sobresalientes en esta tesis.

Esperamos que desde la universidad y la sociedad misma se siga promoviendo la investigación de los problemas de salud que afectan a los grupos vulnerables.

**Dr. Francisco Tercero**

PhD en Salud Pública

Profesor Principal Departamento Salud Pública

UNAN-León.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado que involucra tanto a la madre como a su hijo o hijos, y consecuentemente requieren de servicios de salud y están expuestos a eventos adversos durante el embarazo, parto y puerperio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el 2005, había ocurrido 536,000 muertes maternas debido a complicaciones del embarazo y parto.<sup>1</sup> Además 3.7 millones de muerte neonatales ocurrieron en los primeros 28 días de vida, 50% de estas muertes ocurrieron en las primeras 24 horas de vida y 75% en la primera semana de vida. Hay 32 óbitos por 1,000 partos de los cuales entre 24-37% son muertes intraparto.<sup>2,3</sup>

En la última década el enfoque para reducir la mortalidad materna y perinatal ha cambiado la visión de riesgo involucrando la identificación de embarazos de alto riesgo que pueden desarrollar complicaciones a la provisión de atención calificada durante el embarazo y la atención obstétrica de emergencia cuando ocurren las complicaciones. Este cambio se ha debido al hecho que la mayoría de muertes ocurre durante el trabajo de parto y parto, y el primer día postparto. Las complicaciones que llevan a estas muertes son impredecibles pero pueden ser tratadas si se diagnostican tempranamente.<sup>4,5</sup>

El desarrollo de atención regionalizada para casos obstétricos de alto riesgo, junto con las unidades de cuidados intensivos neonatales, ha incrementado la frecuencia de transporte materno de centros de atención primaria a terciaria.<sup>8-15</sup>

Las principales causas de mortalidad materna en países en desarrollo son hemorragias, sepsis, obstrucción del parto y enfermedad hipertensiva del embarazo, pero su frecuencia en países desarrollados es muy baja, y son prevenibles. La identificación de factores operacionales responsables de algunas complicaciones que causan la muerte en países en desarrollo pero no en los países desarrollado debería ser una etapa importante hacia la elaboración de políticas para reducir la mortalidad materna.

## ANTECEDENTES

En base a la revisión bibliográfica realizada se encontraron diversos estudios internacionales relacionados a resultados obstétricos en pacientes que requirieron ser trasladados o admitidos a la unidad de cuidados intensivos.

Prentice y Walton (1989) estudiaron a 685 mujeres referidas a una unidad hospitalaria y encontraron que la unidad de maternidad provee una segura alternativa para embarazos de bajo riesgo tanto para la madre como para el hijo. Sin embargo, las altas tasas de referencia se acompañaron de altas tasas de rechazo.<sup>6</sup>

Katz et al. (1990) reportaron tres casos que ilustran los trágicos resultados durante el transporte de la mujer embarazada en posición supina, sugiriendo que las mujeres deberían ser transportadas en posición lateral.<sup>7</sup>

Pembe et al. (2010) estudiaron la efectividad del sistema de referencia materna en un distrito rural de Tanzania. De 1,538 mujeres embarazadas, 70% fueron referidos por riesgo demográficos, 12% por complicaciones prenatales y 5.5% por complicaciones del parto y postparto. Las principales causas de referencias fueron multiparidad y adolescencia. La tasa de cumplimiento fue del 37% para las mujeres que fueron referidas por riesgos demográficos y más de 50% entre los otros grupos. Entre las mujeres que no cumplían con el asesoramiento de referencia, casi la mitad mencionaron restricciones financieras como el factor principal. La falta de cumplimiento de la remisión no aumentó significativamente el riesgo de una muerte perinatal.<sup>8</sup>

Urassa et al. (1997) estudiaron 117 muertes maternas en todos los niveles de atención en un distrito de Tanzania, y encontraron que 79% recibieron alguna atención médica, 11% llegaron muy tarde por tratamiento. Fue común el retraso en la transferencia de las pacientes. La atención médica recibida fue considerada subóptimas en 77% de los casos, inadecuado tratamiento en las unidades que recibieron los pacientes 61%, y 12% en los centros de referencia. Por otro lado, las principales razones de atención inadecuada fueron las decisiones incorrectas y la falta de equipo en los centros de referencia.<sup>12</sup>



Brun et al. (2000) estudiaron el transporte a un hospital y encontraron que las principales indicaciones fueron amenaza de parto prematuro con o sin ruptura prematura de membranas (52%) y preclampsia con o sin retardo de crecimiento intrauterino (28%). La tasa de retorno al centro de referencia fue de 2%. El 41% de pacientes parieron dentro de las 24 horas de transporte. La tasa de cesáreas fue de 55%. La tasa de mortalidad perinatal fue de 6.2%.<sup>13</sup>

En Nicaragua, Lumbi (2003) estudio en el 2002 las complicaciones trans y posquirúrgica de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque. La principal complicación fue la infección de herida quirúrgica en un 39 % y la endometritis en un 17 %. La principal patología concomitante con el embarazo fue la infección de vías urinarias.<sup>16</sup>

Bellanger (2010) realizó un estudio de corte transversal en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante 2006–2009 para identificar las principales causa de mortalidad materna (n=1226 mujeres embarazadas o en el periodo del puerperio), en total se registraron 69 muertes maternas (186/100 000 nacidos vivos), de las cuales 65% tuvieron parto hospitalario y 22% domiciliar, el resto fueron atendidos en otras unidades de salud. Las principales causas de muerte fueron: el síndrome hipertensivo gestacional 45%, endometritis/endometriometritis 26% y síndrome de HELLP 9%.<sup>17</sup>

En Nicaragua para el año 1999, la tasa de mortalidad osciló entre 106 por 100,000 nacidos vivos, siendo el grupo más afectado el comprendido entre los 15 y 19 años, correspondiéndole a este grupo el 20% del total de muertes por estas causas, en el año 2003 la tasa de mortalidad materna fue de 83.4 por 100,000 nacidos vivos y la mortalidad infantil en el 2001 fue de 35; el porcentaje de recién nacidos con bajo peso en el año 2003 fue de 8.7; el porcentaje de embarazos en adolescentes para el 2003 fue de 27.4% y el porcentaje de mortalidad en menores de 5 años en los últimos 10 años fue de 45%.<sup>18</sup> En el año 2004, en Nicaragua las principales complicaciones reportadas alrededor del embarazo, parto y puerperio fueron: RPM, 16%, sufrimiento fetal 32%, presentación anormal del feto 15%, sepsis puerperal 24%, hipertensión gestacional con proteinuria 54%, aborto 73%, muerte por secuelas obstétricas directas 32%, IVU 50%, hemorragia precoz del embarazo 37%, parto por cesárea 12%, el grupo etáreo más afectado fue el de 15 a 34 años.<sup>18</sup>

## JUSTIFICACIÓN

La atención en salud y seguridad materna en Nicaragua cuenta con un apoyo jurídico fundamentado en la Constitución Política de la República<sup>19</sup> que garantiza la atención especial de la mujer durante su embarazo; el cumplimiento de paquetes básicos de servicios de salud; expedir normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de servicios de salud; y que los hospitales garanticen la seguridad de los usuarios, velando porque las prácticas y tecnologías sean seguras y confiables.

El MINSA ha priorizado la atención de las emergencias obstétricas, consciente de que las usuarias carecen de adecuados conocimientos en salud y que al visitar las unidades de salud enfrentan problemas.<sup>18</sup> También porque hay suficiente evidencia que la mayoría de los daños y riesgos obstétricos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados, y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados.

Nicaragua firmó los compromisos de la Cumbre del Milenio, donde se establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberán alcanzarse para el año 2015. El cuarto y quinto ODM consisten de reducir la mortalidad de la niñez y materna, en dos y tres cuartas partes, respectivamente. Por lo tanto, razón por la cual todos los servicios de salud deben de revisar su desempeño para contribuir al logro de dichos objetivos.<sup>20,21</sup>

Con los resultados obtenidos en este estudio no solamente se pretende describir las complicaciones maternas, sino también proveer evidencia del cumplimiento de las normas y protocolos para su atención y de eventos obstétricos adversos relacionados al traslado de pacientes embarazadas en el hospital Bertha Calderón, con el propósito de implementar estrategias de intervención para mejorar los servicios de salud existentes y reducir la morbimortalidad materna e infantil, en consonancia con las políticas y metas del MINSA.<sup>21</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes con complicaciones maternas trasladadas de las diferentes unidades de salud al Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, durante enero del 2011?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar las características clínicas de las pacientes con complicaciones maternas de pacientes trasladadas de las diferentes unidades de salud al Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, durante enero del 2011.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar las principales causas del traslado y complicaciones de las pacientes embarazadas.
2. Determinar las principales complicaciones obstétricas relacionadas al traslado.
3. Identificar las razones por las cuales se dieron los eventos adversos relacionados al traslado.
4. Determinar el porcentaje de cumplimiento de las Normas y Protocolos para la atención de estas pacientes.
5. Estimar la letalidad de los casos.

## MARCO TEÓRICO

### Abordaje de las complicaciones obstétricas

La mayoría de los daños y riesgos obstétricos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados, y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados, siendo importante considerar el enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos, no se trata de limitar el quehacer profesional, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. Los retos del MINSA son los siguientes:

- Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo. Reducir el número de complicaciones maternas.
- Reducir la tasa de mortalidad en las mujeres que presentan complicaciones.

El MINSA ha priorizado la atención de las emergencias obstétricas, consciente de que las usuarias carecen de adecuados conocimientos en salud y que al visitar las unidades de salud enfrentan los siguientes problemas:

- Pobre identificación de signos y síntomas de alarma y toma de decisión inoportuna para presentarse a solicitar ayuda a las unidades de salud.
- Desconocimiento de la oferta de servicios de las diferentes unidades de salud, y
- dificultad para dirigirse a la unidad indicada para la resolución de su problema.
- Tardía entrega de la medicación y los procedimientos adecuados en las unidades
- de salud.

En el año 1987 la Estrategia "Maternidad Segura; presentada mundialmente en Nairobi, contribuyó a que muchos países con altas tasas de mortalidad materna diseñaran políticas de salud pública que favorecieran su reducción y en el año 2003 los diferentes países del mundo se reúnen y firman los compromisos de la Cumbre del Milenio, donde se establecen metas que deberán alcanzarse para el año 2015. Nicaragua ha firmado estos compromisos, razón por la cual tenemos que revisar nuestro quehacer a fin de encontrar el mejor camino para lograr cumplirlos en el tiempo establecido.

Si bien es cierto la atención de la mujer y del niño se encuentran normados y los recursos garantizados, nuestras intervenciones no han logrado el impacto deseado, y ante una nueva realidad, fortalecida por la actividad Rectora del Ministerio de Salud, hemos considerado necesario realizar cambios importantes en el proceso de atención, mediante la puesta en práctica de normas de proceso.

Este nuevo diseño de normas pretende incidir en los procesos de atención, priorizando aquellos que verdaderamente estén afectando a nuestra población, que son susceptibles de ser atacados, y que además nos permitan medir la eficacia de nuestras acciones a través de la aplicación de indicadores, garantizando la existencia de recursos, de la vigilancia de la condición en que se encuentran nuestras instalaciones y equipos, así como también del cuidado del medio ambiente en que se desarrollan las acciones de salud, todo con el objeto de garantizar la seguridad del usuario que demanda nuestros servicios y el de mejorar el estado de salud de la población nicaragüense.

### **La Referencia de Pacientes**

La referencia es un proceso mediante el cual se transfiere la responsabilidad del cuidado de una paciente desde la comunidad a una unidad del Primer Nivel de Atención (Puesto, centro de salud sin camas, centro de salud con camas - COE básico-) y de esta a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive (Hospital COE Completo) para la solución del problema.

Para realizar una referencia a otra unidad de salud de mayor complejidad debemos tener en consideración las condiciones en que se envía a la paciente tratando de garantizar su seguridad y prever cualquier contingencia durante el traslado y estar preparado para afrontarla. Debido a que las complicaciones obstétricas no se pueden predecir el establecimiento tiene que estar preparado para tratarlas eficazmente y en caso de que sea necesario contar con un Plan de Referencia, conocer su flujo correspondiente y las acciones administrativas que desarrollara.

## **A. Plan de Referencia**

Todo establecimiento tiene que contar con un plan de referencia estructurado conjuntamente con la comunidad (Plan de Parto), el cual debe contemplar:

- Disponibilidad de medio de transporte las 24 horas del día (de preferencia ambulancia).
- Reserva suficiente de combustible para la referencia.
- Si el establecimiento de salud no cuenta con vehículo, solicitar a otras instituciones, como Policía, Cruz Roja, Ejército, consejos comunitarios u otros.
- Personal que ayudará a transportar a la paciente.
- Disponibilidad de conductor las 24 horas del día.
- Disponibilidad de medios de comunicación (radio, teléfono, telégrafo) las 24 horas.
- Insumos y equipos que utilizara en la referencia (maletín de referencia, que incluya el presente Protocolo de Atención).

## **B. Coordinación previa**

- Referir a las unidades de salud según los flujos de referencia establecidos por el SILAIS.
- Comunicar a la paciente y familiares la necesidad de la referencia y obtener consentimiento informado. Se les debe comunicar:
  - Su estado de salud y los riesgos que representa.
  - Los motivos para referirla a otro establecimiento.
  - Los gastos que va a originar la referencia y quienes van a asumirla (usuario, SILAIS, etc).
  - La importancia y resultados de la misma.
  - Forma en la que se realizará la referencia.
  - Los requisitos para su atención en el establecimiento al cual es referido.
  - Identificar al familiar adulto que acompañará en la referencia, idealmente que este en condiciones de apoyar y de donar sangre si es necesario.
  - Comunicar previamente el traslado al establecimiento de referencia mediante
  - cualquier medio (teléfono, radio, telégrafo).
  - Completar la hoja de referencia (concisa y clara): Datos generales, resumen clínico, exámenes, diagnóstico presuntivo, tratamiento administrado y el motivo de la referencia.
  - Llevar el carné de atención prenatal.

### **C. Condiciones del traslado**

- Paciente canalizada de preferencia en brazo izquierdo con bránula número 16 o de mayor calibre, si se trata de hemorragia dos vías seguras.
- La reposición de líquidos se hará en dependencia del sangrado a fin de mantener el equilibrio hemodinámico utilizando solución salina normal al 0.9% o Lactato de Ringer.
- Oxígeno a razón de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal.
- El personal de salud (preferiblemente médico/a) tiene que ir al lado de la paciente, monitorizando sus signos vitales, evitando que se infiltre la vía y atendiendo cualquier necesidad que se presente.
- La persona de salud que acompañe tiene que poseer capacidad técnica resolutive, para que pueda atender cualquier complicación que se presente durante la referencia.
- En condiciones especiales, como la hemorragia por placenta previa, se debe procurar conservar la posición de Trendelenburg para evitar que la presentación ejerza presión sobre la placenta y la desprenda o la desgarre.
- Si presenta convulsiones debe sujetarse fuertemente a la paciente para evitar que se golpee. Se pueden acomodar almohadas a su alrededor, en especial protegiendo la cabeza y para evitar que se muerda la lengua o se atragante debe colocarse en la boca un tubo de mayo o baja lenguas forrado con tela.
- Se debe contemplar siempre la posibilidad de un paro cardíaco para lo cual el personal debe de estar preparado, manteniendo la vía aérea libre, la infusión de fluidos y la aplicación oportuna de cardiotónicos.

### **D. Insumos y equipo (maletín de referencia)**

- Tensiómetro, estetoscopio, termómetro.
- Guantes para examen o atención del parto.
- Fetoscopio, martillo de reflejos, tubo de mayo o baja lenguas envuelto en tela. Equipo de atención de parto.
- Reloj y linterna (con sus respectivas baterías).
- Expansores plasmáticos: varios fiascos de Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer.
- Mascarilla para administrar oxígeno en el trayecto.
- Ambú, laringoscopio, tubos endotraqueales.



- Bránulas (numero 16 o de mayor calibre), equipo de venoclisis, algodón, clamp para cordón umbilical, alcohol, adrenalina, atropina, corticoides, hidralazina, sulfato de magnesio, oxitocina, jeringas descartables.
- Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.

**E. La ambulancia del establecimiento debe contar con:**

- Camilla para la paciente.
- Tanque de oxígeno, manómetro y sus aditamentos.
- Porta sueros.
- Asiento para el personal que acompaña.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

**Tipo de Estudio:** Estudio Descriptivo de corte transversal.

**Área de Estudio:** El estudio se realizó en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua.

### **Población período de Estudio**

Total de pacientes embarazadas trasladadas de las diferentes unidades de salud del país al Hospital Bertha Calderón Roque y que ingresaron al servicio de emergencia del hospital durante el mes de enero del 2011. Se realizó inicialmente un muestreo rápido de los traslados recibidos en los 3 últimos meses del año 2010, con números totales, incluyendo aquellas con emergencias obstétricas y con otros diagnósticos, recibidas en la emergencia del hospital. Se encontraron 119, 124 y 130 traslados recibidos respectivamente en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2010, correspondiendo a 101, 90 y 108 traslados de pacientes con emergencias obstétricas respectivamente. En el mes de enero del 2011 se reportaron 126 traslados recibidos en la emergencia del HBCR y 80 correspondieron a embarazadas con complicaciones, correspondiéndose a los datos previos en meses anteriores, por lo tanto, no hubo otro tipo de muestreo. No se aplicaron criterios de exclusión, ya que se pretende ser exhaustivo en la captura de casos.

### **Recolección de Datos**

Se solicitó autorización a la dirección del hospital para el acceso de las fuentes necesarias para realizar el estudio. La fuente de datos fue secundaria, a través de los expedientes clínicos y reportes del traslado. También se utilizó fuente primaria, a través de la observación y entrevista directa con la paciente. Con ambas fuente se procedió a realizar llenado del instrumento previamente estructurado de recolección de datos (Anexo 1) y la ficha de instrumento de monitoreo de las complicaciones obstétricas, según normas, para cada caso y según patología específica. Durante la semana previa al estudio se hizo una prueba piloto para determinar la validez del instrumento.

### **Análisis**

Los datos fueron procesados y analizados en el software SPSS versión 18.0. Se utilizaron medidas descriptivas como razones, porcentajes, y medidas de centro y de dispersión.

### **Consideraciones Éticas**

Se solicitó autorización a la dirección del hospital y consentimiento informado verbal a las pacientes. Toda la información fue confidencial y anónima, solo se registró el número de expediente para revisión y completamiento de datos.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>INDICADORES</b>
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el día del diagnóstico.	< 20 20-36 ≥ 37
Procedencia	Lugar de residencia de la paciente.	
Número de gestaciones.	Cantidad de embarazos que la mujer ha tenido.	Nulípara Multípara
Control prenatal	Número de controles prenatales realizados.	< 4 ≥ 4
Cesárea previa		Si No
Enfermedades asociadas	Enfermedades asociadas que influyen en el pronóstico de la paciente	HTA Cardíaca Renal Diabetes mellitus Neurológica Otras
Complicaciones obstétricas		Se especificará
Evento adverso relacionado al traslado	Cualquier evento adverso relacionado al traslado de la paciente.	Se especificará
Cumplimiento de Normas y Protocolos	Se basará en las Normas y Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas del MINSA.	Si No
Condiciones del traslado	Se basará en las Normas y Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas del MINSA.	Buena Regular Mala

<b>Variables</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicadores</b>
Indicación para la transferencia	Razones por las cuales se basó el traslado.	<b><u>Obstétricas:</u></b> Hemorragia ante/post parto Sind. hipertensivo gestacional Ruptura de embarazo ectópico Distocias de presentación Embarazo múltiple Muerte fetal Aborto séptico Placenta retenida (choque) Otro <b><u>No obstétricas:</u></b> Sepsis Cardíacas Traumas Neurológicas Otras
Especialidad	Especialidad a la que fue derivada la paciente luego de su ingreso al hospital.	Unidad de Cuidados Intensivos Complicaciones Puerperios Quirófanos ARO Labor y Parto
Procedimiento quirúrgico	Tipo de cirugía a la que fue sometida la paciente.	Cesárea Histerectomía Otros
Vía de parto		Vaginal Cesárea
Egreso materno		Viva Muerta
Egreso del producto		Vivo Muerto Muerte fetal

## RESULTADOS

Durante el período de estudio se registró un total de 80 pacientes que fueron trasladadas de diferentes unidades de salud, principalmente hospitalarias (79 de las 80 pacientes, un caso fue trasladado del centro de salud de Ticuantepe), del país al hospital Bertha Calderón Roque. Para facilitar el análisis los hospitales fueron agrupados por departamentos. La mayoría fueron traslados de unidades de salud de Managua (27.5%), seguidos por Rivas, Masaya y Regiones Autónomas del Atlántico con 10% cada una, Carazo (8.8%), Chontales (7.5%) y Jinotega (6.3%). Otros departamentos con menos frecuencia de traslados se presentan en el Cuadro 1. Las normas y protocolos para la atención de pacientes con complicaciones maternas durante el traslado fueron cumplidas solamente en el 30% de las pacientes y en el restante 70% no se cumplieron. Los hospitales con mayor porcentaje de cumplimiento de las normas y protocolos fueron de los departamentos de Rivas (62%), Boaco (50%), Carazo (43%) y Jinotega (40%); los que tuvieron menor porcentaje de cumplimiento fueron los hospitales de Matagalpa y Granada con 0%, seguido de Managua (23%).

Las principales características maternas fueron: edad entre 20-34 años de edad, sin embargo el 31.3% eran adolescentes; edad gestacional entre 20-36 semanas; nulípara; con un número de CPN menores de 4; 20% tenían antecedentes de cesáreas anteriores. Al asociar estas características con el cumplimiento de las normas se observó que ninguna categoría de estas variables superó el 50% de cumplimiento, sin embargo, el cumplimiento fue ligeramente mayor en mujeres con edades entre 20-34 años, con mayor edad gestacional, multíparas, sin antecedentes de cesárea y en aquellas con un número de CPN menor de 4 (Cuadro 2). El promedio de edad fue de  $24.3 \pm 7.2$  años, una mediana de 23 años y un rango de edad de 13 a 42 años. El promedio y la mediana de CPN fue de 3.

Las principales indicaciones de los traslados estuvieron relacionadas al síndrome hipertensivo gestacional (36.3%), predominando la preclampsia severa (20%), eclampsia (10%), en menor proporción se presentaron preclampsia moderada y síndrome de HELLP. Otras indicaciones fueron ruptura prematura de membranas (16.1%) y amenaza de parto prematuro (11.3%). Otras causas menos frecuentes se presentan en el Cuadro 3. El cumplimiento de normas superior al 50% se observó solamente en la preclampsia moderada (67%), pacientes con cardiopatías (75%) y con aborto (100%). En el resto de indicaciones el cumplimiento de las normas y protocolos fue de 50% o menos.

Las principales enfermedades asociadas fueron la hipertensión arterial (10%), las enfermedades cardiovasculares (7.5%), anemia y cérvico vaginitis con 6.3% cada una, enfermedad renal (5%), diabetes mellitus y condilomatosis vaginal con 3.8%, respectivamente. En el 57.5% no se registraron enfermedades asociadas (Cuadro 4).

Las condiciones del traslado de las pacientes fue clasificada como buena en el 20%, regular en 21.3% y mala en el 58.8%. Se observó una relación positiva con el cumplimiento de las normas y protocolos para la atención de pacientes con complicaciones maternas, o sea que las pacientes que tuvieron un buen traslado el cumplimiento fue de 88%, y menor en aquellas cuya condición de traslado fue mala, con 11% de cumplimiento. La frecuencia de eventos adversos relacionados al traslado se presentaron en el 16.7%. Los principales servicios donde fueron derivadas las pacientes fueron ARO, UCI y quirófano con 47.5%, 28% y 12.5%, respectivamente. Otro menos frecuente fue Obstetricia (8.8%). Un caso fue trasladado al hospital Antonio Lenin Fonseca. De estos los que tuvieron un mayor porcentaje en el cumplimiento de normas fueron las que no presentaron eventos adversos y aquellas que habían sido derivadas a Puerperio (71%) (Cuadro 5). Los eventos adversos que predominaron fueron el paro cardiorrespiratorio (5%), choque hipovolémico y diabetes mellitus descompensada con 2.5%, respectivamente (Cuadro 6).

La principal vía del parto fue cesárea 43.8% y vaginal 17.5%. Sin embargo, en el 36.3% de las pacientes el embarazo continuó al egreso y en 2.5% no aplicaba porque resultaron en aborto (Cuadro 7).

La mayoría de pacientes egresaron vivas después del parto (73.8%), 22.5% egresaron todavía embarazadas y la letalidad fue de 2.5% (2 casos). En todos estos casos el porcentaje de cumplimiento fue muy bajo (Cuadro 8). Las causas de muertes maternas fueron síndrome hipertensivo gestacional y hemorragia transvaginal con un caso cada uno.

Con respecto al egreso de los productos, el 37.5% egreso vivo y 8.8% muertos, 13.8% resultaron en muertes fetales y 2.5% en aborto. En el 20% todavía continuaba el embarazo, 5% habían nacido en el hospital de referencia y 2.5% de los abortos habían ocurrido en el hospital de referencia (Cuadro 9). La tasa de letalidad perinatal fue de 25.1%.



## DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio fueron que el cumplimiento de las normas y protocolos para la atención de pacientes con complicaciones maternas durante el traslado de todos los hospitales fue inferior a la tercera parte de pacientes y las condiciones del traslado fueron malas en más de la mitad de pacientes. Las principales indicaciones de los traslados fueron síndrome hipertensivo gestacional, ruptura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro. Las principales enfermedades asociadas fueron la hipertensión arterial y cardiopatías. En casi uno de 5 pacientes se presentaron eventos adversos relacionados al traslado y la letalidad materna y de los productos fue de 2.5% y 8.8%, respectivamente.

Una limitación de este estudio fue la calidad del completamiento de los expedientes clínicos y de las notas del traslado de las pacientes. Por otro lado, una fortaleza de este estudio es que la validez de nuestros hallazgos relacionados al cumplimiento de las normas y protocolos para la atención de pacientes con complicaciones maternas se basó en documentos actuales y oficiales del MINSA. Sin embargo, no es posible determinar el porcentaje de riesgo atribuible de la morbimortalidad materna y perinatal debida al cumplimiento de dichas normas, ya que para esto se requiere de un diseño analítico para medir esto, pero es obvio que la mayoría de los daños y riesgos obstétricos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados, y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados.

Las principales causa de mortalidad materna en este estudio fueron las afecciones relacionadas al síndrome hipertensivo gestacional y hemorragias, similar a lo reportado en países en desarrollo en donde las hemorragias, sepsis, obstrucción del parto y enfermedad hipertensiva del embarazo figuran entre las principales causas de mortalidad.

Aunque algunos autores como Prentice y Walton<sup>6</sup> demostraron una asociación de altas tasas de referencia con altas tasas de rechazo, en este estudio no se rechazó ninguna paciente, ya que la mujer embarazada es considerada un grupo meta por el MINSA y una prioridad en su atención.

Las principales causas de referencias en este estudio fueron diferentes a las reportadas en un estudio en Tanzania en donde predominaron la multiparidad y adolescencia.<sup>8</sup> Pero similares a las indicaciones reportadas por Brun et al.<sup>13</sup> en donde predominó la amenaza de parto prematuro con o sin ruptura prematura de membranas y preclampsia con o sin retardo de crecimiento intrauterino. La tasa de cesáreas fue de 55%, similar a lo reportado en este estudio. La tasa de mortalidad perinatal fue de 6.2%, mientras que en nuestro estudio la mortalidad perinatal correspondió al 25.1% del total de productos esperados.

En un estudio realizado durante el 2006-2009 en el Hospital Bertha Calderón Roque, Bellanger<sup>17</sup> identificó que las principales causa de mortalidad materna fueron el síndrome hipertensivo gestacional 45%, muy similar a la mortalidad reportada en las pacientes trasladadas al mismo hospital durante enero del 2011, reportado en este estudio y a nivel nacional.<sup>18</sup>

Un reciente estudio realizado por Gutiérrez (2011)<sup>22</sup> reveló que una tercera parte de los traslados, por causas no obstétricas, a emergencia del hospital Roberto Calderón eran injustificados, la mayoría no era realizada por especialistas y no utilizaban indicadores de severidad. Este estudio demuestra otro aspecto importante a evaluar en pacientes trasladados, que no fue abordado en este estudio, pero se observa que a nivel nacional existen serias deficiencias en el manejo de atención hospitalaria, especialmente en pacientes trasladados a otras unidades de salud.

En este estudio se ha demostrado que dos terceras partes de las pacientes que son trasladadas al hospital Bertha Calderón no cumplen con las normas y protocolos para el manejo de las complicaciones maternas del MINSA. Por otro lado, más de la mitad de los traslados se realizan en malas condiciones. Estos dos factores que no han sido reportados en estudios nacionales previos pueden ser factores contribuyentes para empeorar el pronóstico de dichas pacientes. La identificación de estos hechos deben ser diseminados a las autoridades de salud de los diversos hospitales del país para que inicien procesos de evaluación y control del cumplimiento de las normas y protocolos del ministerio de salud para mejorar la calidad de atención de las pacientes que utilizan los servicios públicos de salud y contribuir a reducir la morbimortalidad materna y perinatal para lograr cumplir con los Objetivos de desarrollo del Milenio y del MINSA.

## CONCLUSIONES

Este estudio reveló el pobre cumplimiento de las normas y protocolos para la atención de pacientes con complicaciones maternas y malas condiciones durante su traslado.

Las principales indicaciones de los traslados fueron síndrome hipertensivo gestacional, ruptura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro. Por otro lado, las principales enfermedades asociadas fueron la hipertensión arterial, cardiopatías, anemia, cérvico vaginitis y enfermedad renal.

Los eventos adversos se presentaron en casi una quinta parte de los casos, y los principales servicios donde fueron derivadas las pacientes fueron ARO, UCI y quirófano.

La tasa de letalidad materna y perinatal fue de 2.5% y 25.1%, respectivamente.

## **RECOMENDACIONES**

Diseminar los resultados de este estudio a los directores de los hospitales del país, para que dirijan esfuerzos para evaluar la calidad en el traslado y manejo de pacientes embarazadas.

Realizar estudio sobre el conocimiento y cumplimiento de las normas y protocolos del Ministerio de Salud.

## REFERENCIAS

1. WHO: Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva: World Health Organization; 2007, Report No.: 978 92 4 159621 3.
2. Lawn JE, Cousens S, Zupan J: 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005, 365:891-900.
3. Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K: Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006, 367:1487-94.
4. Ronsmans C, Graham WJ: Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006, 368:1189-200.
5. Campbell OM, Graham WJ: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006, 368:1284-99.
6. Prentice A, Walton SM. Outcome of pregnancies referred to a general practitioner maternity unit in a district hospital. *BMJ* 1989; 299: 190-1092.
7. Katz VL, et al. Complications in the emergency transport of pregnant women. *Southern Medical Journal* 1990; 83 (1): 7-10.
8. Pembe A, et al. Effectiveness of maternal referral system in a rural setting: a case study from Rufiji district, Tanzania. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 1-9.
9. Lawton BA, et al. Audit of severe acute maternal morbidity describing reasons for transfer and potential preventability of admission to ICU. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010; 50: 346-351.
10. Collop NA, et al. Critical illness in pregnancy: an analysis of 20 patients admitted to a Medical Intensive Care Unit. *CHEST* 1993; 103: 1548-1552.
11. Monaco TJ, et al. Pregnant patients in the Intensive Care Unit: a descriptive analysis. *Southern Medical Journal* 1993; 86 (4): 414-417.
12. Urussa E, et al. Operational factors affecting maternal mortality in Tanzania. *Health Policy and Planning* 1997; 12 (1): 50-57.
13. Brun JL, et al. Maternal transport to the Bordeaux University Hospital: a retrospective study of 263 cases (1996-1998). (Abstract). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29 (4): 414-422.

14. Vasquez DN, et al. Clinical characteristics and outcomes of obstetric patients requiring ICU admission. CHEST 2007; 131: 718-724.
15. Leung NYW, et al. Clinical characteristics and outcomes of obstetric patients admitted to the Intensive Care Unit: a 10-years retrospective review. Hong Kong Med J 2010; 16 (1): 18-25.
16. Lumbí IJ . Complicaciones trans y postquirúrgica de cesáreas realizadas en HBCR Julio – Diciembre 2002. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialista en Ginecología y Obstetricia). 2003.
17. Bellanger EA. Principales causas de Mortalidad Materna en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, en el periodo comprendido Enero 2006 -Diciembre 2009. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialista en Ginecología y Obstetricia). 2010.
18. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud.
19. Ley General de Salud. Ley no. 423, aprobada el 14 de Marzo del 2002. Publicado en la Gaceta No. 91 del 17 de Mayo del 2002.
20. Nations U: Millennium Development Goals. 2000. [<http://www.un.org/millenniumgoals/>].
21. Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua, Nicaragua: MINSa. 2005.
22. Gutiérrez P. Evaluación del traslado de pacientes críticos recibidos en el departamento de emergencia del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez, octubre 2010. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialista en Medicina de Emergencia). 2011.

# **ANEXOS**

Cuadro 1 Distribución de hospitales por departamento y tipo de cumplimiento de normas y protocolos, Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Departamentos del traslado	Cumplimiento de Normas		total	
	Si	No	No.	%
Managua	23	77	22	27.5
Rivas	62	38	8	10.0
Masaya	0	100	8	10.0
Regiones Autónomas del Atlántico	38	62	8	10.0
Carazo	43	57	7	8.8
Chontales	33	67	6	7.5
Jinotega	40	60	5	6.3
Boaco	50	50	4	5.0
Nueva Segovia	25	75	4	5.0
Madriz	33	67	3	3.8
Matagalpa	0	100	3	3.8
Granada	0	100	2	2.5
<b>Total (No.)</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>	<b>30</b>	<b>70</b>		<b>100.0</b>



Cuadro 2 Edad materna y características obstétricas según tipo de cumplimiento de normas y protocolos, Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Características	Cumplimiento de Normas		Total	
	Si	No	No.	%
Materna:				
< 20	24	76	25	31.3
20 – 34	33	67	45	56.3
≥ 35	30	70	10	12.5
Gestacional:				
< 20	14	86	7	8.8
20 – 36	27	73	52	65.0
≥ 37	43	57	14	17.5
Sin dato	43	57	7	8.8
Paridad:				
Nulípara	22	78	46	57.5
Múltipara	41	59	44	42.5
Cesáreas anteriores:				
Si	25	75	16	20.0
No	31	69	64	80.0
Control prenatal:				
< 4	31	69	45	56.3
≥ 4	29	71	35	43.8
<b>Total (No.)</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>	<b>30</b>	<b>70</b>		<b>100.0</b>

Cuadro 3 Principales indicaciones de traslado según tipo de cumplimiento de normas y protocolos, Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Indicaciones del traslado	Cumplimiento de Normas		Total	
	Si	No	No.	%
Síndrome de HELLP	50	50	2	2.5
Eclampsia	25	75	8	10.0
Preclampsia grave	31	69	16	20.0
Preclampsia moderada	67	33	3	3.8
Hipertensión arterial crónica	50	50	2	2.5
Amenaza de parto prematuro	0	100	9	11.3
Amenaza de aborto	0	100	2	2.5
Aborto	100	0	3	3.8
Placenta previa	50	50	2	2.5
Ruptura prematura de membranas	31	69	13	16.3
Cardiopatía	75	25	4	5.0
Choque hipovolémico	50	50	2	2.5
Sufrimiento fetal agudo	0	100	2	2.5
Lesiones/intoxicaciones	0	100	2	2.5
Otras	10	90	10	12.5
<b>Total (No.)</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>	<b>30</b>	<b>70</b>		<b>100.0</b>

Cuadro 4 Enfermedades asociadas de pacientes trasladadas al Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Enfermedades asociadas	Total	
	No.	%
Hipertension arterial	8	10.0
Enf. Cardiovascular	6	7.5
Anemia	5	6.3
Cervico vaginitis	5	6.3
Enf. Renal	4	5.0
Diabetes mellitus	3	3.8
Condilomatosis vaginal	3	3.8
Ninguna	46	57.5
<b>Total (No.)</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>		<b>100.0</b>

Cuadro 5 Características del traslado y servicio de derivación según tipo de cumplimiento de normas y protocolos, Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Características	Cumplimiento de Normas		Total	
	Si	No	No.	%
<b>Condiciones del traslado:</b>				
Buena	88	12	16	20.0
Regular	29	71	17	21.3
Mala	11	89	47	58.8
<b>Eventos adversos al traslado:</b>				
Si	0	100	13	16.7
No	35	65	67	83.7
<b>Servicio de derivación:</b>				
ARO	34	66	38	47.5
UCI	19	81	22	28.0
Quirófano	0	100	10	12.5
Puerperio	71	29	7	8.8
Labor y parto	0	100	1	1.3
Traslado HALF	100	0	1	1.3
<b>Total (No.)</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>	<b>30</b>	<b>70</b>		<b>100.0</b>

Cuadro 6 Eventos adversos relacionados al traslado de pacientes al Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Eventos adversos	Total	
	No.	%
Paro cardio respiratorio	4	5.0
Choque hipovolémico	2	2.5
Diabetes mellitus descompensada	2	2.5
Deshidratación	1	1.3
Hipertensión severa	1	1.3
Hipotensión severa	1	1.3
Pancreatitis aguda	1	1.3
Trabajo de parto avanzado	1	1.3
Ninguna	67	83.7
<b>Total (No.)</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>		<b>100.0</b>

Cuadro 7 Vía del parto según tipo de cumplimiento de normas y protocolos, Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Vía de parto	Cumplimiento de Normas		Total	
	Si	No	No.	%
	Vaginal	43	57	14
Cesárea	23	77	35	43.8
Ninguna (embarazos)	35	65	29	36.3
No aplica (abortos)	0	100	2	2.5
<b>Total (No.)</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>	<b>30</b>	<b>70</b>		<b>100.0</b>

Cuadro 8 Egreso de madres según tipo de cumplimiento de normas y protocolos, Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Egreso de madres	Cumplimiento de Normas		Total No.	Total %
	Si	No		
Vivas	37	63	59	73.8
Muertas	50	50	2	2.5
Embarazadas	17	83	18	22.5
Sin datos	100	0	1	1.3
<b>Total (No.)</b>	<b>28</b>	<b>52</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>	<b>35</b>	<b>65</b>		<b>100.0</b>

Cuadro 9 Egreso de los productos del embarazo según tipo de cumplimiento de normas y protocolos, Hospital Bertha Calderón Roque, enero 2011.

Egreso de los productos	Cumplimiento de Normas		Total No.	Total %
	Si	No		
Vivos	37	63	30	37.5
Muertos	29	71	7	8.8
Muertes fetales	36	64	11	13.8
Embarazo	19	81	16	20.0
Nacidos en hospital de referencia	0	100	4	5.0
Abortos en hospital de referencia	100	0	2	2.5
Sin datos	22	78	9	11.3
No aplica	0	100	1	1.3
<b>Total (No.)</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>80</b>	
<b>(%)</b>	<b>30</b>	<b>70</b>		<b>100.0</b>

Anexo 1  
Ficha de Recolección de los datos

Cumplimiento de Normas y Protocolos para la atención de pacientes con complicaciones maternas  
trasladadas al Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, Enero del 2011.

No. Ficha: \_\_\_\_\_

No. Expediente: \_\_\_\_\_

**I. Características generales:**

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Procedencia:
3. Número de gestaciones: \_\_\_\_\_
4. Número de controles prenatales. \_\_\_\_\_
5. Cesáreas previas:           a) Si           b) No
6. Enfermedades asociadas:
  - a) HTA
  - b) Cardíaca
  - c) Renal
  - d) Diabetes mellitus
  - e) Neurológica
  - f) Otras: \_\_\_\_\_
7. Edad gestacional (semanas): \_\_\_\_\_

**II. Información sobre las complicaciones obstétricas:**

8. Indicaciones del traslado: \_\_\_\_\_
9. Condiciones del traslado:           a) Buena           b) Regular           c) Mala
10. Tipo de complicaciones obstétricas: \_\_\_\_\_
11. Cumplimiento de las normas/protocolos:           a) Si           b) No
12. Evento adverso relacionado al traslado:           a) Si           b) No
13. Especifique el tipo de evento adverso: \_\_\_\_\_
14. Fecha ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
15. Fecha egreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

16. Servicio al que fue derivada la paciente:

- a) Unidad de Cuidados Intensivos
- b) Complicaciones
- c) Puerperio
- d) Quirófano
- e) ARO
- f) Labor y Parto

17. Vía del parto:                    a) Vaginal        b) Cesárea

18. Procedimiento quirúrgico realizado:

- a) Cesárea
- b) Histerectomía
- c) Otros: \_\_\_\_\_

19. Egreso materno:                a) Viva            b) Muerta

20. Egreso del producto:        a) Vivo            b) Muerto