

Trabajo Original

Categorización de las urgencias gineco-obstétricas en un hospital público de Chile

Categorization of the gynecologic-obstetric emergencies in a public hospital in Chile

Heide Correa Sepúlveda ¹, Hugo Vega Pinochet ², Alex Medina Giacomozzi ³.

¹ Magister en Salud Pública. Matrona. Programa de Magister en Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud y Los Alimentos, Universidad del Bío-bío.

² Magister en Salud Pública (UBB). Cirujano-Dentista (UdeC). Servicio Salud Talcahuano, Cesfam Lirquén, Penco, Chile.

³ Doctor en Finanzas. Profesor Asociado Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad del Bío-bío.

Correspondencia: Heide Correa Sepúlveda, correa.heide@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La red de atención de urgencia es fundamental en la salud de cualquier país. En Chile, los servicios de urgencia periódicamente están saturados por usuarios con patologías de carácter leve; lo mismo ocurre en las atenciones de urgencias gineco-obstétricas (UGO) en los centros de mediana y alta complejidad. **Objetivo:** Describir la categorización de las consultas de urgencias gineco-obstétricas en un hospital público de Chile, atendidas durante el año 2018.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal que abarcó 3.077 consultas obtenidas de datos estadísticos anonimizados.

Resultados: De las UGO, el 58,3% fueron consultas obstétricas, el 36,9% ginecológicas y 4,8% neonatológicas; el 96% fueron consultantes mujeres; el 80,3% eran adultos y el 11,6% adolescentes; el 92,5% eran usuarios pertenecientes a la comuna de Penco; el mes más consultado fue mayo con 292 atenciones y el 71,5% de las consultas fueron atendidas en horario diurno. Los principales motivos de consulta obstétrica y ginecológica fueron el dolor y el sangramiento genital; en las urgencias neonatológicas, la ictericia fue el principal motivo de consulta. El diagnóstico más frecuente en las consultas obstétricas según clasificación CIE _10 fue la supervisión de embarazo normal, en las ginecológicas fue el dolor abdomino-pélvico y en las consultas neonatológicas, la ictericia; del total de consultas UGO un 91,1% fueron resueltas a nivel local. El 0,1% de las UGO fueron categorizadas como c1 y el 0,3% como c2, siendo la gran mayoría, consultas de baja complejidad.

Conclusiones: Existe un gran porcentaje de consultas de baja complejidad que sobrecargan el servicio de urgencia, afectando la calidad de la atención del hospital.

Palabras claves: Categorización Triage, Urgencias ginecológicas, Urgencias obstétricas.

ABSTRACT

Introduction: the urgent care network is fundamental in the health of any country. In Chile, the emergency services are periodically saturated with users with mild pathologies; the same occurs in gynecological-obstetric emergency care (UGO) in more complex centers.

Objective: to describe the categorization of gynecological-obstetric emergency consultations in a public hospital in Chile, attended in 2018.

Methodology: descriptive and cross-sectional study; covered 3,077 queries of anonymized statistical data.

Results: of the UGO, 58.3% were obstetric consultations, 36.9% gynecological and 4.8% neonatological; 96% were women; 80.3% were adults and 11.6% adolescents; 92.5% were from Penco; the month most consulted was may with 292 visits and 71.5% of the consultations were during daytime hours. The main reasons for obstetric and gynecological consultation were pain and genital bleeding; in neonatal emergencies, jaundice was the main reason for consultation. The most repeated diagnosis in obstetric consultations was the supervision of normal pregnancy; in gynecological cases, it was abdominal-pelvic pain and in neonatological consultations, jaundice; there was 91.1% local resolution. 0.1% of the UGO were categorized as c1 and 0.3% as c2, the vast majority being low complexity queries.

Conclusions: there is a large percentage of low complexity consultations that overload the emergency service, affecting the quality of hospital care.

Keywords: Triage categorization, Gynecological emergencies, Obstetric emergencies.

INTRODUCCIÓN

La red de atención de urgencia de cualquier país es donde se resuelven problemas agudos de salud¹. Dentro de esta red se encuentra la Urgencia Gineco-Obstétrica (UGO), que periódicamente está saturada con patologías de carácter leve². “La UGO es la atención impostergable a embarazadas, puérperas y mujeres no gestantes por consulta espontánea o referida desde otros centros³.”

En Chile, desde el año 2008 al 2018, hubo un aumento de consultas de urgencia. Este aumento originó limitación de recursos médicos y la congestión de los servicios de urgencia, haciéndose imperativo reorganizar la atención de pacientes. Desde el año 2009, en todas las unidades de emergencias hospitalarias (UEH) públicas y privadas del país, comienza la implementación de un sistema triage de priorización de las urgencias llamado “selector de demanda”^{4, 5}. Este sistema de categorización que se ha utilizado en las UGO del Hospital Penco-Lirquén (HPL) ha demostrado múltiples ventajas^{6, 7}.

SISTEMA TRIAGE

Su objetivo es evaluar rápidamente a los pacientes para priorizar las urgencias⁸. La diferencia entre urgencias y emergencias médicas radica en “el factor

tiempo”. La emergencia médica presenta riesgo vital o de función básica y necesita asistencia inmediata. La urgencia médica es aquella situación clínica que puede generar deterioro a la salud del paciente en función del tiempo y amerita asistencia dentro de las primeras horas⁹. Son 5 los tipos de triage más utilizados en el mundo y todos tienen 5 categorías: Escala de triage australiano, Escala de triage y agudeza canadiense, Triage de Manchester, Índice de severidad de emergencia (ESI) y Sistema Español de Triage (SET)^{10, 11}. En Chile, el “selector de demanda” (Triage), se implementó el año 2009 en las UEH¹², con un sistema de 5 categorías o niveles: C1: prioridad absoluta con atención inmediata; C2: situaciones muy urgentes, de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos, C3: urgente, pero estable hemodinámicamente, con potencial riesgo vital, que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos; C4: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos y C5: no urgencia, poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas. Demora de hasta 240 minutos^{11, 13}. Esta categorización se complementa con el “Dato de Urgencia” (DAU), que es el registro

electrónico de las prestaciones otorgadas y el estado del paciente¹⁴; En las UEH desde 2012 hasta 2015 hubo un predominio de las categorías C4 y C5¹⁵.

En las UGO, el triage, realizado por Matrones(as)¹⁶, identifica las pacientes que requieren de atención inmediata^{17, 18}, mejorando la calidad de la atención^{19, 20} y constituyendo una clara disminución del riesgo obstétrico y ginecológico²¹; además, permite optimizar la gestión asistencial²².

HOSPITAL PENCO-LIRQUÉN

El Hospital Penco-Lirquén (HPL), de mediana complejidad, está ubicado en la comuna de Penco²³; su UEH utiliza un selector de demanda basado en el sistema Manchester²⁴. La mayoría de los trabajos de parto, son derivados al Hospital de alta complejidad “Las Higueras”, de Talcahuano, para disminuir los riesgos de la atención, excepto las urgencias en trabajo de parto avanzado o en casos en que el traslado constituya un mayor riesgo²⁵.

El HPL eventualmente presenta una sobredemanda por atención de urgencia y en su mayoría corresponden a consultas por patologías de baja complejidad²⁶.

El objetivo de esta investigación es describir la categorización de las consultas Gineco-obstétricas en la unidad de emergencia del Hospital Penco Lirquén, Chile, atendidas durante el año 2018

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal, utilizando una base de datos anonimizada de la Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del HPL. El análisis contempló todas las consultas de UGO de la UEH del HPL atendidas entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2018 con registro completo en la base de datos del HPL.

Las variables objeto de estudio se clasificaron en: Variables Sociodemográficas: sexo del consultante, grupo etario, comuna de residencia, mes y horario del día en que se presentó y Variables Clínicas: motivo de consulta, diagnóstico de la consulta, tipo de consulta, resolución dada a la consulta y categorización de la consulta. Los datos se tabularon en una planilla y se utilizó estadística descriptiva y porcentaje.

RESULTADOS

Este estudio abarcó la revisión de 3.077 consultas de UGO del HPL de 2018; las consultas obstétricas fueron 1.793, que representan el 58,3% del total; las consultas ginecológicas, con 1.136 atenciones, constituyen el 36,9% y las consultas neonatológicas (148 consultas), corresponden al 4,8% del total. El 96% de los consultantes eran mujeres y sólo el 4% hombres.

En cuanto al grupo etario, los adultos alcanzan el 80,3% de las atenciones, mientras que los adultos mayores sólo constituyen el 3,1% del total de las consultas UGO. (Ver tabla 1)

El 92,8% de las consultantes correspondieron a residentes de la comuna de Penco, el 5,3% a residentes de las otras comunas que atiende el Servicio de Salud Talcahuano y sólo un 1,9% de los consultantes eran residentes de otras comunas de Chile.

El Gráfico 1 muestra la distribución por mes del número UGO durante 2018. El mes más consultado fue mayo con 292 prestaciones, seguido por marzo con 285 consultas y el mes con menor demanda fue julio con 226 prestaciones. El promedio mensual de UGO correspondió a 256,4 consultas/mes.

La Tabla 2 muestra que el mayor número de consultas se hizo en la tarde, con un 33,5% del total de las consultas y en la mañana se realizó el 24,5%. La jornada menos demandada fue la madrugada, la que representa sólo el 5,6% del total de las UGO.

El principal motivo de consultas de tipo obstétrica y ginecológica fue el dolor, el cual representa más de la mitad del total en ambos tipos de consultas y el 49,6% del total de las UGO (tabla 3). En ambos tipos de consultas, obstétricas y ginecológicas, las hemorragias fueron el segundo motivo de consulta de mayor prevalencia, constituyendo el 13,8% y el 15,7% respectivamente en cada una de ellas y representando el 14% del total de las UGO en el año.

En las consultas neonatológicas, la ictericia fue el motivo de consulta más frecuente, siendo el 38,2% del total de este tipo de consultas y el 1,9% del total de las UGO. La categoría “otros” también representa el 1,9% del total de las consultas y abarca varios motivos de menor prevalencia como algunas alergias, cólicos, vómitos, resfríos o simplemente algunas dudas.

En cuanto a la prestación registrada como la más frecuente entre la población obstétrica consultante esta la supervisión de embarazo normal, con un total de 569 prestaciones, representando el 18,5% del total de las UGO (tabla 4). El segundo lugar, corresponde a las amenazas de aborto y abortos con 231 consultas y que corresponden al 7,5% de las urgencias estudiadas. En las urgencias ginecológicas, el dolor abdominopélvico fue el diagnóstico más frecuente con 187 consultas que representan el 6,1% del total; le siguen las hemorragias, con 174 consultas, las que constituyen el 5,7% del total de las urgencias; en el tercer lugar están los diagnósticos de infecciones vulvovaginales o infecciones de transmisión sexual (ITS) con 161 consultas, las que representan el 5,4% de las UGO.

En las urgencias neonatológicas, la ictericia es el diagnóstico más prevalente, correspondiendo al 60,8% de estas consultas y el 2,9% del total de las atenciones de las UGO. La categoría “otros” incluye diagnósticos como cólicos abdominales, resfríos, diarreas, problemas de lactancia y otros.

La Tabla 5 muestra que en el 88,3% de las UGO el destino del paciente fue el alta y un 2,8% de los consultantes tuvieron que ser hospitalizados en atención cerrada, ambos destinos suman un 91,1% de resolutivez local. El 7,6%, de los pacientes debió ser trasladado al hospital base de alta complejidad “Las Higueras” de Talcahuano.

En la categorización de las consultas, la tabla 6 muestra que el 53,6% fueron clasificadas en la categoría C3, un 7,7% en la categoría C4 y un 37% en la categoría C5, las que, en conjunto representan el 98,3% de todas las UGO. Las categorías C1 y C2 representan el 0,4% del total de consultas de urgencias. Durante el año 2018 se realizó la categorización del 98,7% de las consultas de UGO que se presentaron en la UEH del Hospital Penco-Lirquén.

DISCUSIÓN

Sin duda que los resultados más relevantes de este estudio están directamente relacionados con los bajísimos porcentajes de las UGO categorizadas como C1 y C2, en contraste con la inmensa mayoría de consultas de menor complejidad que fueron atendidas.

Probablemente por tratarse de un hospital contiguo a un centro de salud familiar de difícil acceso vehicular, podría ser que el alto porcentaje de consultas C3 se trate de embarazadas que prefieren consultar en la UEH por la inmediatez de la atención, ya que, por su condición, son categorizadas como C3, lo que favorece una atención más expedita; ésta podría ser una de las limitaciones de esta investigación. Una de las fortalezas, sin embargo, radica en que su autora principal es una matrona de la UEH del HPL y ha podido corroborar los resultados de este estudio con su vasta experiencia de casi 10 años de profesión.

A diferencia de Carrasco y cols²⁷ que clasificó a las consultantes en menores de 10 años (14 casos) y en “el resto”, que alcanzaron 4.872 consultas, esta investigación, consideró 4 grupos etarios y reveló que el 80,3% resultaron ser consultas realizadas por adultos, mientras que el 16,6% lo constituyeron menores de 20 años. El 92,8% de los consultantes provenían de la comuna de Penco, donde se ubica geográficamente el HPL; esta mayor proporción de consultas hechas por residentes de la comuna es lo más frecuente, tal como también lo muestran otras investigaciones²⁷⁻²⁸. En cuanto a la distribución mensual de las consultas UGO, el primer semestre del año estudiado se atendió el 52,3% del total de las consultas y en el segundo semestre tuvo lugar el 47,7% restante; resultado similar a otros estudios sobre consultas de urgencias²⁹⁻³⁰. El 71,5% de las UGO se presentaron en horario diurno, entre las 07:00 y las 19:00 hrs., mientras que el 28,5% restante se presentaron durante la noche o la madrugada; esta mayor demanda en jornada diurna es coincidente con lo publicado por varios otros estudios de consultas de urgencia^{27, 31-34}, aunque Vásquez et al.³⁴ muestra más específicamente que la mayor demanda de consultas de urgencia fue durante la jornada de la mañana. Ha sido difícil contrastar los resultados obtenidos en esta investigación debido a la escasa evidencia existente de estudios similares, ya que varios estudios^{30, 33-36} tienden a confundir el motivo de consulta de los usuarios con los diagnósticos de entrada o definitivo de la consulta. Los motivos de consulta en las urgencias obstétricas y ginecológicas más comunes fueron el dolor (de diferente origen) y el sangramiento genital, mientras que la ictericia y las consultas por

exámenes o procedimientos, fueron los principales motivos de consulta entre los recién nacidos, coincidente con lo publicado por Mas et al³⁶, Brito y cols³⁷ y Lara y cols³⁸. En los diagnósticos de las UGO, la categoría que más se repiten en las consultas obstétricas son la supervisión de embarazo normal y las amenazas de abortos y tipos de abortos; este último diagnóstico, relacionado con lo publicado por varios autores^{39, 40, 41}, Sin embargo, estos resultados difieren de lo señalado por Carrasco y cols²⁷. En cuanto a los diagnósticos ginecológicos, la mayor prevalencia que representan el dolor abdominopélvico y las hemorragias genitales es concurrente con lo observado en otros estudios^{42, 43, 37}. Un 91.1% de las consultas UGO se resolvieron localmente, lo que se repite en otras publicaciones relacionadas con las atenciones en servicios de urgencia^{27, 30, 36, 38-44}. Los traslados a un hospital de alta complejidad (7,6%) se debieron a que la consulta demandaba recursos tecnológicos o humanos no disponibles en el momento en que se presentó la urgencia médica.

CONCLUSIÓN

Es posible concluir que existe una alta demanda de consultas de UGO por patologías de baja complejidad que, pudiendo ser resueltas en atención primaria, sobrecargan la UEH del HPL, afectando la calidad de la atención del servicio de urgencia del hospital. Conocer por qué razón un alto porcentaje de usuarios con patologías de baja complejidad consulta en la UEH, en lugar de asistir a su Cesfam, podría ser un buen motivo para un nuevo estudio.

REFERENCIAS

1. Santelices E., Santelices J.L. Descripción y análisis del sistema de red de urgencia (rdu) en Chile. Recomendaciones desde una mirada sistémica. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2017; 28(2) 186-198.
2. Situación de los sistemas de atención de urgencia en Chile: propuestas técnicas para mejorar su gestión, 2012. Comisión de Urgencias del Colegio Médico de Chile. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario%20Minsal/Downloads/SITUACIONDELOSSISTEMASDEATENCIONDEURGENCIAENCHILE2012.pdf>
3. Programa Salud De La Mujer, 1997. Depto. Prog. de las personas/div. Prog. de Salud. Ministerio de Salud. República de Chile. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>
4. Ministerio de Salud, Chile. Departamento de estadísticas e información de salud (DEIS). Estadísticas de atenciones de urgencia. 2019 [citado en 2019 nov 15]. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-atencionesurgencia/>
5. Ministerio de Salud, Chile. Guía de Planificación y Diseño de Unidades de Emergencia Hospitalaria; 1997; 1-160.
6. Alvarado R., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. *Enferm. univ.* 2012 Jun; 9(2): 61-71.
7. Obregón N., Rebollo G., Costa M., Puig S., Calle S., Garrido M. El triaje obstétrico: nuevo reto para las matronas. Experiencia del Hospital Parc Taulí en la implementación de un sistema de triaje obstétrico. *Matronas Prof.* 2011; 12(2): 49-53.
8. Christ M., Grossmann F., Winter D., Bingiseser R., Platz E. Modern triage in the Emergency Department. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107(50): 892-900.
9. Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias 2003; 15:165-174
10. Wuerz R., Travers D, Gilboy N, Eitel D., Rosenau A, Yazhari R. Implementation and refinement of the emergency severity index. *Academic Emergency Medicine.* 2001 Feb; 8(2):170-176.
11. Soler W., Gómez M., Bragulat E., Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra* 2010; 33 (1):55-68.
12. Mitrano C., Peñafiel F. Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia. *Rev Chilena de Med intensiva.* 2015; 30(2):79-86.
13. Velázquez M., Morales A., Fonseca I., Brugada A. Correlación clínica del triaje con el diagnóstico clínico de ingreso y egreso realizado en los pacientes que acuden al servicio médico de urgencias de un hospital privado. *Med. interna Méx.* 2017 Ago; 33 (4): 466-475.

14. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Redes Asistenciales, Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial. Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria. Enero 2018.
15. Ministerio de salud de Chile, Consultoría para la estandarización de redes asistenciales, Minsal. Proceso de urgencia (UEH) 2018: 18-52.
16. W. Schimied E., Faúndez. Protocolo de categorización pacientes gineco obstétricos. Abril 2013. Hospital Luis Tisné. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=categorizaci%C3%B3n+hospital+luis+tisne>
17. Alvarado R., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. *Enferm. univ* 2012. 9 (2) 61-71.
18. Rodríguez M.V., Salazar R., Anguita C. La figura de la enfermera especialista en obstetricia como principal personal en la consulta de triaje. *Parainfo digital Año 7 n° 19*. I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada.
19. Paul J, Jordan R, Duty S, Engstrom JL. Improving satisfaction with care and reducing length of stay in an obstetric triage unit using a nurse-midwife-managed model of care. *J Midwifery Womens Health*. 2013 Mar-Apr; 58(2):175-181.
20. Angelini DJ. Obstetric triage and advanced practice nursing. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2000 Mar; 13(4):1-12.
21. Austin DA. The process of obstetric triage: management by certified nurse-midwives. *J Perinat Neonatal Nurs*. 1996 Jun; 10(1):1-9.
22. Gómez-Jiménez J. Model andorrà de triatge. Andorra: Servei Andorrà d'Atenció Sanitària, 2004.
23. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Redes Asistenciales, Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial. Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria. Enero 2018.
24. Soto V. Álvaro, Morales I. Gladys, Vega C. Claudio, Echeverría V. Gonzalo, Colinas G. María Belén, Canales O. Pedro et al. Waiting times for neurological emergencies in an emergency room. *Rev med Chile* 2018: 146 (7): 885-889.
25. Ministerio de salud de Chile, Servicio de salud Talcahuano, Hospital Penco-Lirquén. Manual Organizacional Centro de Responsabilidad Urgencia. Vs 4, agosto 2019, 7-22.
26. Ministerio de salud de Chile, Servicio de salud Talcahuano, Hospital Penco-Lirquén. Unidad gineco-obstétrica. Protocolo de atención de parto integral, Vs 1, octubre 2017, 10-21.
27. Carrasco M., Godoy D., González A., Loyola C., Plaza N., Vargas P. Evaluación de la categorización de las urgencias gineco-obstétricas en un hospital del sur de Chile. *Rev. chil obstet ginecol* 2016; 81(2): 105-112.
28. Espinel M., Romero M., Fernández L., Torres J., D'Antonio S. Utilización por cuenta propia de los Servicios de Urgencias Hospitalarias: razones que dan las personas con problemas de salud de baja complejidad para utilizar estos servicios. *Política y Sociedad*, 2011, 48 (2): 329-352.
29. Vera F., C., Werner F., A., & Massri E., D. (2018). Complejidad de las consultas en un servicio de urgencia con consultorio municipal adosado. *Cuad De Cirug*, 18(1), 27-32.
30. Rivas A., Manrique G., Butragueño L., Mesa S., Campos A., Fernández V. et al. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? *Anales de Pediatría*, 2017. 86(2): 67-75.
31. Zernas Y. Factores asociados al uso inadecuado del servicio de urgencias del Hospital Dr. Luis "Chicho" Fábrega. Maestría thesis, Universidad de Panamá. 2016.
32. Noveli G., Neves M., Muglia I., Carvahlo M. Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011. 19(3): 1-8.
33. Rodríguez F., Jiménez W., Palencia F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un

- análisis desde el Triage. Univ. Salud. 2018; 20(3), 215-226.
34. Vásquez R., Amado J., Ramírez F., Velásquez R., Huari R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An. Fac. med. 2016; 77(4): 379-385.
 35. Vallejo BJ. Embarazo en adolescentes complicaciones. Rev Med Cos Cen. 2013; 70(605):65-69.
 36. Mas M. et al. Análisis de las reconsultas en un servicio de emergencia pediátrica. Rev. Méd. Urug., Montevideo, 2019. 35 (2); 58-75.
 37. Brito Y., Caravia B., Hernández D., González A., Massip J. Caracterización de las pacientes con cáncer de ovario. Hospital Gineco-Obstétrico “Ramón González Coro” 2001-2013. Rev. Med. Electrón. 2017; 39(1): 729-740.
 38. Lara B., Aguilera P., Garrido M., Hirsch T., Swadron S., Saldías F. Consultas ambulatorias pediátricas atendidas en el Servicio de Urgencia de un hospital universitario. Rev Chil Pediatr 2014; 85 (2): 174-182.
 39. Acho S., Salvador J., Díaz J., Paredes J. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima. Rev. peru. ginecol. obstet. 2011; 57(4): 243-247.
 40. Ramirez, Q., Tabita, D., Oyola E. (2018). Características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el hospital belén de Trujillo, 2015-2017. Universidad Privada Antenor Orrego. Fac. Ciencias de la Salud. Tesis pregrado, Obstetricia.
 41. Lesme A. La hiperbilirrubinemia en neonatos: motivo de ansiedad y estrés en las madres en el hospital materno infantil de calle i- san lorenzo. Rev Unida Cient 2018. 2(1).
 42. Ezcurra R., Lamberto N., Peñas V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. Anales Sis San Navarra. 2009; 32(1): 49-58.
 43. González L., Olvera N. Prevalencia de vulvovaginitis inespecífica en instituto privado de guayaquil – ecuador 2015-2016II. Tesis de licenciatura 2018. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar?rlz=1C1CHBF_esCL877CL877&um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:5wOkoQ4tdGY46M:scholar.google.com/
 44. Lesme A. La hiperbilirrubinemia en neonatos: motivo de ansiedad y estrés en las madres en el hospital materno infantil de calle i- san lorenzo. Rev Unida Cient 2018. 2(1).

TABLAS Y FIGURAS

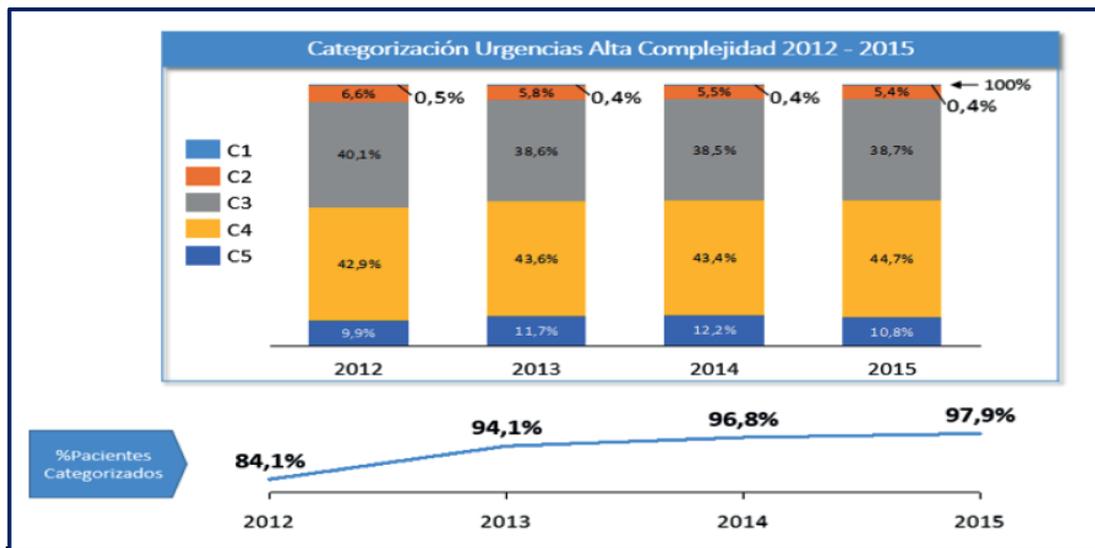
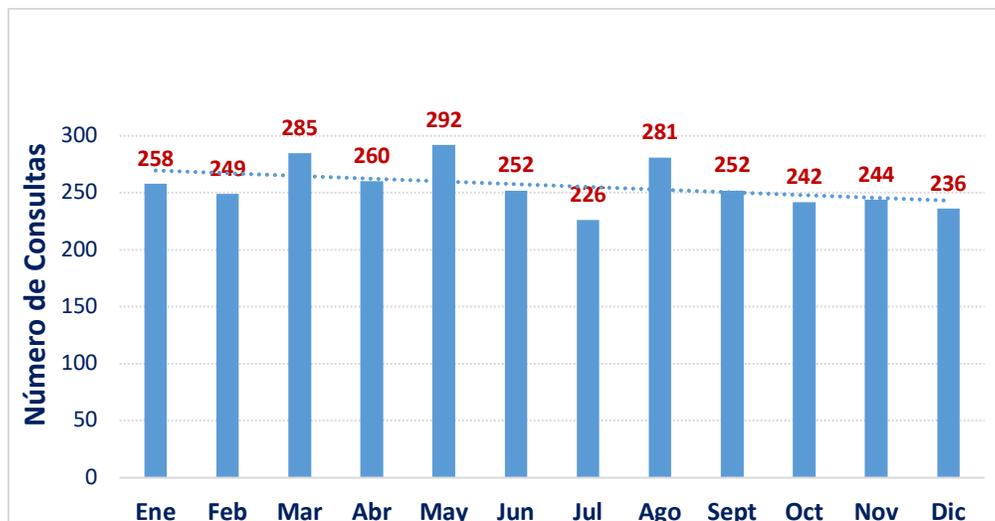


Figura 1. Categorización de urgencias en hospitales de alta complejidad.

Tabla 1. Distribución de las consultas de urgencias gineco-obstétricas por grupo etareo en el Hospital Penco-Lirquén en el año 2018.

Grupo etario	N° de consultas	Frecuencia relativa
Niños(as) de 0 a 9 años	153	5,0 %
Adolescentes de 10 a 19 años	357	11,6 %
Adultos de 20 a 59 años	2.472	80,3 %
Adultos mayores de 60 o más años	95	3,1 %
TOTAL	3.077	100,0%

Gráfico 1. Distribución mensual de las consultas urgencias gineco-obstétricas en el Hospital Penco-Lirquén durante el año 2018.**Tabla 2.** Distribución de las consultas de urgencias gineco-obstétricas según el horario en que se presentaron en el Hospital Penco-Lirquén en el año 2018.

Horario del día	N° de consultas	Frecuencia relativa
Madrugada (00:00 a 06:59 hrs.)	172	5,6 %
Mañana (07:00 a 11:59 hrs.)	753	24,5 %
Mediodía (12:00 a 14:00 hrs.)	415	13,5 %
Tarde (14:01 a 19:00 hrs.)	1.030	33,5 %
Noche (19:01 a 23:59 hrs.)	707	22,9 %
TOTAL	3.077	100,0%

Tabla 3. Distribución de las consultas de urgencias gineco-obstétricas según el motivo de la consulta en Hospital Penco-Lirquén en el año 2018.

Motivos de consultas obstétrica	N° de consultas	Frecuencia relativa	Porcentaje del total de consultas
Dolor	932	52,0 %	30,3 %
Contracciones	208	11,7 %	6,8 %
Sangramiento Genital	249	13,8 %	8,1 %
Nauseas o Vómitos	107	6,0 %	3,5 %
Monitoreo Cardíofetal	165	9,3 %	5,4 %
Otros	132	7,2 %	4,3 %
Total	1.793	100,0 %	58,3 %
Motivos de consultas ginecológicas			
Dolor	589	51,9 %	19,3 %
Sangramiento Genital	178	15,7 %	5,9 %
Flujo Genital	20	1,8 %	0,6 %
Abultamiento Vulvovaginal	50	4,4 %	1,6 %
Prurito Genital	77	6,8 %	2,5 %
Anticoncepción	144	12,7 %	4,7 %
Otros	68	6,0 %	2,2 %
Total	1.133	100,0 %	36,9 %
Motivos de consulta neonatológicas			
Ictericia	57	38,2 %	1,9 %
Problemas de Lactancia	10	6,6 %	0,3 %
Exámenes	24	17,1 %	0,8 %
Otros	57	38,2 %	1,9 %
Total	148	100,0 %	4,8 %

Tabla 4. Distribución de las consultas de urgencias gineco-obstétricas según el diagnóstico médico de la consulta y el médico tratante en Hospital Penco-Lirquén en 2018.

Diagnósticos obstétrico	Atención médico de urgencia	%	Atención médico GO	%	Total	%	% del total de consult.
Supervisión de Embarazo Normal	550	96,3	19	3,7	569	100	18,5%
Enfermedades Respiratorias	146	94,2	9	5,8	155	100	5,0%
Enfermedades Gastrointestinales	141	95,9	6	4,1	147	100	4,8%
Enfs. del Tracto Urinario	160	96,4	6	3,6	166	100	5,4%
Amenaza de Aborto y tipos de Abortos	223	96,5	8	3,5	231	100	7,5%
Trabajo de Parto y Sínd. Parto Prematuro	156	98,7	2	1,3	158	100	5,1%
Cefalea	58	96,7	2	3,3	60	100	1,9%
Vulvovaginitis e ITS.	103	98,1	2	1,9	105	100	3,4%
Mastitis Asociadas al Parto	24	100,0	0	-	24	100	0,8%
Otros	169	94,9	9	5,1	178	100	5,8%
TOTAL	1730	96,4	63	3,6	1793	100	58,3%
Diagnósticos ginecológicos							
Trastornos de la Mama	84	97,7	2	2,3	118	100	3,8%
Hemorragias Genitales	166	95,4	8	4,6	174	100	5,7%
Infecciones Vulvovaginales e ITS	159	98,8	2	1,2	161	100	5,2%
Trastornos Menstruales	117	95,9	5	4,1	122	100	4,0%
Trast. Glándula Bartholino y/o Abscesos	58	96,7	2	3,3	60	100	1,9%
Atención para la Anticoncepción	135	100,0	0	-	135	100	4,4%
Candidiasis Genital	100	98,0	2	2,0	102	100	3,3%
Dolor abdomino- Pélvico	184	98,4	3	1,6	187	100	6,1%
Constatación de lesiones y víctimas de Violencia Sexual	26	96,3	1	3,7	27	100	0,9%
Otros	77	97,5	2	2,5	79	100	2,6%
TOTAL	1106	97,6	27	2,4	1133	100	36,9%
Diagnósticos neonatológicos							
	Frecuencia	%	% del total de consult.				
Ictericia	90	60,8	2,9%		Total de Atenciones: 3.077 consultas		
Otros	58	39,2	1,9%				
TOTAL	148	100	4,8%				

GO: Gineco-Obstetra

Tabla 5. Distribución de las consultas de urgencias gineco-obstétricas según la resolución dada a la consulta en el Hospital Penco-Lirquén en el año 2018.

Resolución de la consulta	N° de consultas	Frecuencia relativa
Alta y derivación a Domicilio	2.718	88,3 %
Hospitalización local	86	2,8%
Derivación a Hosp. Alta Complejidad S.S. Thno	235	7,6%
Derivación a otro hospital de la red nacional	27	0,9%
Derivación a Carabinero o PDI	11	0,4%
TOTAL	3077	100%

Tabla 6. Distribución de las consultas de urgencias gineco-obstétricas según categorización dada a la consulta en el Hospital Penco-Lirquén en el año 2018.

Categoría	Consulta médico urgencia	%	Consulta médico GO	%	Consulta neo médico urgencia	%	TOTAL	%
C1	3	100	0	-	0	-	3	0,1%
C2	10	100	0	-	0	-	10	0,3%
C3	1.545	97,3	43	2,6	61	3,7	1649	53,6%
C4	186	78,8	15	6,4	35	14,8	236	7,7%
C5	1.056	92,7	31	2,7	52	4,6	1139	37,0%
Sin Cat.	39	97,5	1	2,5	0	-	40	1,3%
TOTAL	2.839	92,3	90	2,9	148	4,8	3077	100%

GO: Gineco-Obstetra