



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS
PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN
JERÓNIMO, CUSCO 2014.

TESIS PRESENTADO POR LAS

BACHILLERES:

DEL MAR ASCUE MILAGROS DANEY

QUISPE TICA GRECIA GABRIELA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESORA:

DRA. OBST. GLADIS EDITH ROJAS SALAS

CUSCO – PERÚ

2016



DEDICATORIA

A Dios, a la Virgen de Belén, al Niño de Praga y al Señor de los Temblores por ser luz y guía en cada paso que doy. Por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mí camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

Con mucho amor e infinita gratitud a mis queridos padres Neyda y Raul, hermanos quienes a pesar de todo estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, amor incondicional y recordándome que en la vida podemos tener tropiezos pero nunca será motivo para poder alcanzar el éxito.

A mis Abuelitos que están lejos y los que están en el cielo quienes desde ahí sé que iluminan mi camino para ser mejor persona, así como profesional.

Milagros Daney Del Mar Ascue.



DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María Auxiliadora por ser luz y guía en cada paso que doy por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mí camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

Con mucho amor e infinita gratitud a mis queridos padres María y Sergio quienes a pesar de todo estuvieron a lado mío brindándome su apoyo incondicional y recordándome que en la vida podemos tener tropiezos pero nunca será motivo para poder alcanzar el éxito.

A mis Abuelitos que están en el cielo quienes desde ahí sé que iluminan mi camino para ser mejor persona, así como profesional.

Grecia Gabriela Quispe Tica.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado. A nuestros padres los cuales nos motivaron a seguir adelante y lograr grandes metas, con esfuerzo, dedicación y un gran ejemplo de vida.

A la universidad andina del cusco por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales. A nuestra asesora de tesis, Dra. Obst Gladis Edith Rojas Salas por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado en nosotras que podamos terminar nuestros estudios con éxito.

También nos gustaría agradecer a nuestros profesores durante toda nuestra carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a nuestra formación y compartieron experiencias valiosas para nuestro futuro laboral en el campo de la salud.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las cuales nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestra vida. Queremos darles las gracias por formar parte de nosotras, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

QUE DIOS LES BENDIGA

LAS BACHILLERES



PRESENTACIÓN

DRA. HERMINIA NAVEDA CAHUANA

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DOCTORAS DICTAMINANTES.

Según el reglamento de grados y títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Andina del Cusco, elevamos antes ustedes la tesis titulada “MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO 2014.” con la finalidad de optar el grado académico de Licenciadas en Obstetricia.

La presente investigación ha sido ejecutada con el propósito de conocer el manejo de las referencias y contrarreferencias de pacientes obstétricas.

Así mismo, es importante recalcar que la tesis que se presenta ha sido concluida con normas de investigación establecidas.



INTRODUCCIÓN

El sistema de Salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de una Red de Infraestructuras de salud, recursos humanos, bases legales, normas guías y procedimientos que permiten el traslado de usuarios, muestras para la realización de estudios, diagnósticos y reportes de los mismos entre un nivel de atención y otro y entre un prestador de servicios de salud y otro, con el objetivo de garantizar la accesibilidad, oportunidad y seguimiento en la atención de pacientes que necesitan atención o sitio diferente, según la complejidad de las patologías y la capacidad resolutoria de los diferentes prestadores de servicios de salud, Articulando la Atención Primaria y la Preventiva Promocional con la atención recuperativa.

Se requiere a su vez la identificación demográfica de la población del área de influencia para determinar el origen geográfico (residencia) del usuario, así como recabar el tiempo medio y distancia del traslado desde el establecimiento de atención de primer contacto hacia el establecimiento receptor, lo que se conoce y debe estar presente en todo el proceso evaluativo, como isocronía, es decir la medición del tiempo y distancia que ocurre en un traslado y que puede hacerse tanto para el establecimiento en su conjunto como para alguno de sus componentes: los servicios ambulatorios, emergencias o los ingresos a hospitalización. Por ello resulta importante que los formularios en uso resuman la historia



clínica “primaria” (el o los diagnósticos presuntos, los tratamientos aplicados, los exámenes solicitados) y en especial la condición social del paciente referido

Incluye el sector público, privado, tradicional e informal

Las cuatro funciones principales se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Se ha comprobado que se presentan múltiples irregularidades en el sistema de transferencia que atenta contra la atención continuada a los pacientes partiendo de esta realidad se propuso, elaborar una propuesta de modo único para la referencia y la contrarreferencia que contribuya a homogenizar la información útil que se intercambia y facilite la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles de atención se considera que la implementación debe contribuir al fortalecimiento del sistema nacional de salud partiendo del supuesto de que mejora el proceso de gestión del medio y brinda mayores garantías en la comunidad y la atención a los pacientes

CAPÍTULO I: Se describe el planteamiento del problema donde se subdivide en caracterización o problema, formulación del problema, justificación del problema, limitación, consideraciones éticas y objetivos de la investigación

CAPÍTULO II: Se describe el marco teórico y se subdivide en aspectos teóricos pertinentes, definición de variables y operacionalización de variables



CAPÍTULO III: Metodología: En el que se considera el tipo de estudio, diseño de investigación, población, criterios de selección, técnica de instrumentos, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de análisis de datos

CAPÍTULO IV: Resultados, tablas y gráficos, interpretación de datos, discusión y conclusiones y sugerencias



RESUMEN

LA INVESTIGACIÓN “MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE LAS PACIENTE OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO CUSCO 2014”. La finalidad de presentar esta tesis es contribuir a fortalecer el Sistema de Referencias y Contrarreferencias en el Centro de Salud de estudio, el cual nos permite la Formulación del Problema: es ¿Cómo es el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo Cusco 2014?; determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo Cusco 2014. Se realizó esta investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal con un diseño no experimental. En las características sociodemográficas se observa en cuanto a la edad un 86.7% se encuentran entre las edades 19 – 34 años. Se identifica que la preeclampsia y la estrechez pélvica son los principales motivos de la referencia en el Centro de Salud de San Jerónimo con un 11.10%; el 82.30% si reciben tratamiento, el 66.70% son referidas a emergencia y utilizan el 52.17% de recursos de soporte a ecografías. El responsable del mecanismo de atención es el Médico en un 51.5% y la coordinación del transporte se encarga la Obstetra en un 72.3%. Si cumple con los criterios de capacidad resolutive. Se identificó el motivo de la contrarreferencia en un 92% a consultorio externo. El llenado de indicaciones de Contrarreferencia fue un 85% y el 100% de las pacientes cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS)

En el año 2014 las condiciones del usuario es de mejorado en 38% y curado en 62%

Conclusión: El manejo de las referencias y contrarreferencias de pacientes obstétricas atendidas fueron significativamente regular, con falta de comunicación al usuario y la baja participación a nivel comunal.

PALABRAS CLAVES: MANEJO, REFERENCIAS, CONTRARREFERENCIAS



SUMMARY

RESEARCH "REFERENCES AND MANAGEMENT OF OBSTETRIC PATIENT CONTRAREFERENCIAS SERVED IN HEALTH CENTER 2014 JEROME CUSCO".

The purpose of presenting this thesis is to help strengthen the system of references and counter at the Center of Health study, which allows the formulation of the problem: it is How is the management of referrals and counter-obstetric patients treated at the Health Center Cusco San Geronimo 2014?; Determining handling and cross-references of obstetric patients treated at the Health Center San Geronimo Cusco 2014. For this we use a type of research is a transversal, descriptive, quantitative approach with a non-experimental design. You will be understood by sociodemographic characteristics, we find that the predominant age (14-40 years), 86.7% are between ages 19 - 34 years ,, we could also identify that preeclampsia and narrow pelvis are the main reasons for reference on our Health Center studio with 11.10%; the 82.30% if untreated, the 66.70% are referred to emergency and use the 52.17% of support resources to ultrasound, the head of the mechanism of attention is the doctor 51.5% and transport coordination the obstetrician in charge in 72.3%. If you meet the criteria solving capacity.

During the study we identified the reason for the counter-by 92% to outpatient clinic. Indications filling 85%, .70% and reports tracking unit 100% sure.

In 2014 user conditions we see the improved condition is 38% and curing 62 %%

Conclusion: The management of referrals and served contrarreferencias of obstetric patients were significantly regular lack of communication with the user and the low turnout at community level.

KEYWORDS: HANDLING, REFERENCES, CONTRARREFERENCIAS



ÍNDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

SUMMARY

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....1

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....3

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....4

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....5

1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....5

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....6

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES.....7

2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS.....7

2.2 BASES TEÓRICAS.....15

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....74

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....75

2.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....76



CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....84

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....84

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....85

 3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....85

 3.3.2 MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO.....85

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN)85

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....86

3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....86

3.7 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....86

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

RESULTADOS.....87

DISCUSIÓN.....101

CONCLUSIONES.....106

RECOMENDACIONES.....109

BIBLIOGRAFÍA.....111

ANEXOS.....113



ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°1: CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTO DEL SECTOR SALUD – NORMA TÉCNICA N°018 MINSA	36
---	----



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....	88
GRÁFICO N° 2: CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....	90
GRÁFICO N° 3: LAS PACIENTES IDENTIFICAN CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD, SI VA ACOMPAÑADA Y QUE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA SER REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....	91
GRÁFICO N° 4: TIPO DE DIAGNÓSTICO DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....	92
GRÁFICO N° 5: SI RECIBEN O NO TRATAMIENTO LAS PACIENTES QUE SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....	93
GRÁFICO N° 6: IDENTIFICAR MOTIVO DE LA REFERENCIA DE LAS PACIENTES SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....	94



GRÁFICO N° 7: RECURSOS DE SOPORTE PARA LAS REFERENCIAS DE LAS PACIENTES SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....95

GRÁFICO N° 8: RESPONSABLES DEL MECANISMO DE ATENCIÓN Y COORDINACIÓN DE MEDIO DE TRANSPORTE DE LAS PACIENTES QUE SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO CUSCO 2014.....96

GRÁFICO N°9: IDENTIFICAR EL MOTIVO DE CONTRARREFERENCIA DE LA PACIENTE AL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....97

GRÁFICO N° 10: SI SE REALIZA HOSPITALIZACIÓN O MANEJO AMBULATORIO DE LA PACIENTE CONTRARREFERIDA, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....98

GRÁFICO N° 11: SI SE REALIZA O NO EL LLENADO, ENVÍO DE FORMATOS CON LAS INDICACIONES, CUIDADOS DEL ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA Y SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD DE SEGUROS DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.....99



GRÁFICO N°12: CONDICIÓN DE LA PACIENTE CONTRARREFERIDA Y
PERSONAL QUE ATIENDE LA CONTRARREFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD
SAN JERÓNIMO 2014.....100



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 en el año 2010 a 411 muertes maternas en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, lo que representa un descenso de 10% en éste índice.

La mortalidad materna en el Perú es de 93 x 100 mil nacidos vivos y según proyecciones al año 2015 el país debería presentar una mortalidad cercana a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 5, establecida en 66 x 100 mil nacidos vivos.¹

A pesar de que la mortalidad materna ha ido disminuyendo aún no hemos llegado al objetivo que nos plantea la Organización de las Naciones Unidas.

¹Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Vigilancia de Mortalidad Materna 2014
<http://www.minsa.gob.pe>



La mortalidad materna constituye un grave problema para la salud pública, los derechos humanos, el desarrollo social, la equidad de género y la justicia social. La mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2013 en la región. Sin embargo, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013. La Mortalidad materna pone en manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer, principios básicos como el derecho a la vida y el acceso a información de calidad y al máximo nivel posible de salud.

La necesidad de un constante seguimiento y estudio de los diferentes instrumentos, mecanismos, procesos y servicios en salud, coadyuvara a una mejora de la calidad en la prestación de este servicio, garantizando al mismo tiempo el acceso al derecho a la salud, en especial en madres gestantes.

Considerando la elevada demanda de los servicios de obstetricia en el Centro de Salud de San Jerónimo, se hace necesario conocer a profundidad el manejo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de pacientes obstétricas con la finalidad, en primer lugar, de "Constatar el cumplimiento de la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud - NT N° 018 MINSAL / DGSP – V.01 - RM N°751- 2004/MINSAL-02/08/04).²

En segundo lugar está la importancia de conocer detalladamente y desde un caso específico, cuál es el caso del Centro de Salud de San Jerónimo. Los puntos de fortaleza y así como los puntos débiles en el manejo del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de pacientes

²Ministerio de Salud, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud N° 018 del 2004 RM N°751- 2004.



Obstétricas que nos permita construir un cuadro de análisis para entender este caso en específico y, en el mejor de los casos, para el estudio de otros casos similares.

Finalmente es importante delimitar los alcances y pertinencia del informe de Contrarreferencia con el que las pacientes obstétricas regresan al Centro de Salud de San Jerónimo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cómo es el manejo de las Referencias y Contrarreferencias de las pacientes Obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Cusco 2014?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes Obstétricas referidas del Centro de Salud de San Jerónimo?
2. ¿Cuál es el manejo de las Referencias de las pacientes Obstétricas desde el nivel del Establecimiento de Salud?
3. ¿Cuál es el manejo de las Referencias de las pacientes Obstétricas desde el nivel de la comunidad?
4. ¿Cuál es la pertinencia del informe de la Contrarreferencia de las pacientes Obstétricas referidas del Centro de Salud de San Jerónimo?



1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.

La presente investigación busca determinar el nivel de cumplimiento de la Norma, de Referencia y Contrarreferencia, en beneficio de las pacientes obstétricas desde el estudio del caso específico del Centro de Salud de San Jerónimo, Cusco.

Es viable porque ciertas normas y los ajustes que al margen de esta hace el personal de salud, desde la práctica, en casos específicos, como en el Centro de Salud de San Jerónimo, con la finalidad no solo de identificar ciertos vacíos legales, sino también de poder retroalimentar la legislación existente, complementarla y enriquecerla, desde una confrontación con una experiencia concreta.

La presente investigación es importante porque es un estudio profundo con la finalidad de determinar el Manejo de las Referencias y Contrarreferencias de las pacientes Obstétricas atendidas en el caso específico del Centro de Salud de San Jerónimo – Cusco en el año 2014, que podrá servir como un instrumento de análisis de casos similares.

Es relevante porque este estudio recaen en el aspecto metodológico de estudio de casos concretos, de considerar muestras en la que se considerarán variables como niveles socioeconómicos y de procedencia de las pacientes, en modo tal de tener un cuadro lo más completo posible de la población usuaria, y de la calidad misma del servicio, sus puntos débiles y sus fortalezas.

Es Pertinente porque un estudio de esta naturaleza busca entre otras cosas, desde el estudio de un caso específico, aportar para la mejora del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de pacientes Obstétricas a nivel nacional.



1.4. LIMITACIONES

- Escasa Fuente de Información, hojas de referencia incompletas, Falta de datos actualizados para esto se ajustara el periodo de tiempo de estudio de acuerdo a los datos encontrados.
- Acceso a la información de la Unidad de Archivos: la aceptación y autorización del Director del establecimiento de Salud fue superada por la facilidad brindada por el personal
- Disponibilidad de tiempo limitado del personal de salud por la demanda de pacientes y diferentes horarios de atención, se superó haciendo llamadas al personal para asistir en sus horas de trabajo.
- Acceso a la información de la Unidad de Archivos para ello se usó el sistema SIP 2000
- El inadecuado llenado de historias clínicas o datos faltantes en ellas, que se superarán al revisar documentos secundarios como cuaderno de registros y/o seguimientos.

1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización del presente trabajo de investigación, se cumplirá con las normas bioéticas de la investigación, con énfasis en los siguientes aspectos:

- Se informará previamente y se solicitará la autorización para la aplicación del instrumento.



- Este estudio de investigación respetará los derechos de la persona, en el sentido de que no se divulgará el secreto profesional.
- Se manejará con veracidad la información obtenida de las fuentes documentales, sin modificarla, limitarla, sesgarla. La información no se prestará a manipulaciones que busquen justificar los objetivos de la investigación.
- Los datos recogidos serán usados exclusivamente para responder a los objetivos de la investigación planteada.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el Manejo de las Referencias y Contrarreferencias de las pacientes Obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, Cusco 2014.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de San Jerónimo.
- Describir el Manejo de las Referencias de pacientes obstétricas desde el nivel del establecimiento de salud.
- Describir el Manejo de las Referencias de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad.
- Establecer la pertinencia del informe de la contrarreferencia de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de San Jerónimo.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES

2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

LAVADENZ, F.; SCHAB, N.; STRAATMAN, H. (2000) “REDES PÚBLICAS, DESCENTRALIZADAS Y COMUNITARIAS DE SALUD EN BOLIVIA”³

El objetivo principal de este estudio es mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante la descentralización, encontrando que existen referencia de pacientes a Centro de Salud y Hospitales de nivel II.

³Lovadez, F.; Schab, N.; Straatman, H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia 2000



El seguro básico de salud fue un factor muy importante para el aumento de cobertura en El Alto y en el Distrito I, pero se combinó de forma directa con un nuevo modelo de gestión que incrementó aún más la demanda de servicios.

Los cambios en la gestión de la red, por medio de instrumentos como el contrato de gestión, han permitido introducir cambios e incentivos para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios y conseguir un aumento real de la producción.

Esto llevó al aumento de las tasas de ocupación de camas, que indica que en el hospital se están resolviendo ciertas necesidades previamente insatisfechas, y al aumento del número de consultas externas y de partos institucionales en la red, que refleja un aumento de la demanda de servicios de salud en la red.

La actual organización de la red ha permitido disminuir la “competencia” entre el primer y el segundo nivel de atención y desarrollar un enfoque de “complementariedad” con niveles de integración crecientes.

MAZZA M; VALLEJO C; GONZALEZ M. MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS TRES DEMORAS (2012) VENEZUELA. ⁴

Objetivo:

Analizar las características de la mortalidad materna ocurrida en el distrito capital durante los años 2008-2009, aplicando el modelo de las tres demoras

Método:

⁴Mazza M; Vallejo C; González M. Mortalidad Materna: Análisis de las Tres Demoras (2012) Venezuela



Estudio retrospectivo y transversal de las muertes maternas ocurridas durante el periodo Enero 2008- Diciembre 2009.

Resultados: Se registra 78 muertes maternas.

La razón de mortalidad materna fue 98.97 por cada 100000 nacidos vivos para el 2008 y 103,9 por cada 100 000 nacidos vivos para el 2009.

Predominaron las muertes de causa obstétrica directa (57,7%) representada por los trastornos hipertensivos del embarazo (40%), hemorragias (31.1%) y sepsis (26,7%).

La principal causa indirecta fue la sepsis (62,2%).

La demora 3 fue identificada en las historias clínicas registradas (69,2%) seguida de la demora 1 (38,5%).

Treinta pacientes ameritaron referencia a otros centros para la atención médica definitiva, la mayoría (80%) requirió una referencia y demoraron menos de seis horas en llegar al centro donde ocurrió la defunción (36,7%).

Los principales motivos de referencia fueron no contar con atención obstétrica (33,3%) y no contar con terapia intensiva de adultos (26,6%).

Un gran número de muertes fue catalogado como evitable (50%).

Conclusión:

La tasa de mortalidad materna es elevada, y resulta más alta que las cifras presentadas en Venezuela para el año 2007 (56,6%).



Predomina la demora tres, por falta de personal médico especializado y necesidad de referencia a otro centro y en segundo lugar la demora uno por identificación tardía de los síntomas.

COLLADO, SP; SÁNCHEZ A. ¿REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA O MULTI - RECHAZO HOSPITALARIO? EN MÉXICO, AÑO 2012.⁵

El objetivo de este estudio fue escribir y analizar en el nivel micro social las características del sistema de referencia y contrarreferencia en materia de atención obstétrica y los mecanismos institucionales que lo posibilitan e identificar si dicho sistema enmascara un fenómeno de rechazo hospitalario y las consecuencias de éste sobre el resultado materno y perinatal.

Se exploró el proceso por el cual un grupo de 35 mujeres gestantes de alto riesgo accedió para su referencia y atención obstétrica a una institución hospitalaria de segundo nivel de atención para población abierta de la ciudad de México.

Siendo el siguiente resultado.

El 57% de las mujeres tuvieron que buscar más de un sitio para su resolución obstétrica:

25% visitó dos lugares de atención.

17% tres lugares de atención.

⁵ Collado, S; Sánchez A. ¿Referencia y contrarreferencia o Multi - Rechazo Hospitalario? en México, 2012.



15% a más de tres lugares de atención

La mujer que más hospitales visitó, acudió a nueve nosocomios a lo largo de 24 horas.

No fueron debidamente valoradas en todos los casos antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención.

También fue posible identificar que las complicaciones que presentaron algunas de las mujeres que participaron en esta investigación así como las de sus bebés, se debieron a la demora en la atención que se generó a través de la referencia y contra referencia de la que fueron objeto.

Conclusiones:

- Este estudio permitió observar que debido a las condiciones actuales bajo las que opera, el sistema de referencia y contra referencia representa un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna.
- Enmascarar un fenómeno de multi-rechazo hospitalario que, a su vez, tiene un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y finalmente en la salud de la mujer gestante.

**ANTECEDENTES NACIONALES**

MAYCA, J.; PALACIOS E.; MEDINA, A.; VELASQUEZ, J.; CASTAÑEDA, D. (2009) “PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS MATERNOS PERINATALES EN ZONAS RURALES ANDINAS Y AMAZÓNICAS EN LA REGIÓN DE HUÁNUCO”⁶

El objetivo de este estudio es que explore las percepciones del personal de salud y la comunidad en relación con la adecuación cultural de servicios maternos perinatales observando aspectos críticos, las complicaciones del embarazo es la primera causa materna, tener en cuenta el deficiente sistema de referencia y contrarreferencia, el inadecuado trato e información al usuario. El modelo de las tres demoras identifica los puntos en los que pueden ocurrir demoras en el tratamiento de las complicaciones obstétricas a nivel de la comunidad y del establecimiento: baja capacidad resolutive, bajo nivel de demanda de gestantes y familia.

TORRES, M, (2011) “SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LA UNIDAD EJECUTORA DE SALUD EL CARMEN” HUANCAYO.⁷

Donde el objetivo fue determinar los principales problemas del sistema de referencia y contrarreferencia de la Unidad Ejecutora de Salud El Carmen, con un diseño descriptivo no experimental y con enfoque cualicuantitativo.

⁶ Mayca, J.; Palacios E.; Medina, A.; Velásquez, J.; Castañeda, D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2009

⁷ Torres, M. Sistema de referencia y contrarreferencia en la unidad ejecutora de salud El Carmen” Huancayo. servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2011



Los resultados fueron que la mayoría de las referencias en el Hospital el Carmen fueron pacientes obstétricas; donde las principales deficiencias del Sistema de Referencia y Contrarreferencia son:

- Poco compromiso de parte de las autoridades responsables del funcionamiento adecuado del sistema.
- La comunidad no funciona adecuadamente entre la referencia.

ANTECEDENTES LOCALES.

DIRESA CUSCO (2010) “MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA” CUSCO. ⁸

El presente proyecto se origina como una respuesta integral a ayudar a disminuir las altas tasas de morbilidad Materno Perinatal e infantil por falta de un buen manejo de las referencias, en las zonas alejadas, pobres y extremadamente pobres, con difícil acceso geográfico, que por falta de un medio de transporte en forma inmediata y oportuna, de Recursos Humanos capacitados que puedan asistirlo durante su traslado, y de medios de comunicación para poder facilitar el traslado, se encuentren más vulnerables a los problemas de Salud.

La Red de Servicios de Salud Canas – Canchis - Espinar, es una de las redes que pertenecen a la Dirección de Salud Cusco.

⁸ Dirección Regional de Salud Cusco. Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud del Sistema de Referencia y Contrarreferencia” Cusco 2010



Está constituida por 48 Establecimientos de Salud del primer nivel de atención legalmente autorizados por el Ministerio de Salud (5 Centros y 43 Puestos de Salud) y un Hospital de Sicuani.

Como factores principales, viene determinando una problemática organizacional, que no permite una adecuada articulación funcional de los establecimientos a nuestro cargo, los que en su mayoría continúan funcionando con la carencia de un sistema integrado, siendo el componente de referencia y contrarreferencia de emergencias Gineco – Obstétricas y las médico quirúrgicas el más sensible a ésta situación y definitivamente en el que se refleja con mayor nitidez la problemática mencionada.

Consiguientemente la pobreza estructural, el analfabetismo, condiciones insalubres de las viviendas sin acceso a servicios básicos de:

- Agua potable.
- Luz.
- Desagüe

Desnutrición crónica y aguda, alcoholismo violencia social y doméstica, a esto se suma un limitado acceso geográfico, económico, social y cultural de estas poblaciones a servicios de atención de salud.

También la desorganización de muchos servicios de atención de salud con deficiencias de la gestión de sus servicios, un factor que agrava aún más este problema es la falta de infraestructura y del equipamiento médico básico en esos servicios.

La deficiencia de un sistema de referencia y contrarreferencia limitado enormemente su capacidad diagnóstica y resolutoria.

2.2. BASES TEÓRICAS.

A. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SRC)

El cuidado de pacientes es responsabilidad de la institución, de los profesionales de salud y de la población comprometida, en este caso nos referimos a los promotores de salud. En el año 2001, se establece la norma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, refrendado mediante resolución ministerial N° 155-2001-SA/DM, para garantizar la continuidad de los servicios de cuidados de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud del Perú.

En el año 2003 se establece la atención del Modelo de Atención Integral de Salud, razón por la que en el año de 2004, se fortalece el Sistema de Referencia mediante la "RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 751-2004/MINSA, en la que aprueba la norma técnica NT N° 018-MINSA/DGSP-V01²

A.1 DEFINICIÓN

Es un conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales que aseguran la continuidad de la atención integral de la paciente, transfiriéndola a un Establecimiento de mayor capacidad resolutive. ²

A.2 SISTEMA DE REFERENCIA SEGÚN NIVELES DE ORGANIZACIÓN

Los niveles de organización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se identifican como:

- **Administrativo.-** Donde compromete a los organismos de nivel Nacional, al Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Microredes de Salud.



- **Asistencial.**- Referido a los Establecimientos de Salud: Institutos Especializados, Hospitales, Centros y Puestos de salud. Dentro del nivel asistencial, se ha involucrado a la comunidad , estableciéndose de ese modo el sub nivel:
- **Comunal.**- Relacionado con los actores sociales e integrantes de salud.

A.2.1 A NIVEL ADMINISTRATIVO

A.2.1.1 A NIVEL NACIONAL

Son responsables funcionales del cumplimiento; la Dirección General de Salud de las personas, Coordinador Nacional de Referencias y Contrarreferencias, Comité Nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencias.

a. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS Y DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SERVICIOS DE SALUD

- Establecer la normatividad técnica para la implantación y funcionamiento adecuado del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Nacional.
- Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
 - Firmar convenios de intercambio prestacional que considere la Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre el Ministerio de Salud y otras instituciones.
 - Emitir y aprobar normatividad modificatoria o complementaria en el campo de su competencia.



b. FUNCIONES DEL COORDINADOR NACIONAL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

- Controlar la implementación y funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Nacional.
- Asegurar la Implementación de los recursos tecnológicos e informáticos a las Unidades de Referencias asistenciales de acuerdo a su nivel de complejidad.
- Coordinación permanente entre los miembros del Comité Nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema
- Asesorar y prestar apoyo técnico a las Direcciones de Salud en la organización, implementación, supervisión y evaluación de los Sistema de Referencia y Contrarreferencia al interior de las mismas.
- Difundir los documentos normativos relacionados al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para mejorar el accionar del personal de salud en el ámbito Nacional.
- Identificar y socializar en forma oportuna la capacidad resolutiva disponible de los Institutos Especializados y Hospitales a los Establecimientos de Salud del ámbito Nacional.
- Cogestionar con el Nivel Regional aspectos Técnico - Financieros Intra y extra institucional que fortalezca el componente de soporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Nacional.



- Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en el ámbito Nacional.
- Presidir el Comité Nacional de Referencias y Contrarreferencias.

c. FUNCIONES DEL COMITÉ NACIONAL DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Evaluar trimestralmente los indicadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Nacional, proponiendo estrategias que optimicen el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Nacional.
- Establecer mecanismos que integren los sistemas financieros a las actividades prestacionales originada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Generar espacios de interacción interinstitucional, intersectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Analizar y retroalimentar la información referente al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, a las Direcciones de Salud, proponiendo alternativas para la mejora del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Las reuniones serán trimestrales y en forma extraordinaria cuando se requiera.



A.2.1.2 A NIVEL REGIONAL

Son responsables funcionales la Dirección Regional de Salud, a través de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, la Dirección de Servicios de Salud quien será, preferentemente, el Coordinador Regional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y el Comité Regional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

a. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS

- Complementar la normatividad nacional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para adecuar su operatividad y funcionalidad a la realidad sanitaria de su ámbito.
- Planificar, organizar y conducir de manera estratégica el Sistema de Referencia y Contrarreferencia dentro de su ámbito.
- Designar y formalizar a los responsables y/o comités de la conducción del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional.
- Establecer convenios con otras Direcciones de Salud, Institutos Especializados u Hospitales, para optimizar y complementar el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, que permitan la utilización de la Capacidad Resolutiva de los Establecimientos de Salud a nivel Regional e Inter Regional.
- Establecer coordinaciones con los Gobiernos Regionales, y autoridades competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el



funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en su ámbito.

- Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Regional.
- Firmar convenios de intercambio prestacional que considere la referencia y contrarreferencia de pacientes entre el Ministerio de Salud y otras instituciones en el marco del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en el nivel Regional y Local.
- Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Emitir y aprobar normatividad modificatoria o complementaria en el campo de su competencia.

b. FUNCIONES DEL DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD (COORDINADOR REGIONAL DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS)

- Brindar asistencia técnica a las Direcciones de Red y Microredes y Establecimientos de Salud para la conducción del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Gestionar y concertar con los equipos de gestión de las Direcciones de Red de Salud la asignación de los recursos necesarios para la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



- Realizar acciones de control para la conducción, operatividad y perfeccionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito de la Región.
- Controlar la implementación y funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional.
- Coordinación permanente entre los miembros del Comité Regional del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para fortalecer los procesos de funcionamiento del Sistema.
- Difundir los documentos normativos relacionados al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para mejorar el accionar del personal de salud en el ámbito Regional.
- Cogestionar con el Nivel local, aspectos Técnico- Financieros Intra y extrainstitucionales que fortalezcan el componente de soporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a nivel Nacional.
- Establecer coordinaciones con los Gobiernos locales, instituciones y autoridades competentes, para fortalecer el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en el ámbito Regional.
- Presidir el Comité Regional de Referencias y Contrarreferencias.



c. FUNCIONES DEL COMITÉ REGIONAL DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIAS

- Evaluar bimensualmente los indicadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, proponiendo estrategias que optimicen el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional.
- Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de Salud del nivel Regional.
- Generar espacios de diálogo, intercambio de competencias entre los niveles de complejidad con el propósito de mejorar la utilización de la capacidad resolutive de los Establecimientos de Salud del ámbito Regional.
- Generar espacios de interacción intrainstitucional, intrasectorial e intersectorial para fortalecer la funcionalidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito Regional.
- Emitir y prepara propuestas de normatividad complementaria para que se optimice el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional.
- Otras que el comité considere necesarias y que permitan el desarrollo de las funciones asignadas al nivel Regional.

A.2.1.3 A NIVEL DE MICRORED

Son responsables funcionales la Jefatura de la Microred, Coordinador del Seguro Integral de Salud y/o Referencias de la Microred y el Equipo de Gestión de la Microred.



Estos componentes son los que coordinan, facilitan, asignan, prevén, recursos para las actividades de Referencia y Contrarreferencia entre los Establecimientos de Salud de su ámbito.

a. FUNCIONES DE LA JEFATURA DE LA MICRORED

- Velar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- Designar y formalizar a los responsables del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los diferentes Establecimientos de su ámbito.
- Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito.
- Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originadas en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Coordinar, asignar recursos y facilitar la Referencia o Contrarreferencia, entre sus Establecimientos y con otras Microredes de salud.
- Otras funciones que se le asignen.



**b. FUNCIONES DEL COORDINADOR SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y/O
REFERENCIAS DE LA MICRORED**

- Planificar, organizar, implementar y conducir el Sistema de Referencia y Contrarreferencia dentro de su jurisdicción.
- Brindar asistencia técnica en los procesos y procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a los Establecimientos de Salud.
- Socializar y mantener actualizada la información de los recursos de soporte y la Cartera de Servicios de sus Establecimientos de Salud en coordinación con la Unidad Regional de Referencias.
- Registrar, consolidar, procesar, analizar y retroalimentar la información del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de sus Establecimientos de Salud, remitiendo un consolidado de la información procesada a la Dirección de Red o Dirección de Salud correspondiente.
- Supervisar, monitorear y evaluar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de sus Establecimientos de Salud.
- Establecer y realizar el seguimiento de medidas correctivas para la mejora del Sistema de Referencia y Contrarreferencia mediante reuniones periódicas con los Establecimientos de Salud de su ámbito.
- Realizar actividades de capacitación continua a sus recursos humanos de los Establecimientos de Salud en temas relacionados al Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



- Establecer coordinaciones con las autoridades locales competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia Sectorial en su ámbito.
- Ejecutar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- Elevar al Comité Regional a través de la Dirección Salud o Red correspondiente las sugerencias o recomendaciones que el Equipo de gestión de la Microred proponga.
- Otra funciones que se le asignen.

c. FUNCIONES DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA MICRORED EN RELACIÓN AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIAS

- Evaluar mensualmente los indicadores del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito de la Microred de Salud y establecer estrategias que optimicen el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito de la Microred de Salud.
- Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del ámbito de la Microred.
- Generar espacios de intercambio de competencias entre los niveles de complejidad orientado a mejorar capacidades resolutivas a nivel de la Microred.



- Proponer recomendaciones para el mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito lo cual será canalizado por el coordinador correspondiente al Comité Regional.

A.2.2 A NIVEL PRESTACIONAL

Este nivel cuenta con Establecimientos de Salud de diferente complejidad y capacidad resolutive como Institutos Especializados, Hospitales (I, II, III), Centros y Puestos de Salud. El Establecimiento de Salud es la unidad operativa prestacional, encargada de la ejecución de Referencias y Contrarreferencias, dentro de los cuales tenemos:

A.2.2.1 INSTITUTOS ESPECIALIZADOS Y HOSPITALES I, II Y III

Por ser los Establecimientos de Salud de mayor capacidad resolutive, recae en ellos la mayor responsabilidad el objetivo de complementar la continuidad de la atención de los usuarios del nivel Regional o Nacional, mediante la Unidad u Oficina de Seguros y/o Referencias.

Esta área se encargará de realizar coordinar y ejecutar en lo que corresponde los procesos de Referencia y Contrarreferencia de los usuarios y estará conformado por un equipo de personas, cuya cantidad y tipo variará de acuerdo a la complejidad del Establecimiento de Salud y será conducida por un Coordinador o Responsable que deberá ser un profesional de la salud a dedicación exclusiva, designado por la Dirección Ejecutiva y un técnico de salud con conocimiento de informática para el manejo del software de referencias.



A.2.2.2 RESPONSABLES

- Jefe de la Unidad de Seguros y/o de Referencias Regional y de Hospitales Nacionales e Institutos especializados.
- Jefe de la Unidad de Seguros y/o Referencias Hospitalarias de menor complejidad.
- Responsables del Sistema Integral de Salud y/o Referencias y/o Admisión de los Centros y Puestos de Salud.

a. FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE SEGUROS Y/O REFERENCIAS REGIONALES Y DE HOSPITALES NACIONALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

- Hacer cumplir la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, emitidas por los niveles superiores, dentro del ámbito hospitalario y de los Institutos especializados.
- Coordinar y establecer la Referencia y Contrarreferencia de usuarios externos entre Establecimientos e Institutos Especializados y Hospitales, a través de los centros de comunicación permanentes instalados, que garantice la vinculación e integración del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el ámbito Regional y Nacional.
- Designar las funciones específicas del personal de salud involucrado en el flujo de los pacientes manejados en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.



- Brindar asistencia técnica complementaria a los servicios hospitalarios, para la organización, implementación, ejecución y control de la Referencia y Contrarreferencia.
- Mantener actualizada y disponible la cartera de servicios Regional y Nacional, de tal manera que cualquier Establecimiento de Salud acceda a dicha información en tiempo real, Identificado la capacidad resolutive existente y disponible en los servicios.
- Coordinar la Referencia y Contrarreferencia de usuarios (condiciones de traslado del paciente) fuera del Nivel Regional y en el ámbito Nacional.
- Resolver los casos de referencias especiales y de emergencia que requieran una atención urgente y oportuna.
- Retroalimentar mensualmente a todos los establecimientos información sobre procesos inadecuados o disfuncionales identificados del proceso de la Referencia y Contrarreferencia, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo.
- Realizar actividades de capacitación continua a los recursos humanos del Hospital o Instituto en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Otras funciones que se le asigne.



**b. FUNCIONES DE LA OFICINA O UNIDAD DE SEGUROS Y/O
REFERENCIAS DE LOS HOSPITALES DE MENOR COMPLEJIDAD**

- Hacer cumplir la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, emitidas por los niveles superiores, dentro del ámbito hospitalario.
- Coordinar y resolver la Referencia y Contrarreferencia de usuarios externos desde los Establecimientos de menor complejidad.
- Designar las funciones específicas del personal de salud involucrado en el flujo de los pacientes manejados en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su ámbito hospitalario.
- Brindar asistencia técnica complementaria a los servicios hospitalarios, para la organización, implementación, ejecución y control de la Referencia y Contrarreferencia.
- Mantener actualizada y disponible la cartera de servicios de su hospital informando al nivel administrativo Regional y la Unidad de Seguros y Referencia Regional, de tal manera que cualquier Establecimiento de Salud acceda a dicha información en tiempo real, Identificado la capacidad resolutoria existente y disponible en los servicios.
- Resolver los casos de referencias especiales y de emergencia que requieran una atención urgente y oportuna, debiendo tener una actitud proactiva y de iniciativa en la solución de problemas administrativos y/o asistenciales que generen las Referencias y/o Contrarreferencias.



- Retroalimentar mensualmente a todos los Establecimientos información sobre procesos inadecuados o disfuncionales identificados del proceso de la Referencia y Contrarreferencia, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Realizar actividades de capacitación continua a los recursos humanos de su Hospital en el tema del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Realizar la revisión de la calidad de las referencias decepcionadas en base a los criterios técnicos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y del acto en salud, considerando el proceso en forma integral y articulándose con los Establecimientos de Salud del ámbito de la Red o de la Región.
- Otras funciones que se le asigne.

c. FUNCIONES DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD Y/O ADMISIÓN Y/O UNIDAD DE REFERENCIAS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD EN RELACIÓN AL TEMA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Implementar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su Establecimiento.
- El jefe del Establecimiento de Salud designará al responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia que de preferencia será el personal del Sistema Integral de Salud y/o de Admisión.



- Capacitar en forma continua al personal del Establecimiento de Salud y a los agentes comunitarios en los procesos y procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Establecer relaciones con la comunidad y los agentes comunitarios para determinar la organización comunitaria y facilitar los procedimientos de las Referencias y Contrarreferencias entre la comunidad y el Establecimiento de Salud.
- Prestar el apoyo logístico necesario para la referencia de usuarios de la comunidad al Establecimiento de Salud.
- Coordinar con otros Establecimientos de Salud la Referencia y Contrarreferencia de usuarios y la atención oportuna y eficaz de los mismos.
- Usar los formatos aprobados para la Referencia y Contrarreferencia de usuarios.
- Realizar el seguimiento o control de los usuarios referidos y contrarreferidos.
- Registrar e Informar las referencias comunales.
- Gestionar los recursos necesarios para garantizar el manejo prestacional y la referencia oportunas.
- Participar mensualmente en el análisis de la Referencia y Contrarreferencia de usuarios con la Microred de Salud.
- Reportar los problemas o limitaciones encontrados al operar el sistema y proponer las medidas correctivas que correspondan.
- Supervisar periódicamente las acciones del personal con relación al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para realizar las adecuaciones necesarias a los mecanismos establecidos.



- Otras funciones que se le asignen.

A.2.3 A NIVEL COMUNAL

Constituido por Agente Comunitario de Salud (Promotoras, parteras etc.),Comités Comunales o Locales de Salud y las Organizaciones capacitadas en acciones preventivas y de promoción en salud (Bomberos, Defensa Civil, Cruz Roja etc.) u otros actores sociales.

a. FUNCIONES QUE REALIZA

- Enviar o acompañar al usuario al Establecimiento de Salud cuando presente signos de peligro y/o alarma, factores de riesgo y/o daño(s) en salud.
- Coordinar e informar al Puesto o Centro de Salud asignado, la Referencia y Contrarreferencia de usuarios.
- Solicitar apoyo logístico al Puesto o Centro de Salud de Referencia, en caso que la condición de salud del usuario así lo requiera.
- Organizar e implementar en la comunidad el transporte de usuarios del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Usar los formatos aprobados para la Referencia de usuarios.
- Vigilar e informar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, en caso de usuarios dados de alta.
- Reportar problemas o limitaciones encontrados en la Referencia de usuarios.



A.3 PROCESO DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ²

A.3.1 DEFINICIÓN DE REFERENCIA

Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.²

A.3.2 RESPONSABLE DE LA REFERENCIA²

a. A NIVEL COMUNAL.

El agente comunitario o la organización comunal, tendrá como deber identificar los signos de peligro, alarma y/o factores de riesgo para derivar o trasladar al usuario al Establecimiento de Salud más cercano.

b. A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

La responsabilidad de la referencia corresponde al personal de salud que brinda la atención (médico, profesional de la salud no médico o técnico de salud) la cual termina hasta que se inicie la atención en el Establecimiento de Destino de la Referencia. Considerando lo siguiente:

- Decidir la referencia del usuario, basándose en las guías de atención previamente establecidas en función de la capacidad resolutive del Establecimiento de acuerdo a su nivel de complejidad.



- Elegir el Establecimiento de Destino de la Referencia para lo cual utilizará los criterios de referencia, las tablas de información de los recursos de soporte, la cartera de servicios y los flujos de referencia de usuarios entre Establecimientos de Salud.
- Llenar correctamente la Hoja de Referencia.
- La comunicación de la necesidad e importancia de la referencia al usuario y/o familiares.
- La coordinación y confirmación de la referencia con el área de Admisión de su Establecimiento.
- Indicar el cuidado necesario del usuario durante el traslado, especialmente en caso de emergencia o cuando la urgencia lo justifique por corresponderle.
- Indicar y garantizar el traslado de una referencia de emergencia con el acompañamiento de un personal de salud profesional o no profesional de acuerdo al nivel de complejidad del caso.

A.3.3 NIVELES DE ATENCIÓN

La organización del Sistema de Salud del País, se identifican tres niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutive y la oferta de servicios: ⁹

⁹ Sistema Nacional de Referencias y Contrareferencias 2013Lima. MINSA
http://issuu.com/gabo_Castro/Docs/c_03_Referencias_y_Contrarreferencia



a. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Es considerada desde la Puerta de entrada de la población al Sistema de Salud, desarrolla promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. Atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad.

b. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Complementa la atención integral iniciada en el primer nivel de atención, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los Establecimientos de Salud de este nivel.

c. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Considerado como el mayor nivel de especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los Establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además realiza actividades preventivas promocionales según corresponda.

CUADRO N° 1: CATEGORÍAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR
SALUD – NORMA TECNICA N°018 MINSA²

NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORÍAS		MINISTERIO DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	I – 1		PUESTO DE SALUD
	I – 2		PUESTO DE SALUD CON MÉDICO
	I – 3		CENTRO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO
	I – 4		CENTRO DE SALUD CON INTERNAMIENTO
		II – 1	HOSPITAL I

A.3.4 ORIGEN DE LA REFERENCIA

La referencia de un usuario puede generarse en el Establecimiento de Salud o servicio médico de apoyo que transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud del usuario o un requerimiento a otro Establecimiento de Salud o servicio médico de apoyo que cuente con la oferta de servicios de salud requerida.



A.3.5 DESTINO DE LA REFERENCIA

Es el Establecimiento de Salud a donde es referido el usuario para la atención de la necesidad y/o problema de salud identificado, a través de las unidades productora de servicios (Emergencia, Consultorios externos y Apoyo al Diagnóstico), el cual puede ser: Puesto de Salud, el Centro de Salud, el Hospital I, el Hospital II, el Hospital III y el Instituto Especializado. También se consideran los laboratorios referenciales de las Direcciones de Salud

A.3.6 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DESTINO DE LA REFERENCIA ²

Son las Unidades Productoras de Servicios del Establecimiento Destino de la Referencia, a las que podrán ser referidos los usuarios:

- a. **CONSULTA EXTERNA:** Cuando el problema de salud del usuario requiere de la atención en consulta externa de otro Establecimiento de Salud de mayor complejidad.
- b. **EMERGENCIA:** Cuando el usuario según criterios de clasificación de emergencia, presenta signos y síntomas que indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes, y se requiere de la atención inmediata para estabilizarlo y/o luego referir en caso se complique y/o no se pueda manejar adecuadamente por escasa capacidad resolutive del Establecimiento de Salud. Así mismo, recepcionará algunos casos que requieran continuar con su hospitalización y



manejo especializado así como aquellos que a criterio del personal de salud teniendo criterios de urgencia requiera ser referido.

- c. **APOYO AL DIAGNÓSTICO:** Cuando el usuario requiere para su confirmación diagnóstica, seguimiento o control, de una prueba o examen que no se practica en el Establecimiento de Salud de Origen y requiere ser enviado a una Unidad Productora de Servicio de apoyo al diagnóstico en un Establecimiento de mayor complejidad.

A.3.7 CRITERIOS PARA SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DEL DESTINO DE LA REFERENCIA²

- a. **CAPACIDAD RESOLUTIVA:** El usuario debe ser referido al Establecimiento de Salud que tenga la capacidad resolutive (cartera de servicios) para resolver el motivo de la referencia.
- b. **ACCESIBILIDAD:** El Establecimiento de Salud elegido para la referencia de acuerdo a su capacidad resolutive debe ser el más cercano y el más accesible a través de vías de comunicación y transportes convencionales. Esto significa que no necesariamente se va a circunscribir dentro de los límites de su Microred, Red o Dirección de Salud, sino puede acceder a otro ámbito de otra Dirección de Salud, Red o Microred colindante.
- c. **OPORTUNIDAD:** El usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado, en forma correcta, tal como lo establezcan las guías de atención, evitando riesgos de



complicación o muerte del paciente, garantizando los derechos que le asiste al paciente de recibir una atención de calidad y oportuna.

A.3.8 PROCEDIMIENTO DE LA REFERENCIA²

A.3.8.1 A NIVEL COMUNAL

a. DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- Las Microredes, los Establecimientos de Salud y la comunidad organizada determinarán sus problemas de salud más importantes, de acuerdo al perfil epidemiológico de su ámbito, para elaborar un listado de los signos de alarma y/o factores de riesgo que los agentes comunitarios y otras organizaciones deben identificar en una persona para su atención y/o referencia.
- El listado de signos de alarma y factores de riesgo se complementará con las preguntas claves y las observaciones clínicas para su identificación.
- La Hoja de Referencia Comunal, se adecuara al nivel local que facilite su uso por los agentes comunitarios, (se presenta propuesta de la hoja de referencia comunal).

b. DEL AGENTE COMUNITARIO Y OTRAS ORGANIZACIONES

- Deberá identificar los signos de alarma, peligro y/o factores de riesgo y/o daños para la salud en las personas de su comunidad.
- Llenar la Hoja de Referencia Comunal, dirigido al Establecimiento de Salud más cercano.



- Informar a los familiares y coordinar con otros actores sociales y con el Establecimiento de Salud para el traslado del usuario a los Establecimientos de Salud.
- Acompañar al usuario, durante su traslado al Establecimiento de Salud de destino, en caso de presentarse signos de alarma.

A.3.8.2 A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA

a. ACTIVIDADES GENERALES

- Atiende al usuario e identifica la necesidad de la referencia y el Establecimiento y Servicio de Destino.
- Selecciona, de acuerdo a los criterios de la referencia y al flujo establecido, el Establecimiento de Salud, función que será de responsabilidad de la Unidad u Oficina de Referencias o la que haga sus veces en el Establecimiento la cual también coordinara la referencia con el Establecimiento de Salud de Destino, garantizando la recepción oportuna y adecuada del mismo excepto en los casos de Emergencia.
- Llenado de la hoja de Referencia original en forma correcta. La vigencia de la hoja de referencia, para los destinos de consulta externa y servicios de apoyo al Diagnóstico, será en 60 días calendario a partir de su fecha de emisión renovable según la solicitud del médico tratante del motivo inicial que genero la referencia.
- Se informa al usuario y/o familiares sobre lo siguiente:
 - Su estado de salud y los riesgos que presenta.



- Las razones para referirlo a otro Establecimiento.
- La importancia de la misma.
- Entrega la hoja de referencia a la unidad de Oficina de Seguros, del Sistema de Referencia y Contrarreferencia o Admisión, quienes son responsables de las siguientes actividades en relación al sistema de Referencia y Contrarreferencia:
 - Entrega al usuario el ticket de atención conteniendo la información de su referencia al Establecimiento de Destino, la fecha y la hora de atención, el nombre del profesional que lo atenderá y el servicio en el que será atendido, como la información administrativa necesaria.
 - Entrega al usuario o familiar responsable, el original de la hoja de referencia firmada y sellada excepto de los casos de emergencia que debe ser llevada por el personal de salud que acompañara al paciente.
 - Archiva la hoja de referencia en la historia clínica y hará llegar una copia al responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para el consolidado respectivo.
 - En caso de que existan dificultades durante la coordinación con el Establecimiento de Destino, se notificara al ente inmediato superior, según corresponda haciendo uso de la vía de comunicación establecida o disponible.
 - Los Establecimientos de Salud deberán monitorear que el paciente llegue al Establecimiento de Destino.

**b. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN
CUANDO DECIDE REFERIR A UN PACIENTE A:**



CONSULTA EXTERNA

- El Personal responsable de la Unidad de Seguros/Admisión y/o referencias solicitará y coordinará con el responsable del SRC del Establecimiento de Salud de Destino, la fecha, hora y médico (u otro profesional de la salud) de la consulta externa, a fin de comunicárselo al usuario antes que abandone el Establecimiento.
- El personal responsable de la Unidad de Seguros/admisión o responsable de referencias, que coordinó la referencia entregará la hoja de la referencia para la atención (consignando los datos de la cita y/o ticket de cita) en el Establecimiento de Destino, dándole el original de la Hoja de Referencia al usuario o al familiar y la copia será adjuntada en su historia clínica.

EMERGENCIA

- La referencia de usuarios en situación de emergencia se ejecutará con la oportunidad necesaria para no agravar la situación de salud del paciente, así como garantizar el cuidado durante su traslado, en caso contrario, el Establecimiento a través de sus directivos y/o jefe de guardia, asumirán la responsabilidad legal y administrativa por las consecuencias que devengan de un período mayor de observación.
- El Establecimiento de Salud que refiere debe coordinar detalles del cuidado durante el traslado del usuario con el Jefe de Emergencia / Urgencia o de Guardia del Establecimiento de Destino, a través de los medios de comunicación más rápidos y directos disponibles.



- Se deberá establecer las coordinaciones con la unidad de Referencias Regional o Nacional para la conformidad de la existencia y disponibilidad de la capacidad resolutive cuando el caso lo requiera.
- Durante el traslado del usuario al Establecimiento de Destino, el responsable de la referencia designará a un personal de salud competente según la gravedad del caso. También se solicitará a un miembro de la familia que acompañe al usuario en su traslado. Si no tuviera familiar, puede ser un responsable o un miembro de la comunidad según la pertinencia del caso.
- En el Establecimiento de Destino de la Referencia, el personal de salud acompañante del paciente hará firmar la Hoja de Referencia por el responsable de la Emergencia, dejando así constancia de la recepción del usuario. Luego una copia de esta será devuelta a la unidad de referencias o la que haga sus veces en el Establecimiento de Origen, para su archivo en la historia clínica y su registro respectivo.
- Si ocurriera el fallecimiento del usuario durante el traslado, éste será regresado al Establecimiento de Origen para los trámites legales y administrativos pertinentes. En caso que requiera necropsia de ley, el cadáver será remitido a la morgue, al médico legista o a la autoridad que haga sus veces.

APOYO AL DIAGNÓSTICO

LABORATORIO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.



- Los Establecimientos de Salud que cuentan con laboratorio clínico y/o de anatomía patológica son centros de referencia de aquellos que no cuentan con el procedimiento requerido. Estos últimos, se constituyen en Unidades Tomadoras de Muestras.
- Las Microredes, Direcciones de Red y Dirección de Salud organizarán y definirán los flujos de referencia de las muestras de laboratorio y anatomía patológica al interior de las mismas, según nivel de bío-seguridad y complejidad de los laboratorios.
- Las Direcciones de Red de Salud adecuarán sus protocolos y procedimientos para la obtención y envío de muestras, control de calidad y otros de su competencia de acuerdo a lo normado por el Instituto Nacional de Salud.
- El personal responsable de la atención del usuario y/o el responsable de la Unidades Tomadoras de Muestras del Establecimiento comunicará la referencia de muestras a la Unidad de Referencias o la que haga sus veces, a fin que coordine su envío al nivel de referencia de destino correspondiente.
- La Unidad de Referencia o la que haga sus veces en el Establecimiento de Origen, coordinará con la contraparte del Establecimiento Destino para confirmar la disponibilidad de la capacidad resolutive del procedimiento o examen requerido, procediendo luego a indicarle al usuario el procedimiento que debe seguir. En caso que se requiera la presencia del usuario en el Establecimiento Destino se procederá de manera similar a la referencia de consulta externa, es decir se le entregará el ticket de atención y la hoja de



Referencia, en caso de que esto no sea necesario, el servicio destino se encargará del transporte de la muestra cumpliendo las condiciones de calidad y bío seguridad.

- En los Establecimientos de Destino de la Referencia, no es necesaria la evaluación del usuario y/o formato de referencia por otro profesional para que se realice el examen solicitado por el Establecimiento de Origen de la Referencia.
- En el caso que el personal del Establecimiento de Origen sea técnico, deberá realizar la consulta mediante radio y teléfono (Teleconsulta) al médico del Establecimiento de referencia para decidir la pertinencia de que se realice una referencia de consulta externa en lugar de la referencia de muestra.
- El usuario que llegue al Establecimiento de Destino presentará su hoja de referencia al personal de la Unidad de Referencias o del área designada, quién a su vez instruirá adecuadamente al usuario y realizará los trámites correspondientes para la atención preferencial del referido.

SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

- Los Establecimientos de Salud que cuentan con servicios de diagnóstico por imágenes son centros de referencia de aquellos que no lo tienen.
- El responsable de la atención del usuario procederá a llenar la orden del servicio de diagnóstico por imágenes requerido la que será adjuntada a la hoja de referencia.



- El usuario entregará la copia de la Hoja de Referencia a la Unidad de Referencias o la que haga sus veces para que coordine y confirme una cita con el Establecimiento de Destino de la Referencia la cual será entregada en un ticket de cita, el que contiene el día y horario de atención del usuario, lo cual le será comunicado antes que abandone el Establecimiento, adjuntando la hoja de referencia.
- El usuario al llegar al Establecimiento de Destino presentará su hoja de referencia y el ticket de atención al personal de la Unidad de Referencias o quien haga sus veces en el Establecimiento de Destino de la Referencia, quién a su vez realizará los trámites correspondientes para la atención del usuario y el procedimiento de la contrarreferencia.

A.3.8.3 A NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESTINO DE LAS REFERENCIAS

a. ACTIVIDADES GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS REFERENCIAS

- La Unidad de Seguros y/o Referencias u otra área designada para dicho fin, debe realizar las siguientes actividades.
- Recibir al usuario y solicitar la Hoja de Referencia y el ticket de cita en el caso que corresponda.
- Verificar la coordinación de la referencia, en la hoja de referencia donde debe consignarse con quien se hizo la coordinación.



- Verificar la calidad de la hoja de referencia así como la pertinencia de la referencia, debiendo asumir la resolución de cualquier observación, evitando trasladar al usuario las consecuencias de algún problema administrativo.
- En el caso de usuarios asegurados, comprobar dicha condición y solicitar la documentación complementaria pertinente.
- Registrar la Referencia en el Registro o Software correspondiente.
- Adjuntar la Hoja de Referencia en la Historia Clínica.
- Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- Indicar al usuario el servicio donde recibirá la atención y brindarle todas las facilidades para recibir la atención correspondiente.
- Es el responsable administrativo de generar y hacer que las contrarreferencias lleguen al Establecimiento de Origen.
- Atender al usuario referido en forma preferencial, asegurando que cuando sea necesario, éste reciba todas las consultas, ínter consultas y exámenes de diagnóstico pertinentes hasta solucionar su problema de salud en el tiempo más corto posible, a fin de que retorne a su lugar de origen en el más breve plazo.
- Realizar el monitoreo de las referencias recibidas hasta su contrarreferencia.

b. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS REFERIDOS



CONSULTA EXTERNA

- El encargado de la atención recepcionará la Historia clínica que el servicio de Admisión le entregue en la cual deberá estar incluida la hoja de referencia.
- El servicio de Admisión será la responsable de incluir la hoja de referencia en la historia clínica del usuario referido.
- Se coordinará con el Médico de Consultorio externo para la atención preferencial del paciente referido.
- Se brinda la atención médica según protocolos establecidos, y se decide que tipos de atención adicional necesita el paciente, para luego llenar la Hoja de Contrarreferencia en caso no se hospitalice, o refiera a otro Establecimiento de mayor complejidad o requiera su atención ambulatoria en el mismo Establecimiento de Destino.
- Entrega la Hoja de Referencia y contrarreferencia a Admisión o Unidad de Referencias para que realicen los trámites administrativos correspondientes.
- El responsable de la Unidad de Referencias, unidad de Admisión u otra área designada, coordinará la contrarreferencia al Establecimiento de Origen de la Referencia o la referencia a otro Establecimiento de mayor complejidad si lo requiere. Así mismo, archivara una copia de la referencia y otra hoja entregara al punto de digitación para su respectivo consolidado.
- Todo usuario referido que por opinión del profesional tratante (por escrito), requiera continuar con su tratamiento en el Establecimiento Destino, tendrá un periodo de 60 días renovables en los cuales podrá ser atendido en todos los



servicios que solicite el profesional tratante, sin necesidad de tener una nueva hoja de referencia, excepto si se trata de otra patología diferente a la que generó la referencia inicial.

EMERGENCIA

- Aceptada la referencia, el Jefe de Guardia o responsable de la atención de la emergencia comunicará al personal médico y de enfermería para la preparación del servicio en el que se dará atención inmediata al usuario referido, según protocolos establecidos.
- Presentará la copia de la hoja de referencia a la Unidad de Referencias o quien haga sus veces cada 24 horas con el propósito de que la Unidad de Referencias actualice su base de datos de los casos de referencia recibida o de las referencias efectuadas.
- La Unidad de Referencias o quien haga sus veces coordinará con el Establecimiento de Origen, sobre el estado o situación de salud del paciente, así como su contrarreferencia.

DE LOS SERVICIOS DE EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

El responsable de la atención deberá:

- Recepcionar la Hoja de Referencia y las órdenes de exámenes de apoyo al diagnóstico que la Unidad de Referencia le pase para su atención.
- No es necesaria la evaluación del usuario y/o formato de referencia por otro profesional del Establecimiento de Destino, para que se realice el examen solicitado por el Establecimiento de Origen de la Referencia.



- Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria del usuario referido.
- La unidad de Referencia o quien haga sus veces indicará al usuario el servicio donde recibirá la atención.

A.3.9 REFERENCIAS INJUSTIFICADAS

Es aquella en la cual el usuario, no debió haber sido referido a otro Establecimiento de Salud de mayor capacidad de resolución. Se consideran los siguientes casos:

- Cuando el Establecimiento de Origen de la Referencia sí contaba con la capacidad resolutoria para solucionar el motivo de la referencia.
- Cuando el Establecimiento de Destino no cuenta con la capacidad resolutoria para resolver el motivo de la referencia.

A.4 PROCESO DE LA CONTRARREFERENCIA²

A.4.1 DEFINICION DE CONTRARREFERENCIA

Es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al Establecimiento de Salud de Origen de la Referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.



A.4.2 RESPONSABILIDAD DE LA CONTRARREFERENCIA

Es del médico, otro profesional de la salud o técnico de salud capacitado, que atiende al usuario referido y que decide su contrarreferencia de acuerdo a los procedimientos normados.

A.4.3 CONDICIONES DEL USUARIO PARA LA CONTRARREFERENCIA

- a. **CURADO:** Cuando se ha solucionado el problema de salud motivo de la Referencia del usuario o se determina la situación del Alta Definitiva del usuario.
- b. **MEJORADO:** Cuando se ha resuelto el problema de salud motivo de la Referencia en forma parcial, siendo pertinente que el usuario continúe con tratamiento bajo control y supervisión en el Establecimiento que realizó la referencia, con baja frecuencia de atenciones.
- c. **ATENDIDO POR APOYO AL DIAGNÓSTICO:** Cuando se han obtenido los resultados y/o informes de los exámenes de ayuda diagnóstica solicitadas.
- d. **RETIRO VOLUNTARIO:** Cuando el usuario decide interrumpir la continuidad de su tratamiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, dejando constancia de ello en una Hoja de Exoneración de Responsabilidad. Frente a casos que vayan en contra de la vida del usuario, el responsable del Establecimiento comunicará al Ministerio Público la decisión del mismo.
- e. **DESERCIÓN:** Cuando el usuario abandona o interrumpe la continuidad de su tratamiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, a pesar de los esfuerzos para localizar al usuario y para reiniciar su tratamiento.



f. FALLECIMIENTO: Cuando el usuario fallece durante su tratamiento en el Establecimiento de Referencia.

A.4.4 PROCEDIMIENTOS DE LA CONTRARREFERENCIA²

A.4.4.1 DEL ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA

Es el Establecimiento de Salud donde ha sido atendido el usuario referido y donde se origina la Contrarreferencia hacia el Establecimiento de Origen.

a. ACTIVIDADES GENERALES

- Determina la condición del usuario y decide la contrarreferencia del mismo.
- Informa al usuario que su problema de salud ha sido solucionado total o parcialmente, las condiciones de su salud actual y la necesidad de retornar a su Establecimiento de Origen o de continuar con el tratamiento, seguimiento o control en dicho Establecimiento de Salud de la Red.
- Llena la Hoja de Contrarreferencia consignando todos los datos referidos al diagnóstico, tratamiento, prescripción, ínter consultas (si las hubiera), exámenes de laboratorio, de imágenes u otros según corresponda.
- Envía el original y 2 copias de la Hoja de Contrarreferencia a la Oficina Unidad de Seguros y Referencias, Unidad de Admisión o al responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Educar al usuario sobre la importancia de la continuidad del tratamiento, su control y seguimiento en el Establecimiento de Destino de la Referencia, los aspectos Psico-Sociales y otros que sean necesarios para su auto cuidado.



- Se considera que la Contrarreferencia es oportuna cuando el Establecimiento de Salud de Origen, recibe la hoja de Contrarreferencia de un usuario hasta dentro de los primeros 7 días de emitida la Hoja de la Contrarreferencia en el Establecimiento de Salud de Destino.

b. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

CONTRARREFERENCIA DE LA EMERGENCIA

- Concluida la atención de emergencia de un usuario, pueden ocurrir las siguientes situaciones: Hospitalización del usuario, manejo ambulatorio del caso o referido cuando el caso se ha complicado y necesita una atención o procedimientos de mayor complejidad.
- La hoja de contrarreferencia de un usuario referido por emergencia y que ha sido resuelto el daño o controlado será responsabilidad del médico o personal de salud que atendió la emergencia.
- El Médico de guardia o personal de salud entregará diariamente las copias de las hojas de contrarreferencias a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias o a la Unidad o área que haga las veces.
- En algunas ocasiones recibirán las hojas de contrarreferencia de un nivel de atención superior, los cuales deberán presentarlo a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias, Admisión o a la oficina o área que se ha designado.



CONTRARREFERENCIA DE LOS RESULTADOS E INFORMES DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ²

- En la hoja de contrarreferencia deberá adjuntar la información correspondiente a los resultados de los exámenes de diagnóstico: formatos, gráficos, placas u otros correspondientes.
- La hoja de contrarreferencia deberá ser llenada y suscrita por el profesional o responsable del laboratorio, anatomía patológica o servicio de imágenes que determinó la contrarreferencia.
- Entregará la hoja de contrarreferencia a la Oficina o Unidad de Seguros y Referencias para su trámite administrativo correspondiente, la cual se encargara de hacerla llegar a su contraparte del Establecimiento de Origen.

A.4.4.2 DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA

Es el Establecimiento de Salud Origen de la referencia, hacia el cual debe llegar la contrarreferencia.

a. OFICINA O UNIDAD DE SEGUROS Y/O REFERENCIAS O EL SERVICIO DE ADMISIÓN DEBE:

- Recibir al usuario y solicitar la Hoja de o recepcionarla directamente de su contraparte del Establecimiento de Destino.
- Adjunta la hoja de contrarreferencia a la historia clínica.
- Indicar al usuario el servicio en el que será atendido si es necesario.



- Atender al usuario cumpliendo con las indicaciones consignadas en la Hoja de contrarreferencia.
- Orientar al usuario sobre su seguimiento y/o control en el Establecimiento y la importancia de la continuidad de la atención.
- En el caso de contrarreferencia de resultados de exámenes de apoyo diagnóstico (laboratorio e imágenes), el personal responsable del traslado de estos debe entregar las hojas de contrarreferencia al servicio de Admisión para su registro correspondiente y adjuntarlo en la Historia clínica.

A.4.5 CONTRARREFERENCIAS INJUSTIFICADAS

Es aquella cuando el usuario es contrarreferido sin tener en consideración las condiciones del usuario para la contrarreferencia. Puede ser en las siguientes situaciones.

- Aquella en la que todavía amerita seguir en el Establecimiento que lo refirió.
- Cuando se contrarrefiere al paciente sin tener en cuenta la cartera de servicios y capacidad resolutive del Establecimiento a contrarreferir para manejar el caso.

A.5 CONTROL DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ²

a. SUPERVISIÓN

La supervisión será en las áreas: Organización, flujo de Referencia y Contrarreferencia, difusión y conocimiento de normas, capacitación, gestión logística, manejo del sistema de información y registro, sistema de comunicación y transporte. En el área asistencial



se explorará la oportunidad y pertinencia de la referencia y contrarreferencia y el cumplimiento de las normas.

b. MONITOREO

El monitoreo es un proceso de control que será asumido por los responsables de las Unidades de Referencias o quien haga sus veces para informar a los comités de referencias y contrarreferencias según el nivel correspondiente.

c. EVALUACIÓN

La Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se incorporara dentro de la evaluación integral y descentralizada de la gestión sanitaria, incorporándose indicadores de estructura, resultados e impacto que midan los objetivos propuestos en cada nivel organizacional, y que permita establecer estrategias integradas de intervención sanitaria.

A.6 PARTICIPACIÓN DE OTRAS DIRECCIONES ²

a. DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIONES

- Establecer las estrategias de imagen, prensa y comunicación social para posicionar en el contexto nacional de la población, el Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Ministerio de Salud.
- Mantener relaciones interinstitucionales para lograr los objetivos de imagen, prensa y comunicación social en el tema de Referencias y Contrarreferencias.



- Investigar y analizar la información en los sistemas locales y nacionales para fortalecer la imagen y posicionar el Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Ministerio de salud.

b. DEFENSA NACIONAL

- Mantener la disponibilidad de su servicio de comunicación para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia durante las 24 horas del día y los siete días de la semana a fin de contribuir en la articulación de la comunicación entre las Regiones y los Niveles Macro regionales y Nacionales.
- Apoyar con recursos para el transporte y otros tipos de ayuda a los pacientes referidos y contrarreferidos cuando así lo amerite el caso, según los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Contar con un registro actualizado del número de los casos de referencia y contrarreferencia coordinados, generando reportes periódicamente al equipo técnico del Ministerio de Salud y otras Direcciones Generales.
- Ser el ente competente en el manejo de los eventos de emergencias y desastres masivos a nivel Nacional, articulándose al Sistema de Referencia y Contrarreferencia en forma oportuna.

A.7 SISTEMA DE INFORMACIÓN ²

NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Brinda prestaciones de salud en los Servicios de Emergencia de acuerdo a las normas establecidas, con criterios de calidad y oportunidad, fortalecer la organización y el funcionamiento de los servicios de emergencia, para la atención de los pacientes. Asegura



el flujo adecuado de los recursos destinados al cuidado de los pacientes en los servicios de emergencia y promover el uso racional de los mismos.

La presente norma técnica de salud es de aplicación en todos los Establecimientos públicos y privados del sector salud que cuentan con los servicios de emergencia.

A.8 NIVELES DE ATENCIÓN DE REFERENCIA²

La atención de la Salud de la Provincia se organiza en tres Niveles según el riesgo de la patología y la complejidad que poseen los efectores.

Los Hospitales de referencia de Área están ubicados estratégicamente por sus vías de comunicación y áreas de influencia, siendo sus objetivos la retención de la demanda de su área, y secundariamente como auxiliares a la derivación de los Hospitales centrales.

- a. I NIVEL DE ATENCIÓN:** De competencia de los Gobiernos Locales (Municipios, Comunas) basado en la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, dando prioridad a la cobertura de los problemas más comunes, con énfasis en la prevención y en la promoción de la Salud y adecuada a cada realidad local.

Comprende las Postas Sanitarias, Dispensarios, Centro de Salud y Hospitales de I Nivel de Atención de baja complejidad.

- b. II NIVEL DE ATENCIÓN – 1° NIVEL DE REFERENCIA:** Los Hospitales de referencia de Atención Primaria de Salud de mediana complejidad son el primer escalón de referencia del I Nivel de Atención y actúan como nivel de derivación de los efectores Municipales.



El Hospital de Referencia de Atención Primaria de Salud orienta su servicio dando prioridad al diagnóstico precoz y al tratamiento o derivación oportuna, debiendo contar con especialidades permanentes o periódicas.

- c. **III NIVEL DE ATENCIÓN - 2º NIVEL DE REFERENCIA:** Los Hospitales de Referencia de Área, responsable de la alta complejidad en los sectores de Maternidad, Neonatología, Terapia Intensiva y Cirugía, es el segundo escalón de referencia del I Nivel de Atención y actúan como nivel de derivación de efectores de II Nivel.

Tienen una complejidad diferencial de infraestructura, equipamiento y Relaciones Humanas, que les posibilita cumplir con el rol de organizador y coordinador de su área de referencia, involucrando a todos los Hospitales de 1 Nivel de referencia.

- d. **IV NIVEL DE ATENCIÓN – 3º NIVEL DE REFERENCIA:** Los Hospitales de referencia de especialidades son de máxima complejidad, de acuerdo a los perfiles hospitalarios.

Reciben la derivación de patologías que requieren de la máxima complejidad en la atención. Los Hospitales de referencia de especialidades, tienen la máxima excelencia en infraestructura, equipamiento y Relaciones Humanas para cada especialidad.

- e. **ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES:** Son los Hospitales dedicados a la atención de Enfermedades Crónicas e Invalidantes.



A.9 CONDICIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE REFERENCIA¹⁰

A.9.1 MEDIO DE TRASPORTE

Hace referencia genérica a los medios de traslado de personas o bienes de un lugar a otro.

Los medios de transporte se pueden clasificar como:

- Terrestres, como: Automóvil, Bicicleta, Motocicleta, Autobús, Tren, Pies, etc.

A.9.2 PERSONAL DE SALUD O PROMOTOR DE SALUD QUE REFIERE

Proceso administrativo asistencial mediante el cual el personal de salud traslada la responsabilidad de la atención de un usuario a otro Establecimiento de Salud con oferta de servicios de salud requerida y disponible. ¹⁰

A.9.3 HISTORIA CLÍNICA

Documento médico legal, obligatorio y confidencial en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. ¹¹

A.9.4 PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

¹⁰ Sistema de Referencia y Contrarreferencia Dra. Ángela Cavero Romaña Medicina Integran y Gestión en Salud citado el 20 de julio del 2015 disponible en: http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue

¹¹ Norma Técnica N° 022 – Ministerio de Salud/DGSP – V.02 Norma Técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica



Es un conjunto de actos y diligencias tramitados ante el Hospital documentos a la emisión de un acto administrativo que produzca efectos jurídicos individuales o individualizables sobre intereses, obligaciones o derechos del administrado sea ésta persona.

A.9.5 PROCESO

Secuencia lógica de actividades que permite que los elementos de entrada se transformen en los resultados esperados o elementos de salida.¹²

B. DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico

¹²Manual de procesos y procedimientos. Dpto. de Pediatría. Hospital. María Auxiliadora Ministerio de Salud Perú 2012
<http://www.minsa.gob.pe/hama/Informacion>

en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.¹³

B1. CLAVES OBSTETRICAS:¹⁴

CLAVE ROJA¹⁴

Shock Hipovolémico:

Definición: Síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo).

Síntomas y Signos: pérdida profusa de sangre vía vaginal y/o pérdida de fluidos corporales, taquicardia (pulso mayor de 100 por minuto), alteraciones de la conciencia, hipotensión (presión arterial menor de 90/60), oliguria.

Cuadro Clínico: según intensidad de la pérdida sanguínea

PARÁMETROS	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de volemia (%)	< 15%	15 – 30%	30 – 40%	> 40%
Frecuencia del pulso	< 100	> 100	> 120	> 140
Presión arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión ortostática	Baja	Baja
Diuresis (ml / hora)	> 30	20 – 30	15 a 20	< 15
Estado mental	Ansioso o normal	Agitado	Confuso	Letárgico

¹³ Faundez, A. Publicaciones médicas 2010. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/altoriesgo>.

¹⁴ Protocolo de Manejo Inmediato de Emergencias Obstétricas. Claves Obstétricas



Causas Obstétricas: Hemorragia interna (embarazo ectópico roto), Hemorragia Externa en caso de aborto (aborto inevitable, completo, incompleto, diferido y séptico), enfermedad gestacional de trofoblasto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, atonía uterina, alumbramiento incompleto, retención placentaria, desgarros cervicales y/o perineales.

Manejo de la clave roja: La paciente deberá estar en reposo absoluto, paciente en decúbito dorsal, abrigada, No se administrara nada por vía oral, se hará un control estricto de funciones vitales, se administrara oxígeno por cánula binasal de 4 litros por minuto, control de sangrado y retiro de coágulos, control de diuresis horaria con sonda Foley número 14 y bolsa colectora, Se colocara dos vías en ambos miembros superiores con abocat número 18 (primer frasco con cloruro de sodio al 9% 1000cc, pasar a chorro luego a 60 gotas por minuto, segundo frasco haemaccel pasar a chorro los primeros 15 a 20 minutos), si hay sangrado colocar oxitocina 10 mg (5 ampollas) en frasco de cloruro de sodio 9% 1000cc pasar 400cc a chorro luego 45 gotas por minuto, Si la hemoglobina se encuentra menor a 7gr transfundir 2 unidades de paquetes globulares (realizar solicitud a banco de sangre), luego solicitar hemograma, hemoglobina, tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, recuento de plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, Referir al establecimiento con mayor capacidad resolutive.

Kit de la clave roja:

- Cloruro de Sodio 9% 1000cc (2 frascos)
- Haemaccel (2 frascos)
- Equipo de Venoclisis (2 unidades)

- Abocatt número 18 (2 unidades)
- Oxitocina 10 unidades internacionales UI (10 ampollas)
- Jeringa 10 cc (2 unidades)
- Jeringa 20 cc (2 unidades)
- Llave de triple vía (1 unidad)
- Equipo de Transfusión sanguínea (1 unidad)
- Sonda Foley número 14 (1 unidad)
- Bolsa Colectora de Orina (1 unidad)
- Metilergometrina (2 ampollas)
- Guantes descartable (4 unidades)



CLAVE AZUL ¹⁴

Hipertensión Inducida por el Embarazo

Aparición de hipertensión después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o hasta las 72 horas del puerperio más proteinuria.

- a. **Hipertensión Pre existente:** (3-5% de los embarazos), hipertensión antes del embarazo o detectada antes de la semana 20 de gestación o que persiste después de que el embarazo termina. La mayoría de tales pacientes tienen hipertensión esencial, sin embargo, algunas tienen enfermedad renal u otros problemas médicos.
- b. **Hipertensión asociada con el embarazo:** (12% de los embarazos), hipertensión que aparece de nuevo después de la semana 20 de gestación. Esta categoría está dividida en grupos:
 - Hipertensión gestacional (6-7%). Hipertensión sola, sin otros rasgos añadidos.
 - Preeclampsia (5-6%). Hipertensión con proteinuria de cuando menos 0.3 g en 24 horas. La hipertensión se define como una presión arterial sistólica de más de 140 mm/Hg y una presión diastólica de más de 90 mm/Hg, en dos mediciones sucesivas con 4-8 horas de intervalo. En una mujer con hipertensión arterial esencial previa, se diagnostica si la presión sistólica se ha incrementado en 30 mm/Hg o la diastólica en 15 mm/Hg (29).
 - Preeclampsia sobreañadida (25% de las mujeres con hipertensión preexistente): Signos y síntomas de preeclampsia en mujeres con hipertensión preexistente. La preeclampsia sobreañadida (sobre hipertensión crónica) se caracteriza por: a) proteinuria de reciente aparición (mayor o igual a 0.3 g/24 hs.) en una mujer con



hipertensión -pero sin proteinuria- antes de la semana 20 de gestación, y b) el incremento súbito en la proteinuria o la presión sanguínea, o una cuenta plaquetaria de menos de 100 000/mm³, en una mujer con hipertensión y proteinuria antes de la semana 20 de gestación. Es decir, la aparición de signos y síntomas de preeclampsia en una mujer con hipertensión preexistente.

- Eclampsia: Convulsiones en cualquier mujer que tiene - o se presenta con hipertensión en el embarazo, por cualquier causa.
- Síndrome hellp: (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, plaquetas bajas) puede ser la consecuencia de la preeclampsia severa, aunque algunos autores consideran que tiene otra etiología. El síndrome se asocia particularmente con alta tasa en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y puede presentarse sin hipertensión o, en algunos casos, sin proteinuria.

Kit de Clave Azul:

- Cloruro de Sodio 9% 1000cc (2 frascos)
- Equipo de Venoclisis (2 unidades)
- Abocatt número 18 (2 unidades)
- Sulfato de Magnesio de 2 gr (8 ampollas)
- Diazepan 10 mg (4 ampollas)
- Nifedipino 10 mg (3 tabletas)
- Jeringa 10 cc (4 unidades)
- Bombilla de Aspiración (1 unidad)
- Tubo de Mayo (1) o baja lengua forrado

- Sonda Foley número 14 (1 unidad)
- Bolsa Colectora de Orina (1 unidad)
- Guantes Descartable (4 unidades)



CLAVE AMARILLA ¹⁴

Definición: Todo caso de sepsis severa o shock séptico durante el embarazo, parto y puerperio, En todo caso de aborto con antecedentes con de maniobras abortivas y todos los casos de puérperas con infección generalizada.

Causas: Manipulación de la vía genitourinaria para procedimientos terapéuticos o maniobras abortivas, endometritis puerperal, pielonefritis, corioamnionitis, cesárea en



condiciones de riesgo, parto no institucional, Ruptura prematura de membranas prolongado, extracción manual de placenta, anemia y estado nutricional deficitario.

Manejo de la clave amarilla: Mantener en reposo absoluto, no administrar nada por vía oral, control de funciones vitales estricto, administrar oxígeno por cánula binasal a 4 litros por minuto, control de diuresis horaria con sonda Foley número 14 y bolsa colectora, colocar dos vías en ambos miembros superiores con abocatt número 18 (primer frasco cloruro de sodio 9% 1000cc a chorro luego a 45 gotas por minuto, segundo frasco cloruro de sodio 9% 1000cc mas antibioticoterapia “ceftriaxona 1gr + clindamicina 600mg + amikacina 500mg. Stat), Si la paciente es puérpera o gestante de menor de 20 semanas administrar oxitocina 30mg (3ampollas) en frasco de Cloruro de sodio 9% 1000cc pasar 400 cc a chorro luego 45 gotas por minuto, Metamizol 1gr intramuscular Stat, remifentanyl 50 mg endovenosos Stat, Se solicitará hemograma, hemoglobina, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, factor Rh , urea, creatinina, ácido úrico, proteínas totales y fraccionadas, hemocultivo, urocultivo y cultivo de secreciones, se comunicara al médico de turno y se realizará interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos.

Kit de la Clave Amarilla:

- Cloruro de sodio 9% 1000cc (2 frascos)
- Equipo de Venoclisis (2 unidades)
- Abocatt número 18 (2 unidades)
- Ampicilina 1gr (1 frasco)
- Cloranfenicol 1gr (1 frasco)
- Gentamicina 80mg (1 ampolla)



- Oxitocina 10 unidades internacionales UI (3 ampollas)
- Ranitidita 50mg (1 ampolla)
- Metamizol 1gr (2 ampollas)
- Furosemida 20mg (1 ampolla)
- Jeringa 10cc (2 unidades)
- Jeringa 5cc (4 unidades)
- Sonda Foley número 14 (1 unidad)
- Bolsa colectora (1 unidad)
- Aguja número 21 (2 unidades)
- Aguja número 23 (2 unidades)
- Volutrol (1 unidad)
- Ceftriaxona 1gr (1 frasco)
- Clindamicina 600mg (1 ampolla)



B.2 OTRAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

B2.1 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras, entre las 22 y 37 semanas de gestación, con pocas modificaciones del cuello uterino. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS); Parto pretérmino: Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Está asociado a discapacidades psicomotrices en el producto. Algunos factores de riesgo asociados son: edad materna menor de 20 años, edad materna mayor de 35 años, bajo peso materno, baja



estatura materna. Dentro de los principales desencadenantes podemos destacar: historial de infecciones genitourinarias, insuficiencia cervical, causas inmunológicas, defectos en la implantación de placenta, traumatismos, etc. No existe un tratamiento eficaz.¹⁵

B.3 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA¹⁵

La hemorragia obstétrica se divide en las que se presentan en la primera mitad del embarazo y en la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio.

B.3.1 HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO:

Aborto: según la OMS, es la terminación del embarazo a las 20 semanas de gestación o antes, o la expulsión de un producto de 500 gramos o menos. Pudiendo clasificarse en aborto precoz, el cual ocurre en el primer trimestre, y tardío cuando este ocurre en el segundo trimestre. Los principales factores de riesgo son: edad materna (menor a 19 años, mayor a 35), estrés, tabaquismo y alcoholismo. Las principales causas de aborto espontáneo son anomalías cromosómicas, dentro de éstas, las trisomías son las más frecuentes; anomalías genéticas, alteraciones del desarrollo del embrión o de la placenta, anomalías anatómicas o funcionales del útero, causas inmunológicas, endócrinas o infecciosas. Las formas clínicas de aborto son:¹⁵

- a. AMENAZA DE ABORTO:** presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina en un embarazo de 20 semanas de gestación o menos, sin que el cérvix sufra

¹⁵ Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Ministerio de Salud 2007.



modificaciones. El cual puede resolverse y continuar con la gestación o evolucionar a un aborto. No existe terapéutica efectiva para su manejo

- b. ABORTO EN EVOLUCIÓN:** el proceso de la expulsión del embrión del útero se ha iniciado, las contracciones uterinas provocan cambios cervicales y empujan el embrión al conducto cervical.
- c. ABORTO INMINENTE:** el huevo está completamente desprendido y se encuentra en el canal cervical.
- d. ABORTO INCOMPLETO:** se caracteriza por la expulsión de parte del contenido uterino, sin embargo aún se encuentran restos embrionarios y/u ovulares dentro del útero.
- e. ABORTO COMPLETO:** expulsión completa del huevo, sangrado escaso, la paciente no tiene dolor. Se corrobora por medio de ecografía.

B.3.2 HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO ¹⁵

- a. PLACENTA PREVIA:** Clínica; hemorragia indolora, inicio lento, intermitente, sangre roja, tono uterino normal; puede deberse a embarazo múltiple, cicatriz uterina, multiparidad, tabaco y edad avanzada; plan, cesárea.
- b. DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA:** Clínica; hemorragia escasa, inicio brusco, sangre oscura, hipertonia uterina, dolor; puede deberse a preeclampsia, polihidramnios, déficit de ácido fólico, alcohol, tabaco, multiparidad; plan, cesárea urgente.



- c. **RUPTURA UTERINA:** Clínica; hemorragia interna, dolor, inicio brusco, atonía uterina Bradicardia fetal Cicatriz uterina; Plan, laparotomía urgente.
- d. **ATONÍA UTERINA:** Causa más frecuente de hemorragia obstétrica, falta de contracción del útero posterior al alumbramiento. Entre los factores de riesgo se han asociado los siguientes: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad, corioamnionitis por ruptura prematura de membranas. A la exploración física se encuentra un útero globoso, blando, aumentado de tamaño y que no se contrae, por lo que inmediatamente deben realizarse masajes uterinos compresivos y uniformes a través del abdomen materno, posteriormente deben administrarse oxitócicos. Si el sangrado continúa, se realiza taponaje y en casos graves se llega a histerectomía.
- e. **PLACENTA ACRETA:** Adherencia anormal de la placenta al miometrio, sin penetrar en él. Diagnóstico: ecográfico. Se puede intentar un manejo conservador mediante el alumbramiento manual si existen pocas zonas de adherencia anormal con el riesgo de hemorragia posterior y perforación. El tratamiento definitivo es la histerectomía planificando la intervención para las semanas 35 o 36.
- f. **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** Se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. La ruptura de membranas pretérmino es la que sucede antes de la semana 37 de gestación. El pronóstico está relacionado inversamente con la edad gestacional. Entre los factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas se encuentran infecciones urinarias y de transmisión sexual, índice de masa corporal



bajo, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, nivel socioeconómico bajo, conización cervical previa, antecedente de cerclaje cervical, sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre. Sin embargo, en muchos de los casos puede ocurrir sin un factor de riesgo identificable.

16

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

MUERTE MATERNA: La muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.¹

SERVICIOS DE SALUD: Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.²

REFERENCIA: Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual un agente comunitario o el personal facultado de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.²

¹⁶ Carrasco, S. Medina JP, Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Otras anomalías de la implantación. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Editorial Médica Panamericana, 2003; p 572-9.



CONTRARREFERENCIA: Es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o a la comunidad.²

NIVEL DE ATENCIÓN: Conjunto de unidades productoras de servicios de salud con recursos humanos y tecnologías apropiadas para resolver con eficacia y eficiencia problemas específicos de salud de diferente magnitud y severidad. Se sustenta en la comprobación empírica que los problemas de salud de menor severidad o gravedad tienen mayor frecuencia relativa que los más severos y viceversa. Se reconocen típicamente tres niveles de atención de salud.²

DIAGNÓSTICO: El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de la salud de cualquier área para acercarse a la comprensión y posible tratamiento de las condiciones salubres de un individuo. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado.¹⁷

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL

Referencia y contrarreferencia

¹⁷Guía de la OMS para la aplicación de la CIE -10 a las muertes maternas ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM 2012 Ginebra Suiza. Disponible en:
file:///C:/Users/usuario/Downloads/CIE10MM.pdf



VARIABLE IMPLICANTE

Características sociodemográficas

Características reproductivas

Manejo de referencia desde el Establecimiento

Manejo de Referencia desde la comunidad

Pertinencia de la Contrarreferencia

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ÍNDICE	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO			
Características sociodemográficas y reproductivas de la población de estudio.	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales que están presentes en la población sujeto de estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales que están presentes en la población sujeto de estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles que serán parte de nuestra investigación	Características sociodemográficas	Edad	Años cumplidos	Adolescente Adulto Añosa	Intervalo	Hoja de recolección de datos			
				Grado de instrucción	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal				
				Estado civil	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Viuda	Ordinal				
				Procedencia	Lugar de procedencia	Rural Urbana	Nominal				
				Asegurada	SIS No asegurada	Asegurada No asegurada	Nominal				
			Características reproductivas				Nº de embarazos	Número	Primigesta Multigesta Gran multigesta	Intervalo	Hoja de recolección de datos
							Nº de hijos vivos y/o muertos	Nº de hijos	Número	Ordinal	
							Abortos	Número	Nº abortos	Ordinal	
							Partos a termino	Partos después de las 37 semanas	Partos a término	Ordinal	
							Lugar de atención de partos	Número de partos domiciliarios y/o institucionales	Lugar de atención de partos	Nominal	
							Métodos	Uso de método	Uso	Nominal	



				anticonceptivos		No uso		
					Tipo de anticonceptivo	DIU Hormonal Barrera Quirúrgico Natural	Nominal	



VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE	INDICE	EXPRESION FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Manejo de la referencia	Acto y consecuencia de señalar o referirse hacia algo o alguien.	Es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.	Administrativo	Administrativo	Red de salud	Si	EE.SS por nivel	Nominal	Hoja de recolección de datos
					Microred	No			
				Prestacional	Hospitales	Si			
					Centros de salud	No			
					Puestos de salud				
				Usuario	Nivel comunal	Identificación de cualquier problema de salud que requiera atención en el EE.SS			
			No				Problema no identificado		
			Promotor de salud			Llena la hoja de referencia comunal		Si	
						No			
			Paciente		Identificación de cualquier problema de salud	Si	Problema de salud que requiere o no referencia		
						No			
			Nivel del establecimiento de salud		Unidad productora de servicios	Diagnostico	Tipo de diagnostico	Nominal	
						Tratamiento y/o	Si	Nominal	
					Compañía	Si	Con /sin compañía	Nominal	
		No							
		Medios de transportes	Si	Uso de medios de transporte	Nominal				
		No							



					Emergencia Consultorio externo Apoyo diagnostico	procedimientos			
						Recurso de soporte	Laboratorio Radiografías Ecografías Otros	Nominal	
						Fecha de la referencia	Día/Mes/Año		
						Responsable del mecanismo de atención	Medico Obstetra Enfermera Técnico Otros		
						Coordinación del Medio de transporte e Informes	Medico Obstetra Enfermera Técnico Otros		
						Consultorio externo Apoyo diagnostico			
					Criterios para la selección de referencia	EE.SS con capacidad resolutive Accesibilidad	Con/ sin capacidad resolutive	Nominal	
					Capacidad resolutive	Solución del problema	Si No	Nominal	



					Accesibilidad	Geográfica (distancia) Económica Organización al Cultural	Tiempo del domicilio al C.S Capacidad de pago Horario del C.S (6-12 hrs. O 12-24 hrs.) Aceptación del servicio por parte del usuario	Nominal
						Hora de llegada Hora de atención Duración de los procedimientos		
					Atención oportuna	Horas	Menos de 2 hrs. De 2 a 6 hrs. Más de 6 hrs.	
					Referencia injustificada	Centro de salud cuenta con capacidad resolutiva	Cuenta o no cuenta con capacidad resolutiva	Nominal



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	ÍNDICE	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO	
Manejo de la contrarreferencia	Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.	Procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud	Administrativo	Establecimiento destino de la referencia	Contrarreferencia de la emergencia	Hospitalización Manejo ambulatorio	Si Cuenta con capacidad resolutive	Nominal	Hoja de recolección de datos	
					Contrarreferencia de la Consulta externa	Llenado de formato Indicaciones y cuidados				
					Contrarreferencia de los resultados e informes de exámenes de diagnostico	Envío de formato de contrarreferencia				No Cuenta con capacidad resolutive
				Establecimiento origen de la referencia	Unidad de seguros	Con seguimiento	Con seguimiento			Nominal
						Sin seguimiento	Sin seguimiento			Nominal
					Usuario	Condiciones del usuario	Condición del paciente			Curado
			Mejorado	Con / Sin tratamiento						
			Atendido por apoyo diagnostico	Con / Sin informe						
			Personal que atendió	Medico Obstetra Enfermera Técnico Otros			Nominal			



					Retiro voluntario	Si No	Si No	Nominal	
					Deserción	Abandona No abandona	Abandona No abandona	Nominal	
					Fallecimiento	Extra institucional Intra institucional	Si No	Nominal	
				Contrarreferencia injustificada	Cuenta/no cuenta con capacidad resolutive	Si No	Cuenta o no cuenta con capacidad resolutive	Nominal	
				Control de referencia y contrarreferencia	Supervisión	Si No		Nominal	
					Monitoreo	Si No		Nominal	
					Evaluación	Si No		Nominal	
				Participación de otras direcciones o instituciones	Otra Micro red Otra Institución	Si No		Nominal	



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

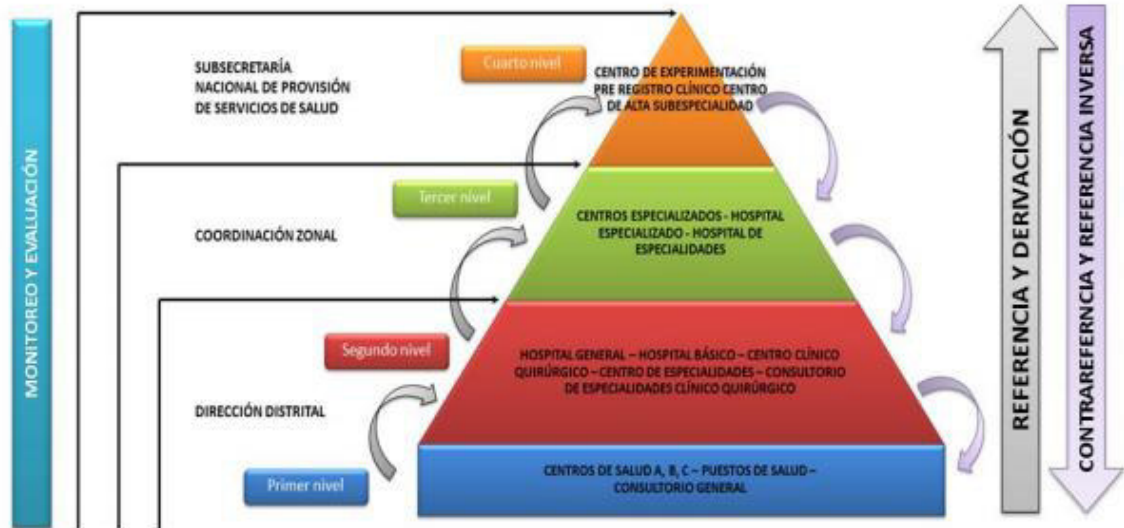
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación descriptiva por que permiten conocer como están las variables de estudio y como se encuentran en la realidad, cuantitativa, retrospectiva de datos por que se basa en la información anteriormente realizada.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación es de diseño no experimental puesto que no se manipulo deliberadamente las variables, además es de corte transversal, ya que las variables se miden en una sola oportunidad y en un solo momento.

Observacional de acuerdo al flujo de Referencia y Contrarreferencia:



3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Pacientes referidas del Centro de Salud San Jerónimo, perteneciente a la Red de Salud Cusco Sur de la Dirección Regional de Salud Cusco durante el año 2014.

MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

Pacientes obstétricas que fueron referidas del Centro de Salud de San Jerónimo, durante el año 2014, siendo un total de 45.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de San Jerónimo, durante el año 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes no obstétricas referidas del Centro de Salud de San Jerónimo, durante el año 2014.



3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas de observación directa del fenómeno que será recolectado a través de una ficha de recolección de datos. El instrumento será una ficha de recolección de datos.

- Ficha de recolección de datos
- Formularios de Referencia
- Formulario de Contrarreferencia
- Historia Clínica
- Cuaderno de registros

3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Previa capacitación y con los permisos de norma se procedió a recolectar los datos mediante la ficha de recolección de datos y la revisión de registros, historias clínicas, hojas de Referencias Institucional.

3.7 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para la variable Manejo de la Referencia y sus dimensiones cuantitativas como edad, número de hijos, etc. fueron manejadas y presentadas con estadística simple realizadas en el programa de Excel, las variables cualitativas como sexo, estado civil fueron presentadas con porcentajes simples.



CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados se presentaran en:

I- Características sociodemográficas y reproductivas

II.- Manejo de Referencia de pacientes obstétricas desde el nivel del Establecimiento de Salud

III.- Manejo de Referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad

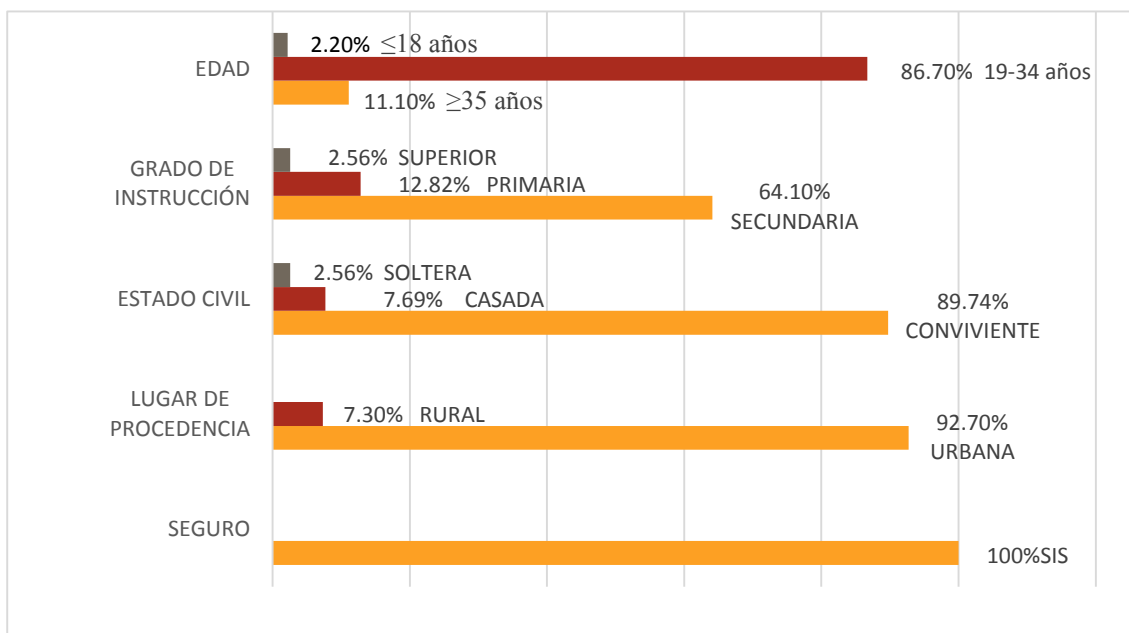
IV.- Pertinencia del informe de la Contrarreferencia de las pacientes obstétricas referida

4.1 Resultado e Interpretación

I: DATOS GENERALES

GRÁFICO N° 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO CUSCO 2014.



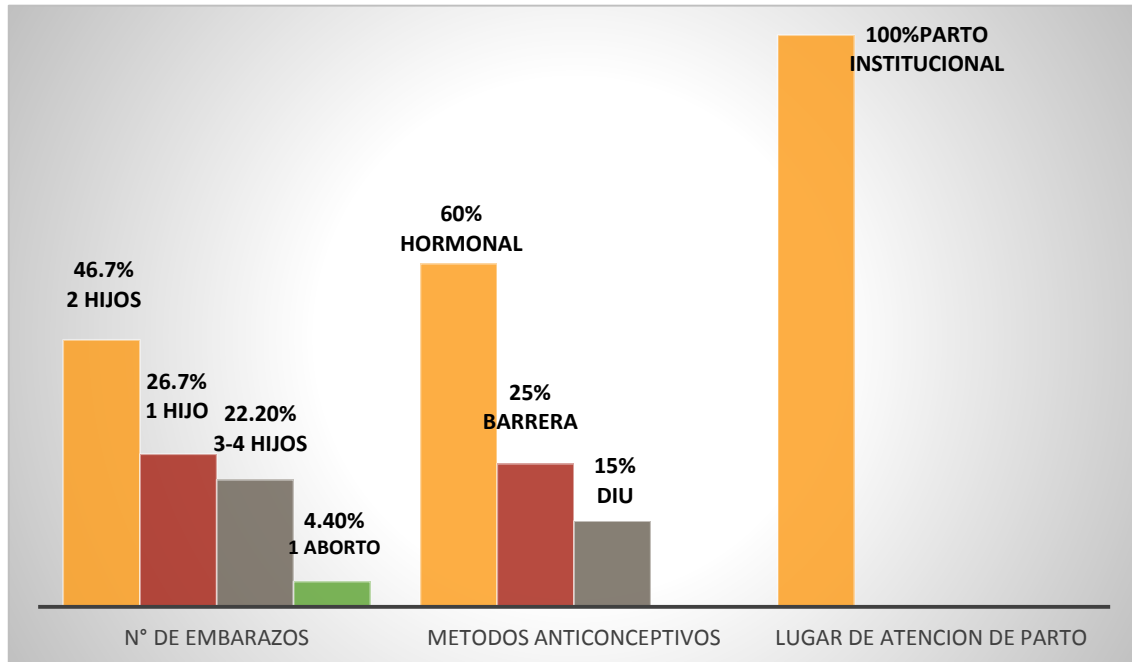
FUENTE: Ficha de recolección de datos de las historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: Las características sociodemográficas de las pacientes que han sido referidas con mayor frecuencia nos muestra aquellas que están entre (14-40 años), el 86.7% se encuentran entre las edades de 19-34 años, ya que en este rango de edades existe un bajo riesgo de un embarazo complicado, como grado de instrucción se da con mayor frecuencia aquellas que tienen secundaria completa con 64.10%, lo cual indica que cuenta con conocimientos básicos, el estado civil de las pacientes que predominan



son las convivientes con 89.74%, como lugar de procedencia son las que vienen de zona urbana 92.7% y que el 100% de las pacientes referidas cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS).

GRÁFICO N° 2

CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS
DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

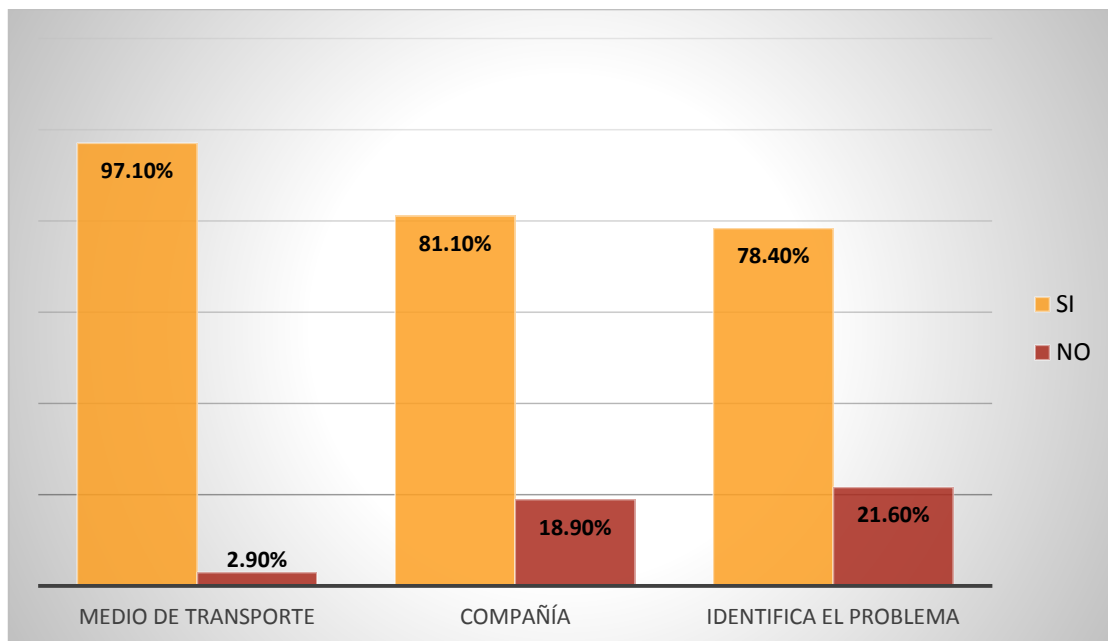
Interpretación: Como se aprecia en el gráfico, dentro de las características reproductivas en paridad predominan aquellas segundigestas (2 hijos) con un 46.7%, 22.20% pacientes que tuvieron (3-4 hijos), para lo cual se debió realizar consejería en planificación familiar y explicar la existencia de un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo, 4.40% pacientes que tuvieron antecedentes de un aborto.

Pacientes con métodos anticonceptivo hormonal un 60%, 25% utilizó como método anticonceptivo los preservativos,

En el lugar de atención de parto un 100% fueron institucionales (Centros de Salud u Hospitales).

II: MANEJO DE LA REFERENCIA**GRÁFICO N° 3**

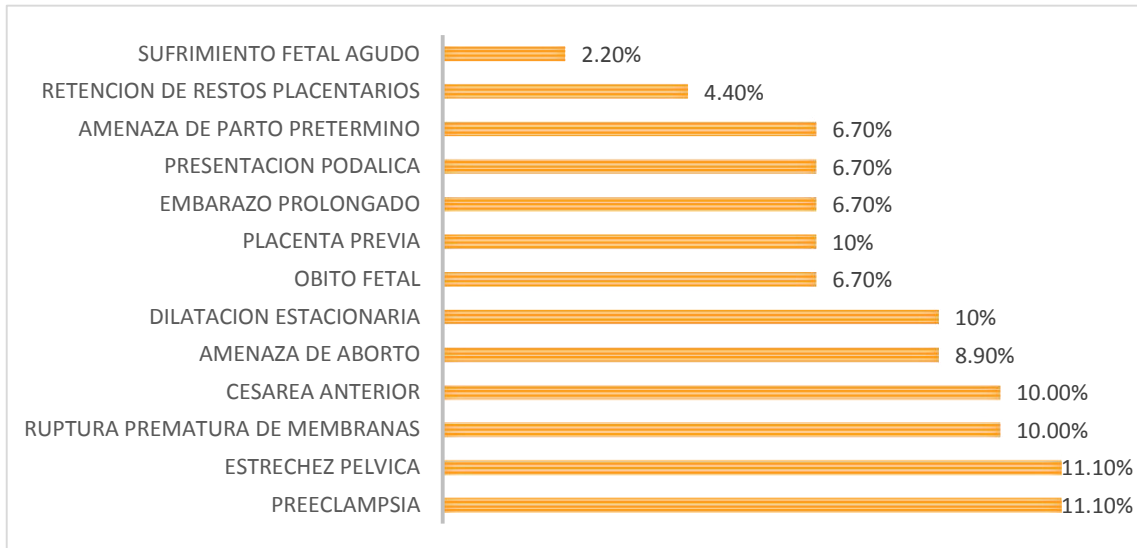
LAS PACIENTES IDENTIFICAN CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD, SI VA ACOMPAÑADA Y QUE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA SER REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO CUSCO 2014



FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: En cuanto a la identificación del problema, la participación de la paciente también es importante, se puede observar que el 78.4% identifica cualquier problema de salud (perdida de líquido, ausencia de movimientos fetales, sangrado vaginal etc.), siendo un 81.1% que van acompañadas de algún familiar (esposo, madre, hijos, etc.) con mayor frecuencia si utilizan algún medio de transporte para llegar al establecimiento de salud con un 97.1% (carro, moto, taxi, etc.), ya que la mayoría viene de zona urbana.

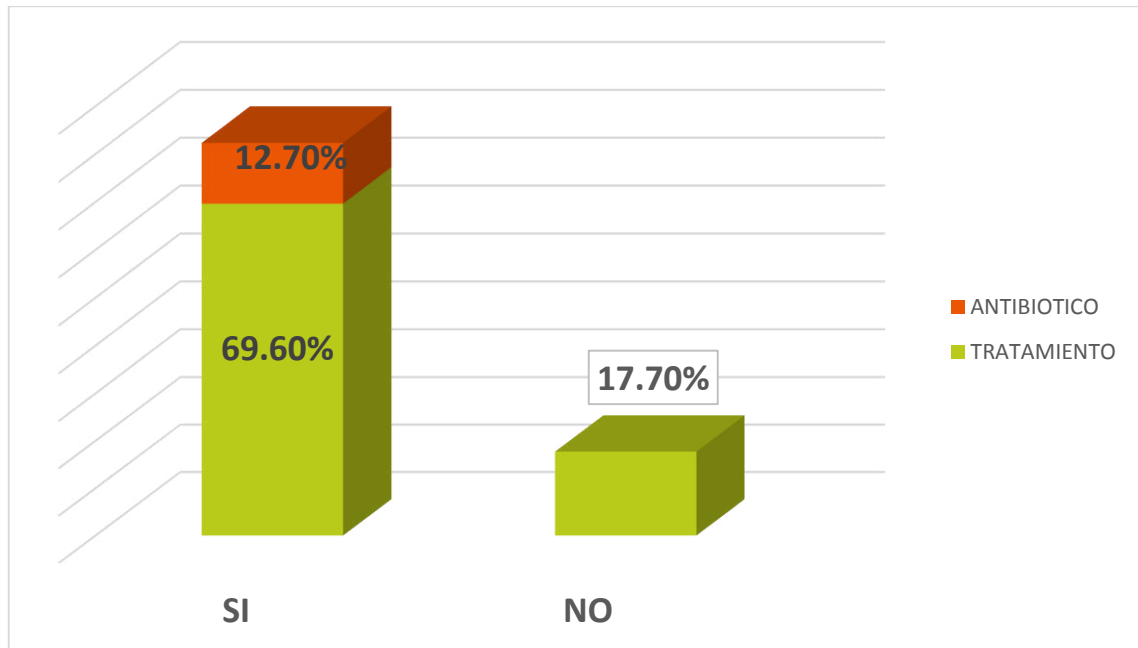
GRÁFICO N° 4

**TIPO DE DIAGNÓSTICO DE LAS PACIENTES REFERIDAS DEL CENTRO
DE SALUD SAN JERÓNIMO CUSCO 2014.**

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: El tipo de diagnóstico con el que las pacientes son referidas con mayor frecuencia se da en aquellas que presentan preeclampsia con 11.1%, lo que indica mejorar el control pre natal para el reconocimiento temprano de la enfermedad, el siguiente diagnóstico es estrechez pélvica con un 11.1%, para lo cual es de suma importancia hacer una evaluación minucioso de la anatomía pélvica de la gestante, para un adecuado diagnóstico.

GRÁFICO N° 5

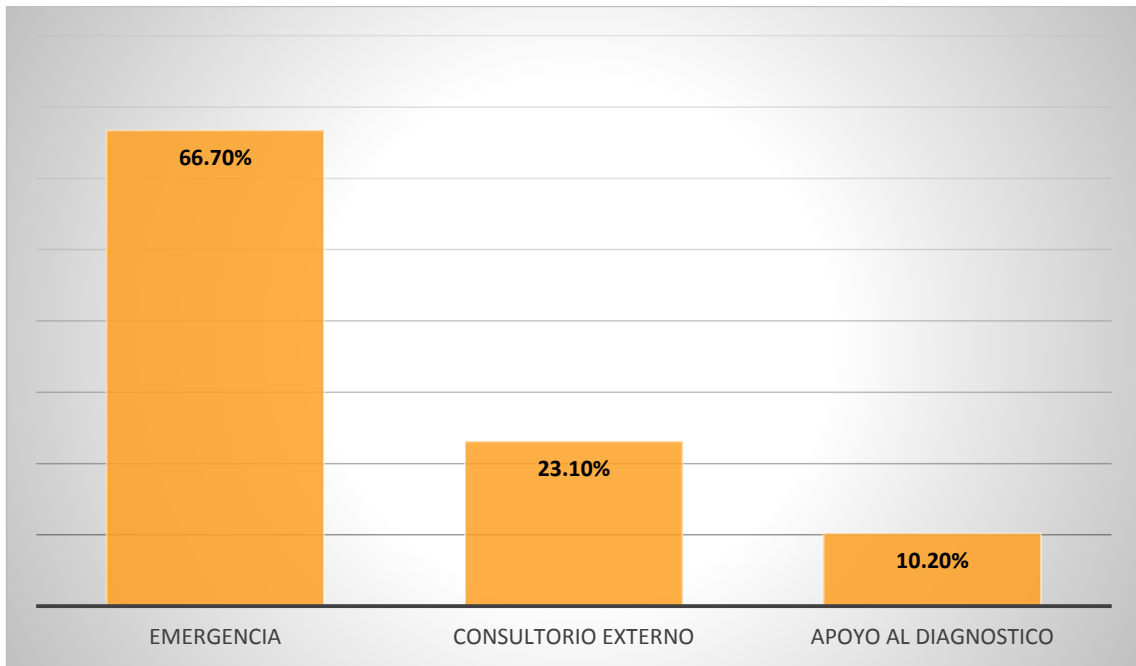
**SI RECIBEN O NO TRATAMIENTO LAS PACIENTES QUE SON REFERIDAS
DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO CUSCO 2014.**

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: Las pacientes que son referidas, van con un tratamiento en un 69.6% con cloruro de sodio como vía, en un 12.7% con mayor frecuencia se les administran medicamentos (antibióticos o antihipertensivo si es preeclampsia). El 17.70% son aquellas del cual no es necesario administrar algún tipo de medicamento y solo será necesario el control de funciones vitales.

GRÁFICO N° 6

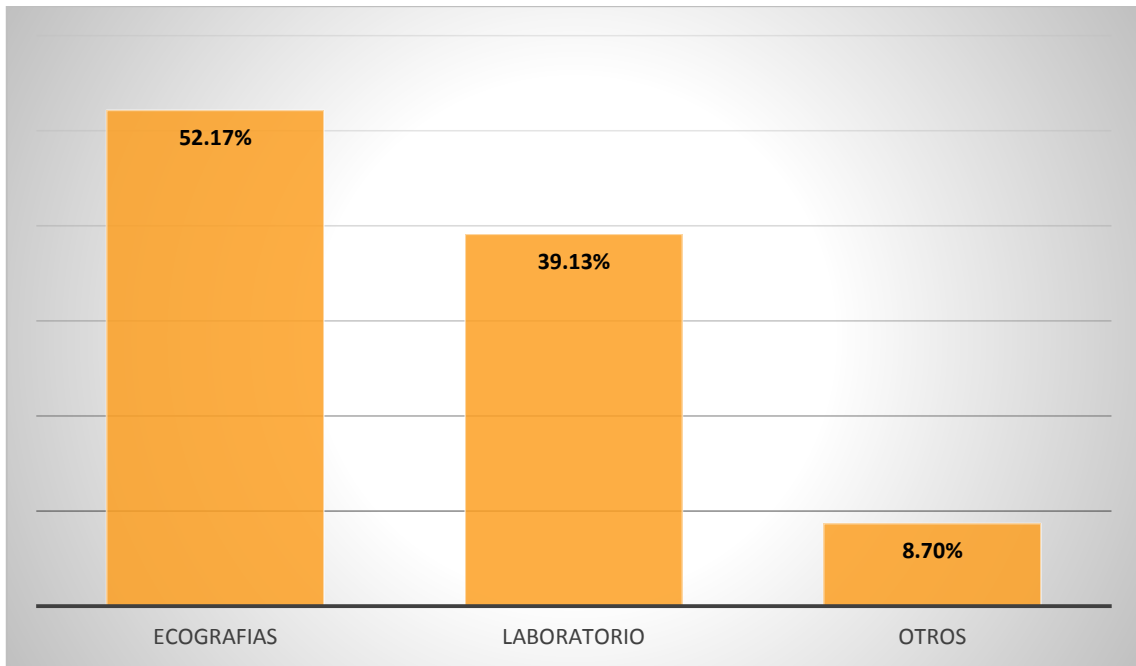
IDENTIFICAR MOTIVO DE LA REFERENCIA DE LAS PACIENTES SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.



FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: De las pacientes que son referidas con mayor frecuencia son las que van por emergencia con 66.7%, ya que el primer diagnóstico por que se refiere es la preeclampsia lo cual es motivo de referencia por emergencia debido a que puede haber alguna complicación comprometiendo la vida de la gestante como la del feto, seguido por aquellas que son enviadas por consultorio externo con un 23.10%, apoyo al diagnóstico también es otro motivo de referencia que se encuentra en menor porcentaje con 10.20%.

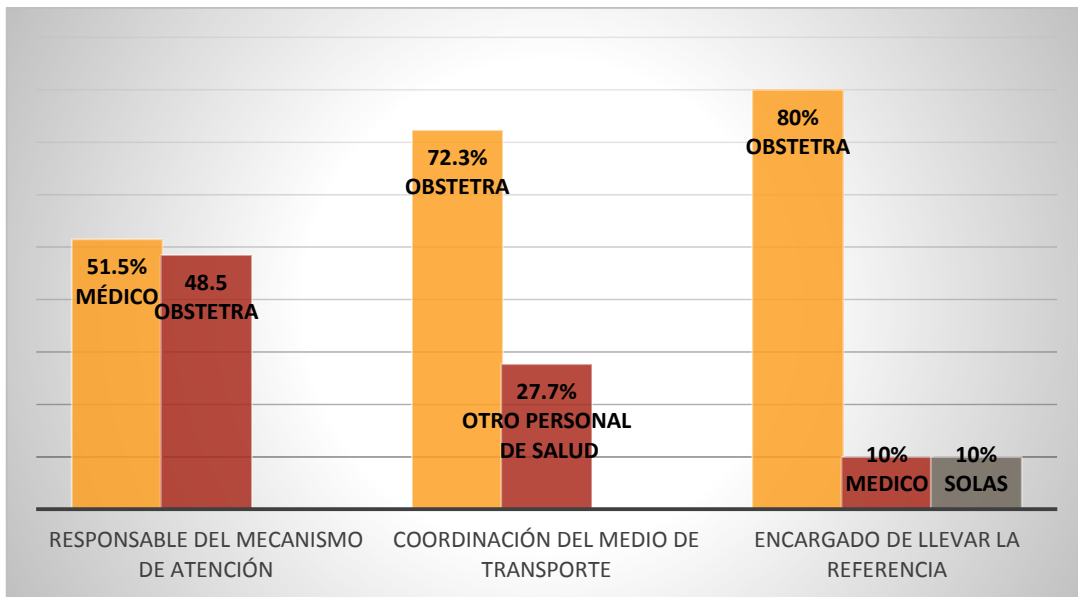
GRÁFICO N° 7

**RECURSOS DE SOPORTE PARA LAS REFERENCIAS DE LAS PACIENTES
SON REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014.**

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: Se observa que las pacientes, que son referidas cuentan con recursos de soporte para un mejor diagnóstico, con mayor frecuencia la mayoría tiene un 52.17% de ecografías, ya que son estas las más utilizadas por el personal de salud que atiende para que la paciente pueda ser atendida en otro Establecimiento de Salud que tenga mayor capacidad resolutive, seguida de exámenes de laboratorio con un 39.13% y otros un 8.70%.

GRÁFICO N° 8

RESPONSABLES DEL MECANISMO DE ATENCIÓN, COORDINACIÓN DE MEDIO DE TRANSPORTE Y ENCARGADO DE LAS REFERENCIAS DE LAS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO CUSCO 2014.

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

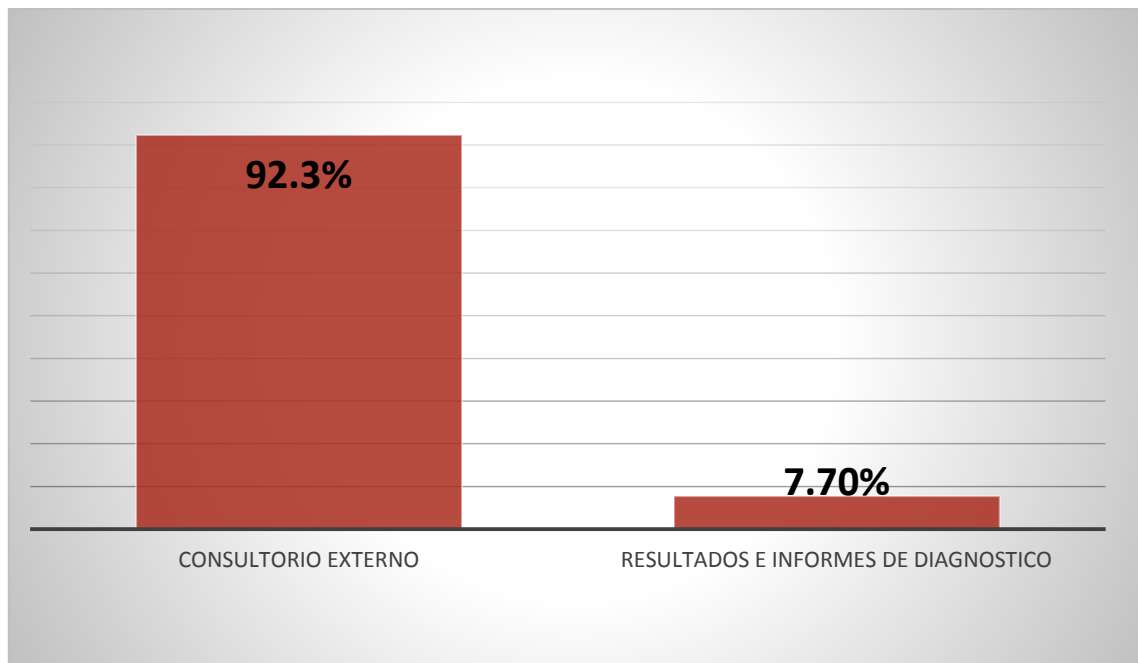
Interpretación: Cuando las pacientes son referidas, quien con mayor frecuencia se ocupa del mecanismo de atención es el Médico con un 51.5% y van de la mano con la obstetra ya que el primer diagnóstico de referencia es preeclampsia donde trabajaran conjuntamente siendo en algunos casos supervisado por el médico, por si existe alguna complicación, En cuanto a la coordinación del transporte la encargada es la Obstetra con un 72.3%, seguido por otro personal de salud con un 27.7%, el encargado (a) de llevar la referencia es la Obstetra en un 80% ya que es una de sus funciones, un 10% acude al establecimiento de salud por su cuenta ya que a veces no hay una buena atención o prefieren que su parto sea en un hospital.

III: MANEJO DE LA CONTRARREFERENCIA

III.I ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA

GRÁFICO N° 9

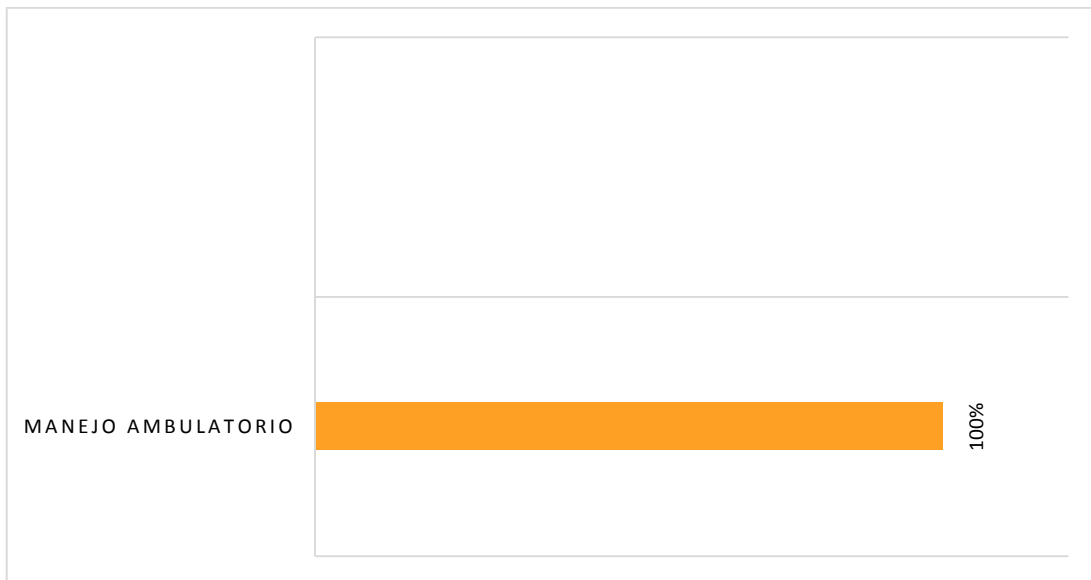
IDENTIFICAR EL MOTIVO DE CONTRARREFERENCIA DE LA PACIENTE AL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014



FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: Como motivo de la contrarreferencia en un 92.3% son aquellas pacientes contrarreferidas a consultorio externo, lo que significa haber solucionado el problema de salud motivo de la referencia gracias a una buena capacidad resolutive, seguido por aquellas que son enviadas con resultado e informes de diagnóstico con un 7.7%.

GRÁFICO N° 10

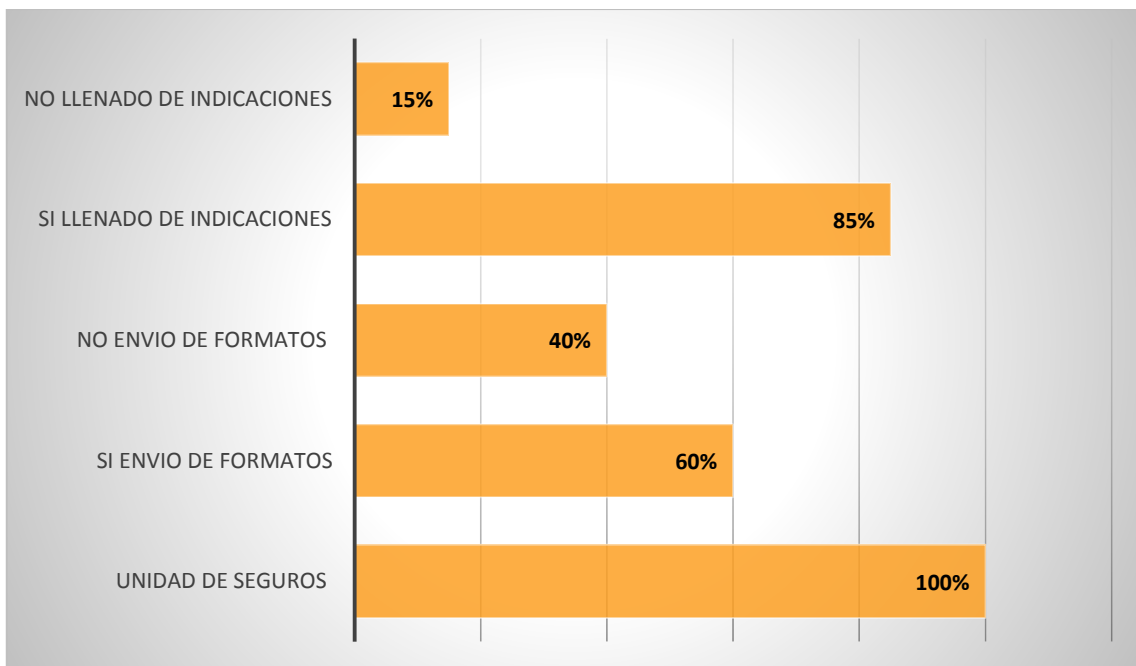
**SI SE REALIZA HOSPITALIZACIÓN O MANEJO AMBULATORIO DE LA
PACIENTE CONTRARREFERIDA, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO
2014**

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: La paciente que es contrarreferida al establecimiento origen de la referencia es enviada con mayor frecuencia por consultorio externo por lo cual tienen un manejo ambulatorio con un 100% ya sea para control o continuar con algún tratamiento.

GRÁFICO N° 11

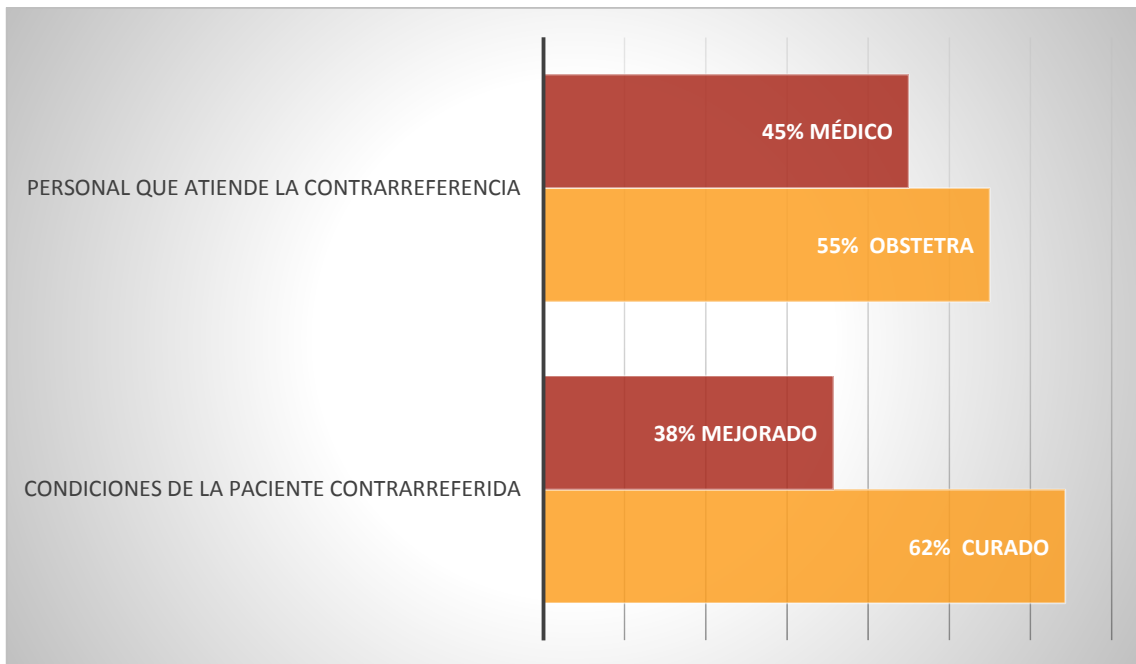
SI SE REALIZA O NO EL ENVÍO O LLENADO DE FORMATOS CON LAS INDICACIONES, CUIDADOS DEL ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA Y SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD DE SEGUROS DEL ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014



FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: En cuanto a la devolución de formatos de Contrarreferencia al establecimiento se da en un 60%, mientras que el 40% de estos formatos no llegan por falta de información del personal del hospital de referencia, seguido del 85% de formatos que llegan con indicaciones de cuidado y tratamiento y el 15% lo que se evidencia en las historias clínicas.

GRÁFICO N°12

CONDICIÓN DE LA PACIENTE CONTRARREFERIDA Y PERSONAL QUE ATIENDE LA CONTRARREFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO 2014

FUENTE: Ficha de recolección de datos de la historia clínica del Centro de Salud de San Jerónimo 2014

Interpretación: Las pacientes que son contrarreferidas al establecimiento de origen de la referencia son aquellas atendidas por el personal de obstetricia en un 55% por ser pacientes de manejo obstétrico, seguidamente un 45% son atendidas por un médico y la condición de mejorado un 38% y curado 62%, lo que significa que se solucionó el problema de salud motivo de la Referencia.



DISCUSIÓN.

En el Centro de Salud de San Jerónimo se presentaron 45 referencias y 28 Contrarreferencias en el año 2014, considerado como uno de los grandes problemas en la Salud Materna Perinatal. El sistema de Referencias y Contrarreferencias es uno de los ítems principales que tienen muchas deficiencias en todo su flujo y que puede ser el principal motivo de las muertes Materno-Perinatal y también se considera las demoras (primera demora en reconocer el problema, segunda demora en decidir sobre la búsqueda de atención, tercera demora en llegar al servicio de salud y cuarta demora en recibir tratamiento adecuado y oportuno). En esta investigación se tiene en cuenta a Lovadez F, Schab N, Straatman H. “Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. Año 2000”. Su reforma de salud presta atención a las políticas de desarrollo para reducir la muerte materna y busca estrategias 1) garantizar que las mujeres tengan acceso a la atención institucional en el embarazo y parto, 2) reorganización de los servicios para la salud.

Las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes que han sido referidas con mayor frecuencia, nos muestran aquellas que están entre los (14-40años), la edad promedio es de 24 años, la edad máxima de las pacientes es de 40 años y la edad mínima es de 14 años, respecto al grado de instrucción el 64.1% tiene nivel secundario, el estado civil de las pacientes que predomina son las convivientes con 89.74%, como lugar de procedencia son las que vienen de zona urbana con 92.7% ,el 100% de las pacientes referidas cuentan con el seguro integral de salud, el 46.7% de las pacientes tuvo un embarazo como antecedente, 26.7% refirió no tener ningún aborto y el 73.4% tuvo de 1 a 2 hijos a términos.

El 100% tuvo partos institucionales, el 60% usa métodos hormonales.



Respecto al manejo de la Referencia desde el nivel del establecimiento de salud, el 78.4% identifico algún problema de salud, 81.1% acudió con acompañante, el 97.1% utilizo un medio para su movilización, los diagnósticos por los cuales se refiere es en un 11.1% por estrechez pélvica, el 11.1% preeclampsia, 10% cesárea previa con periodo intergenésico corto, datos similares fueron encontrados Mayca J; Palacios Fleres E; Medina A; Velásquez J; Castañeda D. Revista Perú Med. Exp. Salud Publica 2009 “Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación de los servicios materno perinatal en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco”. Las complicaciones del embarazo son la primera causa materna, tener en cuenta el deficiente sistema de Referencias y Contrarreferencias.

Las pacientes que son referidas con mayor frecuencia se les administra medicamentos (antibiótico, etc.) con un 12.7% y un 17.7 % que solo será necesario control de funciones vitales.

Identificar el motivo de la referencia de las pacientes que son referidas con mayor frecuencia son las que se van por emergencia con 66.7%, seguido por aquellas que son enviadas por consultorio externo en un 23.1%. LOVADEZ F, SCHAB N; STRAATMAN H. “Redes públicas descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia, Año 2000”. La población de estudio fue alta con una población en la cual se tuvo como referencia los hospitales II y centro de salud.

El recurso de soporte más utilizado en las Referencias de las pacientes que son referidas con mayor frecuencia es de ecografías con un 52,17%, seguido por laboratorio con un 39.13% y 8.7% ayudaran a un mejor diagnóstico. Cuando la paciente es referida quien con mayor frecuencia se ocupa del mecanismo de atención es el Médico con un 51.5%,



y coordinación y transporte la obstetra con 72.3%. Mazza M; Vallejo C; González M. Mortalidad materna: “análisis de las tres demoras” (2012) Venezuela. Los principales motivos de referencia fueron no contar con atención obstétrica (33.3%).

Para los criterios de selección de la Referencia si se cumple un 100%, porque el establecimiento cuenta con capacidad resolutive y se soluciona el problema. En cambio según Mayca J; Palacios Fleres E; Medina A; Velásquez J; Castañeda D. Revista Perú Med. Exp. Salud Publica 2009 “Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación de los servicios materno perinatal en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco”. La baja capacidad resolutive.

El establecimiento de Salud como es de nivel I-4 su atención es las 24 horas del día, la atención oportuna es que la paciente si recibe una atención de calidad y oportuna porque es enviado al establecimiento destino de la referencia en menos de dos horas. Por otro lado Mazza M; Vallejo C; González M. Mortalidad materna: “análisis de las tres demoras” (2012) Venezuela, la demora uno (80%) requirió una referencia y demoraron menos de seis horas en llegar al centro donde ocurrió la defunción (36,7%).

El centro de salud a un 100% cuenta con capacidad de pago porque los cobros que se hacen en emergencia cubre algunos gastos de pacientes con muy escasos recursos y hay un 100% de la población que hay una aceptación de servicio que se les brinda. Como manejo de la contrarreferencia con mayor frecuencia en 92.3% en aquellas que fueron enviadas del destino de la referencia a emergencia, y estas fueron contrarreferidas al consultorio externo por aquellas que son enviadas con resultados e informe de diagnóstico con 7.7%. La paciente que es contrarreferida al establecimiento destino de



la referencia es enviada con mayor frecuencia a consultorio externo por lo tanto es de manejo ambulatorio con un 100%.

El llenado de cuidado e indicaciones 85%, envió de formatos 60% y el seguimiento de la unidad de seguros se dieron en el 2014 con un 100%. Torres M. “Sistema de Referencias y Contrarreferencias Unidad Ejecutora de Salud el Carmen” 2011- Huancayo. La comunicación no funciona adecuadamente entre la Referencia y la Contrarreferencia y algunos problemas administrativos pueden solucionarse con sensibilización y capacitación permanente en el tema.

En las condiciones del usuario teniendo en cuenta el número de Contrarreferencia en el año 2014 que son 28 se tienen en apoyo al diagnóstico, la condición de mejorado 38% y curado un 62%

Las pacientes que son contrarreferidas al establecimiento origen de la referencia son atendidas por Obstetras en un 55%, el control de la Referencia y Contrarreferencia se da mediante la supervisión, monitoreo teniendo en cuenta (la organización, el flujo de Referencias y Contrarreferencias, conocimiento de información y registro en el año 2014. En Torres M. “Sistema de Referencias y Contrarreferencias Unidad Ejecutora de Salud el Carmen” 2011- Huancayo. El personal asistencial dice que las referencias no son oportunas y que el Sistema de Referencias y Contrarreferencias no tiene mucho apoyo de las autoridades en lo que se refiere a incrementación.

Nos mostró que en el año 2014 las referencias solamente tienen su contrarreferencia en un 62.2%. En Mayca J; Palacios Fleres E; Medina A; Velásquez J; Castañeda D. Revista Perú Med. Exp. Salud Publica 2009 “Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación de los servicios materno perinatal en zonas rurales



andinas y amazónicas en la región de Huánuco”. Las complicaciones del embarazo son la primera causa materna tener en cuenta el deficiente Sistema de Referencia y Contrarreferencia, el inadecuado trato e información del usuario, el limitado uso de manuales, protocolos y el control de calidad de las redes hacia las micro redes, se reflejan numerosos problemas de calidad de atención.



CONCLUSIONES.

Realizado el análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

PRIMERO: Respecto a las características sociodemográficas y reproductivas de las pacientes obstétricas referidas del Centro de Salud de San Jerónimo de las 45 pacientes que han sido referidas con mayor frecuencia, nos muestra aquellas que están entre (14-40 años), donde la edad promedio es de 24 años, la edad máxima de las pacientes es de 45 años y la edad mínima es de 14 años. Respecto al grado de instrucción se observó que la mayoría de pacientes estudió solo nivel secundario donde intervinieron los factores demográficos y familiares, Respecto al estado civil se vio que la mayoría de pacientes son convivientes y de procedencia urbana, en el Centro de Salud de Estudio las pacientes cuenta con Seguro Integral de Salud en su totalidad, Al sacar los datos de la historia clínica perinatal observamos pacientes con un embarazo como antecedente, la minoría tuvo como antecedente de un aborto y una regular cantidad de pacientes refirió tener su primer hijo antes de volver a quedar embarazada. Respecto al lugar donde fue atendido su parto, las pacientes en general tuvieron parto institucional. Respecto al uso de métodos anticonceptivos la mayoría de pacientes optó por el uso del método hormonal entre inyectables y orales. Datos similares fueron encontrados por Collado en su estudio, donde las características sociodemográficas demostró que la edad promedio fue de 24 años, la más joven tenía 15 años y la mujer con más edad tenía 43 años, una pequeña cantidad se dedicaba a su hogar, se pudo identificar que la mayoría no había utilizado métodos anticonceptivos, estas mujeres han tenido dos hijos en promedio y el intervalo de tiempo entre cada uno de ellos fue de cuatro años.



SEGUNDO: En el manejo de las referencia desde el nivel del establecimiento de salud, se observó que las usuarias atendidas en su totalidad pertenecen a la Micro Red San Jerónimo, Respecto a la participación de las pacientes en identificar el problema hubo una gran cantidad de pacientes que identifico algún problema de salud. La mayoría de las pacientes acudió con un acompañante y utilizó un medio de transporte para su movilización hacia el Centro de Salud de San Jerónimo. Los diagnósticos motivo de la referencia que predominaron en nuestro estudio fueron la preeclampsia y desproporción céfalo pélvico. En cuanto a la unidad productora de servicio destino de la referencia la gran mayoría fueron referidas al servicio de emergencia Gineco obstetricia y de estas la gran parte fueron referidas con cloruro de sodio 9/1000cc, seguida de pacientes que fueron referidas con tratamiento como antibióticos o antihipertensivos de acuerdo al diagnóstico, se vio que las referencias en su totalidad fueron oportunas. Datos similares fueron encontrados en el antecedente internacional de Mazza M. y sus colaboradores donde Predominaron las muertes de causa obstétrica directa representada por los trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias y sepsis.

TERCERO: En lo que respecta al manejo de referencia de pacientes obstétricas desde el nivel de la comunidad, en el Centro de Salud de San Jerónimo no existen organizaciones capacitadas en acciones preventivas y de promoción de salud, comités comunales y agentes comunitarios de salud, por lo tanto no existe Manejo de Referencias de pacientes desde este nivel, existe comités comunales en general donde uno de los integrantes es un promotor de salud, pero no tiene trabajo coordinado con el establecimiento y no cuenta con hojas de referencia comunales, no existiendo ningún antecedente de referencia de pacientes obstétricas.



CUARTO: Respecto a las Contrarreferencias se observó que todas fueron contrarreferencias justificadas. Durante la recolección de datos se encontró las Contrarreferencias de 28 pacientes. Las pacientes que son contrarreferidas al establecimiento de origen de la Referencia son enviadas con mayor frecuencia a consultorio externo por lo cual el manejo es ambulatorio en su totalidad.

**RECOMENDACIONES.**

En el Manejo de las Referencias y Contrarreferencias de las pacientes Obstétricas, al ser un Sistema que se integró al Modelo Integral de Salud (MAIS) como un aporte para que mejore todo el sistema en el Centro de Salud de San Jerónimo y con los resultados obtenidos en el estudio es que sugerimos algunas medidas que se pueden agregar o mejorar dentro del manejo como:

PRIMERO: Se sugiere tener en cuenta las características sociodemográficas y reproductivas de la presente investigación para evaluar los factores de riesgo asociados a pacientes obstétricas referidas, enfocarnos más en una adecuada atención pre-natal así como los signos de alarma en el embarazo, puerperio; conformar comités de gestión a nivel de micro redes, debidamente formalizados para que aborden temas exclusivos del Manejo de Referencias y Contrarreferencias.

SEGUNDO: Se sugiere capacitación a todo el personal de salud ya sea administrativo, asistencial y pacientes para un trabajo en grupo, respecto a la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia, todos deben de contar con pleno conocimiento de cómo funciona, así contar con las herramientas necesarias para el manejo adecuado de las pacientes obstétricas que acudan.



TERCERO: Respecto a las referencias comunales, se sugiere investigar las razones por las cuales pese a estar normado, no están activas, de manera tal que este sea una oportunidad y llegue a ser una fortaleza para mejorar la salud materna

CUARTO: Se sugiere implementar mecanismos de control, seguimiento y supervisión, tales como el uso de sistemas computacionales que no permitan salir de la aplicación hasta completar el registro de la paciente, con su respectiva contrarreferencia, así mismo se debe de fomentar que el paciente acuda a su establecimiento de origen una vez que haya sido contrarreferido.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud.
2. Ministerio de Salud, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud N° 018 del 2004 RM N°751- 2004.
3. Lovadez, F.; Schab, N.; Straatman, H. Redes públicas, Descentralizadas y Comunitarias de Salud en Bolivia 2000
4. Mazza M; Vallejo C; González M. Mortalidad Materna: Análisis de las Tres Demoras (2012) Venezuela
5. Collado, SP; Sánchez A. ¿Referencia y contrarreferencia o Multi - Rechazo Hospitalario? en México, Año 2012.
6. Mayca, J.; Palacios E.; Medina, A.; Velásquez, J.; Castañeda, D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los Servicios Maternos Perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la Región de Huánuco 2009
7. Torres, M. Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la unidad ejecutora de Salud El Carmen” Huancayo. servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas en la región de Huánuco 2011
8. Dirección Regional de Salud Cusco. Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud del Sistema de Referencia y Contrarreferencia” Cusco 2010
9. Sistema Nacional de Referencias y Contrarreferencias 2013Lima. MINSA
http://issuu.com/gabo_Castro/Docs/c_03_Referencias_y_Contrarreferencia



10. Sistema de Referencia y Contrarreferencia Dra. Ángela Cavero Romaña
Medicina Integran y Gestión en Salud citado el 20 de julio del 2015 disponible
en: http://issuu.com/gabo_castro/docs/src-cenarue
11. Norma Técnica N° 022 – MINSA/DGSP – V.02 Norma Técnica de salud para la
gestión de la Historia Clínica
12. Manual de Procesos y Procedimientos. Dpto. de Pediatría. Hospital. María
Auxiliadora MINSA Perú 2012, <http://www.minsa.gob.pe/hama/Informacion>
13. Faundez, A. Publicaciones médicas 2010. Disponible en:
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/altoriesgo>.
14. Quiroga G, Robles R., Ruelas A., Gómez A. Bacteriuria asintomática en
mujeres embarazadas, una amenaza subestimada. Rev. Med. Inst. Mex Seguro
Social. 2011; 45 (2): 169-172.
15. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según
nivel de capacidad resolutive. Ministerio de Salud 2007.
16. Carrasco, S. Medina JP, Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente
inserta. Otras anomalías de la implantación. Tratado de Ginecología, Obstetricia
y Medicina de la Reproducción. Editorial Médica Panamericana, 2003; p 572-9.
17. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE -10 a las muertes maternas
ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM 2012 Ginebra Suiza.
Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/CIE10MM.pdf>



ANEXOS



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Manejo de las Referencias y Contra referencias de pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo Cusco año 2014

Consentimiento Informado: Esta investigación se hará guardando la ética profesional, solo con información necesaria para la investigación, esperando su colaboración.

FECHA: /...../.... / Nª DE HOJA DE REFERNCIA:.....Nª HISTORIA CLINICA:.....

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE REFERENCIA:

.....

MICRORED:..... RED: DISA:

DATOS GENERALES.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFIAS Y REPRODUCTIBAS DE LA POBLACION DE ESTUDIOS

I.I. CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS.

1.1. EDAD..... (Años Cumplidos)

1.2. GRADO DE INSTRUCCIÓN.

- Analfabeta. []
Primaria. []
Secundaria. []
Superior. []

1.7.ESTADO CIVIL.



- Soltera.
- Casada.
- Viuda.
- Conviviente.
- Divorciada.

1.4. LUGAR DE PROCEDENCIA.

Rural Urbano.

1.5. ASEGURADO

Seguro integral de salud.

II. CARACTERISTICAS REPRODUCTIVAS.

- Número de embarazos
- Número de hijos vivos
- Número de hijos muertos
- Número de abortos
- Partos a término

2.6. LUGAR DE ATENCIÓN DE PARTO.

Partos domiciliarios. Partos institucionales.

2.7. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Sí. No

2.7.1. Tipo de método anticonceptivo

- Natural
- De barrera Hormonal
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Quirúrgico



III. MANEJO DE LA REFERENCIA.

3.1. ADMINISTRATIVO.

III.I. Administrativo

Red Micro Red

III.II. Prestacional

Hospital Centro de Salud Puesto de Salud

3.2. USUARIO.

Nivel comunal.

3.3. PROMOTOR DE SALUD.

* identifica cualquier problema de salud que requiera atención en el establecimiento de salud.

Sí No

* Llena la hoja de referencia comunal.

Sí No

* Informa familiares

Sí No

* Acompaña al usuario.

Si No (especificar

3.4. PACIENTE.

* Identificación de cualquier problema de salud.

Si (especificar) No

* Acompañante.

Si (especificar) No

* Medios de transporte.



Si (especificar) No

3.5 NIVEL DE ESTABLECIEMIENTO DE SALUD

3.5.1 Unidad productora de servicios

Tipo de diagnóstico (describir).....

3.5.2. Identificar motivo de la referencia:

- Emergencia
- Consultorio externo
- Apoyo al diagnóstico

3.5.3. Diagnostico

- Tratamiento: Si No

3.5.4. Recurso de soporte

- laboratorio
- radiografías
- ecografías
- otros.....

Fecha:..... Día..... Mes..... Año.....

3.5.5. Responsables del mecanismo de atención.

- Medico
- Obstetra
- Enfermera
- Técnico
- Otros (especificar).....

3.5.6. Coordinación del medio de transporte e informes

- medico



- obstetra
- enfermera
- técnico
- otros (especificar).....

3.6. CRITERIOS PARA LA SELECCION DE REFERENCIA.

3.6.1. Establecimiento con capacidad resolutive

Sí No

3.6.2. Soluciona el problema

Sí No

3.4.ACCESIBILIDAD AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

3.4.1. Tiempo de llegada del domicilio al establecimiento de salud.....

3.4.2. Cuenta con capacidad de pago

Sí No

3.4.3. Horario de atención del establecimiento de salud.....

3.4.4. Aceptación del servicio por parte del paciente

Sí No

3.4.5. Atención oportuna al establecimiento referido

(minutos/horas).....

3.8. REFERENCIA INJUSTIFICADA.

3.8.1. Establecimiento de salud cuenta c0n capacidad resolutive

Sí No

IV. MANEJO DE LA CONTRARREFERENCIA.

4.1. ADMINISTRATIVO.

4.1.1. ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFRENCIA.



4.1.2 IDENTIFICAR MOTIVO DE LA CONTRAREFERENCIA:

- Emergencia
- Consultorio externo
- Resultado de informes de exámenes de diagnóstico

* Hospitalización Manejo Ambulatorio

* Llenado de formatos, indicaciones y cuidados

Sí No

* Envió de formato de contra regencia

Sí No

4.1.3. ESTABLECIMIENTO ORIGEN DE LA REFERENCIA.

4.1.4. UNIDA DE SEGUROS.

Con seguimiento Sin seguimiento

4.2 USUARIO.

4.2.1. CONDICIONES DEL USUARIO.

* CURADO:

- Problema Solucionado Sí No

* MEJORADO:

- Con Tratamiento Sin Tratamiento

* ATENDIDO POR APOYO DIAGNOSTICO.

- Con informe y/o resultado Sin informe y/o resultado

*RETIRO VOLUNTARIO:

Sí No

* DECERCIÓN:

- Abandona No abandona



* FALLECIMINETO.

Extra institucional: Si No

Intra institucional: Si No

V. CONTRA REFERENCIA INJUSTIFICADA.

5.1. Cuenta con capacidad resolutive

Sí No

5.2. Control de referencia y contrarreferencia.

- Supervisión Sí No
- Monitoreo Sí No
- Evaluación Sí No

5.3. Participación de otras instituciones o direcciones.

- Micro red Sí No
- Otras instituciones Sí No



HOJA DE CONTRARREFERENCIA

N° [] [] [] [] [] [] [] []

1. DATOS GENERALES

Fecha día mes año

Hora [] [] [] []

Asegurado: SI NO Tipo:.....

PLANES DE ATENCIÓN SIS A B C D E

Establecimiento que Contrarrefiere

Establecimiento Destino de la Contrarreferencia

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION AL SIS N° HISTORIA CLINICA

Form with fields: Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, Sexo (F, M), Edad (Años, Meses, Días), Dirección, Distrito, Departamento.

3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Form with fields: Fecha de Ingreso, Fecha de Egreso, Diagnóstico de ingreso, Diagnóstico de egreso (with CIE-10 table), Tratamiento y/o procedimientos realizados, Adjuntar informes y reportes de procedimientos.

4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA

Form with sections: Origen de la Referencia, Calificación preliminar de la Referencia, UPS que orden la Contrarreferencia, Especialidad que Ordena la Contrarreferencia, Recomendaciones e Indicaciones para el Seguimiento, Responsable de la Contrarreferencia (with condition table and signature field).



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
Av. La Cultura N° 730 - Teléfono N° 222910 - Fax: 242183 - Anexo 302



"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

"Cusco Capital Histórica del Perú"

Cusco, 06 de Noviembre del 2015

OFICIO N°320 -2015-EP-OB-FCSa-UAC.

Señor:

Dr. Roberto Francisco Palomino Loayza
Gerente del centro de Salud CLAS San Jerónimo
CIUDAD.-

ASUNTO AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN SOBRE:
MANEJO DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS EN PACIENTES
OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL CLAS SAN JERÓNIMO -2014

Es grato dirigirme a Ud. Previo afectuoso saludo, para expresarle que, la Universidad Andina de Cusco, a través de las estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, desean desarrollar la investigación " Manejo de las Referencias y Contra Referencias en Pacientes Obstétricas Atendidas en el CLAS SAN JERÓNIMO , Cusco 2014.

Sabemos que la investigación que se realizará, forma parte de la labor de la Universidad como una de las modalidades de titulación, además que esta línea de investigación se ha elegido, teniendo en cuenta las prioridades regionales, nacionales y mundiales. Los resultados hallados en la investigación, serán de conocimiento de Ud. Y de las micro redes en las que se ha intervenido.

En ese sentido Sr. Director, solicito tenga a bien permitirnos realizar la recolección de datos a las Srtas bachilleres:

- MILAGROS DANNEY DEL MAR ASCUE
- GRECIA GABRIELA QUISPE TICA

Adjunto a la presente el resumen del trabajo de investigación que se realizará y la resolución de asesoría del proyecto de investigación.

Aprovecho la ocasión, para expresarle las consideraciones de estima personal.

Atentamente

GRS/mcl

- Archivo





**SOLICITUD: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS**

Estimado (a) Obstetra o Doctor (a)

Previo un cordial saludo, la presente es para solicitar a su persona la validación y juicio de experto del instrumento de recolección de datos en el trabajo de investigación titulado “ MANEJO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN JERONIMO CUSCO 2014”, esto a razón de ser requisito indispensable para poder hacer efectiva la realización de dicha investigación y así cumplir con el reglamento de grados y títulos vigentes en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, Para optar el Título Profesional de Obstetra.

Agradezco por anticipado su aceptación razón por la cual quedamos infinitamente agradecidas

DEL MAR ASCUE

MILAGROS DANNEY

QUISPE TICA GRECIA

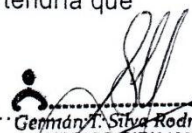
GABRIELA

HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de la variables de estudios?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿considera Ud. que la estructura del presente instrumentos adecuados al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o que aspectos habría de aumentarse?

.....


 Germán T. Silva Rodríguez
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 57187
 Firma y sello del profesional

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				X	
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudios?					X
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares obtendremos también datos similares?				X	
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Considera Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?				X	

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o que aspectos habría de aumentarse?

.....



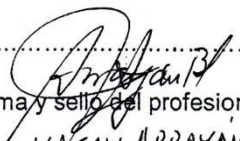
Firma y sello del profesional

HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				4	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de la variables de estudios?				4	
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares obtendremos también datos similares?					5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?					5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?				4	
8. ¿considera Ud. que la estructura del presente instrumentos adecuados al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?				4	
9. ¿considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?					5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o que aspectos habría de aumentarse?

.....


 Firma y sello del profesional
 MAGALY ARROYAN B -
 C.O.P. 4412

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que aumentar?

.....



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

HOJAS DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE MEDICION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de la variables de estudios?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿considera Ud. que la estructura del presente instrumentos adecuados al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o que aspectos habría de aumentarse?

.....

Isabel Cerezo Medina
 ISABEL CEREZO MEDINA
 OBSTETRA

Firma y sello del profesional