

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



Circunstancias que limitan el Proceso de
Referencia y Contrareferencia en casos de
Urgencias y Emergencias
Ginecoobstétricas en el Hospital de
Segundo Nivel Barrios Mineros del
departamento de Oruro Gestión 2019

**POSTULANTE: Wilfredo Ivan Oczachoque Cruz
TUTOR: Dr. M. SC. Victor Estrada Zacarias**

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

La Paz - Bolivia
2022

DEDICATORIA

A mis padres por el apoyo incondicional, en cada etapa de la vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios sobre todas las cosas.

A todos los docentes de la Especialidad Gestión de Calidad y Auditoría Médica, por su paciencia y colaboración para la conclusión del presente trabajo de grado.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Pág.

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
	MARCO CONTEXTUAL.....	5
III.	JUSTIFICACIÓN.....	8
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
V.	OBJETIVOS.....	12
	Objetivo General.....	12
	Objetivos Específicos.....	12
VI.	MARCO TEÓRICO.....	13
1.	Urgencia.....	13
2.	Emergencia.....	13
3.	Referencia.....	13
4.	Contrareferencia.....	13
5.	Sistema de Referencia y Contrareferencia.....	14
	5.1. Referencia Adecuada.....	14
	5.2. Referencia Justificada.....	15
	5.3. Referencia Oportuna.....	15
	5.4. Transferencia.....	15
6.	Equipo de Salud.....	16
7.	Calidad de Atención.....	16
8.	Salud Pública Materno – Perinatal, Infantil.....	17
	8.1. Directa.....	17
	8.2. Indirecta.....	17
9.	Componente de Referencia y Contrareferencia.....	17
10.	Redes Funcionales de Servicios de Salud.....	18
11.	Cartera de Servicios del Establecimiento de Salud.....	18
12.	Aborto.....	19
	12.1. Aborto Séptico.....	19
13.	Enfermedad Trofoblástica Gestacional.....	20

14. Hiperémesis Gravídica.....	21
15. Embarazo Ectópico.....	21
16. Hemorragia Obstétrica.....	22
17. Placenta Previa.....	22
18. Acretismo Placentario.....	23
19. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoincerta.....	24
20. Amenaza de Parto Pretérmino.....	24
21. Ruptura Prematura de Membranas.....	26
22. Estados Hipertensivos del Embarazo.....	26
22.1. Eclampsia.....	27
23. Embarazo Múltiple.....	28
24. Politrauma en la embarazada.....	28
25. Embarazo de Alto Riesgo.....	29
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
VII.1. Enfoque de Estudio.....	30
VII.1.1. Tipo de investigación. Cuantitativo.....	30
VII.1.2. Tiempo. Transversal.....	30
VII.1.3. Enfoque. Descriptivo.....	30
VII.2. Métodos de investigación utilizados.....	31
VII.3. Área de Estudio.....	32
VII.4. Consideraciones éticas.....	32
VII.5. Instrumentos de investigación.....	33
VII.6. Población y Muestra.....	33
VII.7. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	33
VII.8. Operacionalización de Variables.....	34
VIII. RESULTADOS.....	36
IX. CONCLUSIONES.....	46
X. RECOMENDACIONES.....	48
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
XII. ANEXOS.....	55

INDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura N° 1. Establecimientos de Salud que realizaron mayor número de Referencias, al Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros Gestión 2019.....	36
Figura N° 2. Cumplimiento de criterios: Referencias Adecuadas, Justificadas y Oportunas, en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros Gestión 2019.....	37
Figura N° 3. Referencias de Urgencias y Emergencias Recibidas de acuerdo a Especialidad, en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019.....	38
Figura N° 4. Concordancia entre el diagnóstico de Referencia y el diagnóstico final en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019.....	40
Figura N° 5. Concordancia de Número de Referencias Recibidas y Número de Contrareferencias enviadas en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019.	41
Figura N° 6. De acuerdo al llenado del Formulario de Referencia se infiere la aplicación de la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019ón 2019	42

INDICE DE ANEXOS

Pág.

ANEXO N° 1. SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.....	55
ANEXO N° 2. VALIDACIÓN DE FICHA DE OBSERVACIÓN POR RESPONSABLE DE ÁREA DE GESTIÓN DE CALIDAD ACREDITACIÓN Y AUDITORÍA MÉDICA DE SEDES ORURO.	56
ANEXO N° 3. VALIDACIÓN DE FICHA DE OBSERVACIÓN POR M.Sc. DOCENTE DE POSTGRADO.....	57
ANEXO N° 4. FICHA DE OBSERVACIÓN.....	58

ACRÓNIMOS y SIGLAS

OMS	Organización Mundial de la Salud.
RMM	Razón de mortalidad materna.
PEI	Plan Estratégico Institucional.
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social.
PSDI	Plan Sectorial de Desarrollo Integral.
SNIS-Ve	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.
MI	Mortalidad Infantil.
SUS	Sistema Único de Salud.
NNRC	Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia.
SRC	Sistema de Referencia y Contrareferencia.
AJO	Adecuado, Justificado y Oportuno.
NNAC	Norma Nacional de Atención Clínica.
PNA	Primer Nivel de Atención.
SNA	Segundo Nivel de Atención.
H2doNBM	Hospital de 2do Nivel Barrios Mineros.
UEGO	Urgencias y Emergencias GinecoObstétricas.
RFS	Redes Funcionales de Salud.

RESUMEN.

El Sistema de Referencia y Contrareferencia es un pilar fundamental que junto con las Redes Funcionales de Salud pueden contribuir a la disminución de la morbilidad, mortalidad materno perinatal; dentro de las Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas, de la Red Funcional de Salud se encuentra el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros (H2doNBM). este Establecimiento toma mayor importancia, debido a que, dentro de los objetivos de la institución al igual que el del Sector Salud y como País y a nivel mundial, está la disminución de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal.

El Presente trabajo se desarrolló en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, que es un Establecimiento de Referencia para toda la red de salud rural Norte, y todo el lado Norte de área Urbana.

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, donde se utilizó instrumento de recolección de datos tipo ficha de observación, para la verificación de referencias y contrareferencias realizadas en el Hospital.

Dentro de los principales resultados y conclusiones tenemos que existen mayor número de casos de Urgencias y Emergencias Ginecológicas, donde los criterios AJO no se cumplen a cabalidad, en los formularios de Referencia de los primeros niveles de atención; y no se remiten los formularios de Contrareferencia en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, todo esto debido a la falta de aplicación correcta del Norma de Referencia y Contrareferencia, no funcionamiento de los comités de Referencia y Contrareferencia, falta de análisis de casos, la falta de retroalimentación en cuanto a la norma del sistema de Referencia y Contrareferencia, como principales factores.

PALABRAS CLAVE: *Criterios AJO, Morbilidad Mortalidad Materna Perinatal, Urgencias Emergencias Ginecoobstétricas, Redes Funcionales de Salud, Referencia y Contrareferencia.*

ABSTRACT.

The Referral and Counter-referral System is a fundamental pillar that together with the Functional Health Networks can contribute to the reduction of morbidity and perinatal maternal mortality; Within the Gyneco-Obstetric Emergencies and Emergencies, this Health Establishment takes on greater importance, because, within the objectives of the institution, as well as the entire Health Sector and as a Country, is the decrease in Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality. The present work was developed in the Second Level Hospital Barrios Mineros, which is a Reference Establishment for the entire North rural health network, and the entire North side of the Urban area. A quantitative, cross-sectional and descriptive study was carried out, where an observation record-type data collection instrument was used to verify references and counter-references made in the Hospital. Among the main results and conclusions we have that there are a greater number of cases of Gynecological Emergencies and Emergencies, where the AJO criteria are not fully met, in the Reference forms of the First Levels of Care and the Counterreference forms are not sent in the Second Level Hospital Barrios Mineros, all this due to the lack of correct application of the Reference and Counter-referral Standard, non-functioning of the Reference and Counter-referral Committees, lack of case analysis, lack of feedback regarding the standard of the Reference and Counter-reference System, as main factors.

KEY WORDS: *Garlic Criteria, Perinatal Maternal Mortality Morbidity, Gyneco-obstetric Emergencies, Functional Health Networks, Referral and Counter Referral.*

I. INTRODUCCIÓN.

El Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros (H2doNBM) de la ciudad de Oruro, como Hospital de Segundo Nivel de Referencia de toda la Red de Salud Norte del Área Rural y de todo el lado Norte del Área Urbana, toma bastante importancia para el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia, más aún desde la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) ley 1152, que indica que la puerta de ingreso al SUS son los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención (PNA).

Los Establecimientos de Segundo Nivel de Atención (SNA) tienen mayor competencia resolutoria; donde se reciben a los pacientes del ámbito de Influencia con el Formulario de Referencia debidamente llenado. Llegando a realizar excepciones en casos de pacientes con patología clasificada como Urgencia o Emergencia (1).

Dentro de los objetivos del Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, como de todo el Sector Salud y como País está la disminución de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal, lo cual tiene estrecha relación de las atenciones de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas (UEGO) en este Hospital.

De acuerdo al reporte del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2016 – 2020 del Ministerio de Salud 538 mujeres fallecieron a consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, de este número 502 han sido detectadas a través de estudio y solo 36 fueron detectadas por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Muerte Materna. Este estudio muestra que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Bolivia para el año 2011 fue de 160 por 100,000 nacidos vivos. Los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba tienen las razones de muerte materna por encima del promedio nacional las más altas de Bolivia. En lo que respecta a la Mortalidad Infantil (MI) se tiene 50 muertes por mil nacimientos (2).

Dentro del Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir Bien (PSDI) 2016 – 2020 del Sector Salud, (Pilar 3 Salud Educación y Deporte), una de las metas para el 2020 era la de reducir la mortalidad infantil en al menos 30% (35 muertes por mil nacimientos) y reducir en al menos el 50% la razón de mortalidad materna (115 muertes por cien mil nacimientos) (3).

La acción pertinente/oportuna de referir a una paciente a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive puede salvar la vida de la misma y del producto en casos de mujeres embarazadas (4).

II. ANTECEDENTES.

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de una nación, dado que los niveles elevados en éste, evidencian inequidad, falta de acceso y deficiente calidad de la atención obstétrica.

En México en el año 2014 ocurrieron 872 muertes maternas (2.3 muertes por día), 71.2% de estas defunciones se concentraron básicamente en 12 entidades federativas: Estado de México (11.4%), Chiapas (8.8%), Veracruz de Ignacio de la Llave (6.8%), Ciudad de México (6.4%), Jalisco (6.0%), Puebla (5.3%), Michoacán de Ocampo (5.0%), Guerrero (4.9%), Chihuahua (4.5%), Oaxaca (4.4%), Hidalgo (4.1%) y Guanajuato (3.7%) (5).

El buen funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) garantiza la continuidad de la prestación de los servicios en salud a los usuarios, que requieran atención en un nivel de mayor complejidad y mayor capacidad resolutoria, de acuerdo a la severidad del proceso patológico del usuario, buscando satisfacer sus necesidades y expectativas mediante servicios de salud accesibles, oportunos, pertinentes y seguros (6).

Por lo tanto, el funcionamiento adecuado del Sistema de Referencia y Contrarreferencia contribuiría a alcanzar las metas indicadas por lo que es primordial la aplicación y funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte del personal de salud o usuario interno, del usuario externo o pacientes y de las autoridades, en los diferentes niveles de atención (1).

Dentro el área geográfica, también es indispensable el conocimiento de las Redes Funcionales de Salud (RFS), los niveles de atención que existen, la Cartera de Servicios de los Establecimientos de Salud, la Cartera de servicios de la Red de Salud.

En cuanto a la logística del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas, la comunicación entre los

diferentes niveles de atención, los Isocronas como representación gráfica de la Red Funcional de Servicios de Salud, los medios de transporte entre los niveles de atención, el equipamiento y los insumos de los medios de transporte, así como de los establecimientos de salud y también el personal de salud capacitado, son fundamentales, para el funcionamiento del SRC (7).

La búsqueda de la mejora de la Calidad de Atención para las pacientes se refleja en la disminución de Morbilidad Mortalidad Materna e infantil, con un Sistema de Referencia y Contrareferencia con funcionamiento adecuado (8).

MARCO CONTEXTUAL.

1. Interno.

1.1. Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros.

Es un Establecimiento de Salud que inició sus actividades como Establecimiento de Salud de Primer Nivel de Atención hace más de 20 años (Agosto de 1993), se encuentra ubicado calle Prolongación Campo Jordan, entre calles Simón Patiño y Juan Lechín Oquendo, zona norte de la ciudad de Oruro, en el Barrio Minero de San José. En el Auge de la Minería esta zona era donde se asentaban los campamentos mineros. En la actualidad en los cerros contiguos continúan con la explotación de minerales como el plomo, estaño, plata y zinc, donde funcionan más de 8 cooperativas mineras.

Es debido a la ubicación del Establecimiento, dentro del Barrio Minero San José por el cual lleva el nombre, que en sus inicios prestaba atenciones casi exclusivamente a familias mineras.

Actualmente, debido al incremento de la demanda de la atención de las familias mineras y no mineras, en el área urbana este establecimiento adquirió mayor complejidad, contando con 16 años de funcionamiento ininterrumpido, como un Hospital de Segundo Nivel de atención, que se dispone como Establecimiento de Referencia de todo el sector norte del área urbana y también de todo el sector norte del área rural, que corresponde a la red de salud Norte, con una población general de 171.192 habitantes aproximadamente, en el área de influencia de acuerdo al SNIS-Ve Departamental 2019.

1.2. Red de Salud Norte.

El departamento de Oruro cuenta con seis redes de salud, una de ellas la red norte que es una de las redes con mayor población junto con la red urbana. La red norte cuenta con 42 Establecimientos de Salud de Primer Nivel de

atención, los cuales refieren casos de pacientes que requieren mayor complejidad de atención, con una población general de 23.894 habitantes de acuerdo al SNIS-Ve Departamental 2019.

En el caso del área urbana el lado norte de la ciudad también refiere pacientes con requerimientos de atención de mayor complejidad, donde se encuentran 9 Establecimientos de Salud, con una población general de 147.298 habitantes de acuerdo el SNIS-Ve Departamental 2019.

Por lo tanto, dentro de las Redes Funcionales de Salud el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros se establece como receptor de urgencias y emergencias de 51 Establecimientos de Salud. Donde los casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas son frecuentes.

1.3. Servicio de Emergencias.

El Hospital Barrios Mineros cuenta con un servicio de Emergencias que no es específico para el componente Materno infantil, sino que brinda servicios con las 4 especialidades básicas, sin embargo, recibe frecuentemente pacientes con Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas.

2. Externo.

2.1. Ley N° 1152 del Sistema Único de Salud.

La ley del Sistema Único de Salud, como ley modificatoria a la ley 475, fue promulgada el 20 febrero de 2019, y puesta en marcha desde el 1 de marzo de 2019, la cual provee atención a toda la población que no cuenta con seguro de atención en salud, con énfasis al componente Materno – Infantil. También garantiza el fortalecimiento en infraestructura, equipamiento, recursos humanos e insumos, estos últimos que se están implementando gradualmente, y puede repercutir en la calidad de atención a los pacientes (9).

El Sistema de Único de Salud indica que la puerta de ingreso para acceder a la atención en salud es el Primer Nivel de Atención y se acudirá a los

Segundos y Terceros Niveles de Atención a través del Formulario de Referencia de manera sistemática a excepción de casos cuando el paciente requiera atención de Urgencia o Emergencia.

2.2. Resolución Ministerial N° 0039.

Esta Resolución Ministerial del 30 de enero de 2013 pone en vigencia la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Segundo Nivel y la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia. Donde se evidencia que existe estrecha relación entre la Norma de Referencia y Contrareferencia y las Normas de Caracterización de Establecimientos de Salud. Estas Normas que en la actualidad se encuentran vigentes (1).

2.3. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia.

Según esta (NNRC) Norma, el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros se encuentra en un lugar estratégico para atender las demandas de todo el lado norte del departamento de Oruro, en casos de Urgencias y Emergencias, que requieran atención de dicho nivel de atención.

Esta Norma especifica puntualmente la aplicación y funcionamiento adecuado del Sistema de Referencia y Contrareferencia, que se encuentra vigente desde la gestión 2013 (1).

2.4. Norma Nacional de Atención Clínica.

Esta (NNAC) Norma rige a nivel Nacional para la atención clínica de todos los pacientes y grupos etarios en el Estado Plurinacional de Bolivia, pacientes de atención regular, y establece los criterios de referencia de establecimientos de menor complejidad de atención a otros de mayor complejidad. Este documento que también se encuentra vigente.

III. JUSTIFICACIÓN.

La nueva estrategia mundial para la salud de la Mujer y la Niñez y Adolescencia (2016 – 2030, Objetivo de Desarrollo Sostenible de la OMS). Tiene como prioridad mejorar la infraestructura, la gestión y los recursos humanos con los conocimientos y habilidades para enfrentar las complicaciones que requieren una respuesta rápida en la atención obstétrica (10).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna es un problema de salud e injusticia social en vista de que: cada minuto de cada día, en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones del embarazo y el parto, lo mismo puede suceder al futuro recién nacido o a ambos. La mayor parte de estas muertes son prevenibles. por lo tanto, los cuidados de salud que un país brinda a las mujeres y a los niños a través de los servicios de atención médica y sanitaria miden el grado de desarrollo de esa nación y son uno de los indicadores usados a nivel internacional para catalogar el progreso de un país, ya que reflejan el grado de inequidad social, la mala cobertura y la deficiente calidad de la atención médica del mismo o viceversa, es decir, la excelente atención otorgada (11).

De acuerdo a la OMS, el año 2000 ocurrieron 529.000 muertes. Por tal motivo, los objetivos de desarrollo sostenible establecen una nueva agenda para la salud materna, destinada a acabar con la mortalidad prevenible que consiste en reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100000 nacidos vivos para 2030 (12).

En Bolivia el PSDI para Vivir Bien 2016 – 2020 sector Salud indica que para el 2011 la RMM fue de 160 por 100,000 nacidos vivos. La Mortalidad Infantil de 50 muertes por mil nacimientos) (3). Las cuales se deberían reducir para el año 2020.

La vigilancia obstétrica de calidad requiere sistemas de monitoreo precisos para determinar la eficiencia y eficacia de las estrategias implementadas,

determinar prioridades, planificar y asignar recursos según el entorno de cada región.

Los establecimientos de salud tienen diversas debilidades, tanto en infraestructura, equipamiento, la disponibilidad e insumos y medicamentos; además, adolecen de recursos humanos con suficientes competencias para el abordaje de las emergencias obstétricas y neonatales (4).

Una estrategia que puede considerarse es la de simulación de incidentes, para la capacitación de recurso humano, que podría ser útil y efectiva para mejorar la capacidad de respuesta a emergencias en las redes de servicios de salud.

En el Departamento de Oruro llama la atención la Muerte Materna ocurrida en el primer semestre del 2021, donde se identificó que la misma, se produjo en el proceso de Referencia al Establecimiento de Segundo Nivel, por lo que la verificación de uno de los componentes de la atención de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas, que es el Sistema de Referencia y Contrareferencia, nos ayudara a mejorar la calidad de atención a todas las mujeres en edad reproductiva.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Un dato alarmante y frío es la Mortalidad Materna ocurrida en el primer semestre de la gestión 2021, la cual se produjo en el proceso de Referencia de un establecimiento de Primer Nivel de atención al Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, que se encuentra en registros del SNIS-Ve departamental y nacional.

El Hospital de Segundo Nivel de Atención Barrios Mineros recibe anualmente un total de 150 referencias de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas aproximadamente de Establecimientos de Salud de Primer Nivel del ámbito de influencia.

Actualmente, la Hemorragia Obstétrica es la principal causa de mortalidad materna en países en vías de desarrollo sin embargo, muchas de estas muertes podrían evitarse, ya que están ligadas a circunstancias prevenibles, como son: Desconocimiento de factores de riesgo en las pacientes, falta de acceso a servicios de salud para tener un parto asistido por personal capacitado, falla y escasez en la atención médica de urgencias obstétricas, práctica inadecuada o limitada del manejo del tercer período de trabajo de parto, demora en el reconocimiento de la hipovolemia, un deficiente reemplazo de volumen, diagnósticos tardíos y manejos inadecuados (13).

Dentro los factores a considerar es fundamental verificar la correlación diagnóstica existente entre las referencias realizadas por los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención y las referencias recibidas en el establecimiento de Segundo Nivel Barrios Mineros.

El factor nutricional de las pacientes también incide ya que, la anemia ferropénica es un trastorno nutricional frecuente en mujeres embarazadas, alrededor del 75% a nivel mundial la padecen debido a inadecuada nutrición, falta de valoración durante la gestación incrementando el riesgo de morbi-mortalidad materno neonatal (14).

Otro factor que incide es la poca difusión de la Norma de Referencia y Contrareferencia en los establecimientos de salud podría conllevar al no cumplimiento de la misma, más aún en casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas.

Falencias de infraestructura, equipamiento y en algunos casos la falta de insumos, medicamentos, así como medios de transporte (ambulancias) en óptimas condiciones y recursos humanos capacitados, tendrían repercusión negativa para el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

El factor geográfico, como la distancia que existe desde las comunidades rurales hacia los Establecimientos de Primer Nivel de Atención, y de estos hacia el Segundo Nivel de Atención para las referencias de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas, determinan en cierto grado el correcto flujo del sistema de Referencia y Contrareferencia.

Dentro del análisis del Comité de Mortalidad Materna en el departamento de Oruro, se debe considerar el Sistema de Referencia Contrareferencia en casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas, como elemento fundamental de las Redes Funcionales de Salud, primordial para la disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal.

La falta de implementación de las mejoras en el Sistema de Referencia Contrareferencia conllevaría a que la Morbilidad Mortalidad Materna Neonatal continúe presente en el establecimiento de salud y en el ámbito de Influencia indicado. Por lo que es necesario y preciso realizar un seguimiento al Sistema de Referencia Contrareferencia de las Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas (6).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Qué circunstancias limitan el proceso de referencia y contrareferencia en casos de urgencias y emergencias ginecoobstétricas en el hospital de segundo nivel Barrios Mineros del departamento de Oruro en la gestión 2019?

V. OBJETIVOS.

Objetivo General.

Describir las circunstancias que limitan el proceso de Referencia y Contrareferencia en casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros del departamento de Oruro en la gestión 2019.

Objetivos Específicos.

- Identificar que establecimientos de salud de Primer Nivel del ámbito de influencia, refieren con mayor frecuencia casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas.
- Determinar las Referencias Adecuadas, Justificadas y Oportunas recibidas en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros.
- Contrastar la existencia de correlación diagnóstica entre el Diagnóstico de Referencia y Diagnóstico final en el Hospital.
- Detallar la relación, entre Referencias recibidas y el número de Contrareferencias enviadas.

VI. MARCO TEÓRICO.

1. Urgencia.

Es todo accidente o proceso patológico de aparición súbita que pone en riesgo la vida si no recibe auxilio y atención inmediata (1). Por lo que el personal de salud debe estar capacitado para la reacción oportuna en este tipo de casos.

2. Emergencia.

Es todo proceso patológico que sin poner en riesgo inminente la vida requiere auxilio y atención inmediata, ya sea porque la persona que lo padece sufrió un trauma físico, siente dolor intenso, presenta una crisis psicoemocional o puede sufrir complicaciones serias en las próximas 48 horas (1). A diferencia de la urgencia en este caso no pone en riesgo la vida de los pacientes.

3. Referencia.

Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud (15).

4. Contrareferencia.

Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica (15).

5. Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Es el conjunto de mecanismos con que se articulan y complementan los establecimientos de salud, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, dentro la Red Funcional de Servicios de Salud garantizando el acceso a servicios de salud de mayor capacidad resolutive (1). En Bolivia se cuenta con la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia que se encuentra vigente desde el año 2013.

El procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica 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 en el marco del respeto a los derechos humanos y la interculturalidad de la población (5).

El sistema de referencia y contrarreferencia es un procedimiento comprendido entre aspectos asistenciales y administrativos, este sistema permite que el usuario obtenga continuidad en la atención frente a las necesidades de salud, logrando acceder a una atención de un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad (16).

5.1. Referencia Adecuada.

Es aquella referencia realizada por el Establecimiento de salud, que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma, evalúa la necesidad y oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado (1). Para lo cual los Establecimientos de Salud deben estar en condiciones en cuanto a recursos humanos, medios de transporte e insumos médicos.

5.2. Referencia Justificada.

Es aquella referencia realizada por el Establecimiento de salud, que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma que determina remitir al usuario a un nivel de mayor complejidad dependiendo la necesidad de un diagnóstico y/o tratamiento especializado (1). Pudiendo realizar la referencia justificada de un Primer Nivel de Atención a otro de Segundo Nivel de Atención y de este a un Tercer Nivel de Atención, de acuerdo a la Capacidad Resolutiva de cada Establecimiento de Salud.

5.3. Referencia Oportuna.

Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma remite al usuario a un nivel de mayor complejidad previendo la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso (1). Por lo tanto, estos son los criterios que deben cumplir las referencias, deben ser adecuadas, justificadas y oportunas, con el fin de brindar calidad de atención a todos los pacientes.

5.4. Transferencia.

Es el proceso mediante el cual un usuario es remitido de un servicio a otro dentro del mismo establecimiento de salud para su atención, manejo, tratamiento u otro proceso requerido (1). Generalmente se produce en los Establecimientos de Segundo y Tercer Nivel de atención.

También se denomina al proceso mediante el cual un usuario es remitido de un establecimiento de salud a otro del mismo nivel, tipo o categoría por carencia de capacidad para atenderlo (1).

6. Equipo de Salud.

Es el conjunto de personas que en sus relaciones coordinadas y cohesionadas interactúan con los beneficiarios y hacen posible el funcionamiento de las instituciones de salud y del Sistema de Salud como un todo (9).

Está conformado por profesionales, Médicos tradicionales y técnicos del área de salud, social y administrativa financiera, con funciones diferentes y bien definidas desempeñan sus labores con un objetivo común en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria, dentro y fuera del Establecimiento de Salud de manera articulada.

Los Recursos Humanos en salud son, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el conjunto de personas de distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan para mejorar la salud de la población (17).

7. Calidad de Atención.

Como el conjunto de condiciones que permiten hacer bien hechas las cosas, sean acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes realizan y en quienes los reciben (18), lo que se reflejaría en el grado de satisfacción en los usuarios que reciben los servicios.

En el marco de lo que se busca a nivel mundial, se ha reconocido que el Recurso Humano, es componente fundamental para garantizar una atención de calidad a la población. Lo anterior demanda mayor inversión en reclutamiento, contratación, perfeccionamiento, capacitación y retención del personal de salud en los países en desarrollo, para contribuir a la mejora del desempeño y la gestión de los recursos humanos del sector salud fortaleciendo sus competencias (17).

8. Salud Pública Materno – Perinatal, Infantil.

Como el conjunto de acciones destinadas a la adecuada administración de los recursos humanos y tecnológicos, que permitan controlar los problemas más relevantes de la salud Materna, Fetal, del Recién Nacido y del Niño/a hasta el primer año de vida, de una población (19), con el fin de prevenir la morbilidad, mortalidad materna, neonatal e infantil.

La mortalidad Materna de acuerdo a las causas se divide en:

8.1. Directa: Cuando sucede después de una emergencia quirúrgica y puede ser causada por hemorragia masiva, por la propia cirugía o por la anestesia, por preeclampsia-eclampsia, infecciones y choque en cualquiera de sus formas.

8.2. Indirecta: Cuando la causa es una enfermedad asociada al embarazo, por ejemplo, cardiopatías, endocrinopatías, neuropatías, por traumatismos, o por cirugía no obstétrica durante la gestación. Esta clasificación hace que el embarazo siempre se considere como de alto riesgo para la mujer y para el producto, ya que los padecimientos anotados en ella se pueden presentar en cualquier momento de la gestación y producir la mortalidad materno-fetal que obliga a una medicina perioperatoria multidisciplinaria de urgencia para la embarazada, utilizando los códigos rojos y/o mater, además de la tecnología de punta y de las unidades de medicina crítica existentes (11).

9. Componente de Referencia y Contrareferencia.

Se define como el conjunto de mecanismos con que se articulan y complementan los Establecimientos de Salud, con propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad (1) dentro de la Red Funcional de Servicios de Salud, garantizando el acceso a servicios de salud de mayor capacidad resolutive.

El componente Referencia y Contrareferencia también se define como conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida (15).

10. Redes Funcionales de Servicios de Salud.

Es el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los Establecimientos de Primer, Segundo y Tercer Nivel, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad, para garantizar la capacidad resolutive en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y daño (1).

Las Redes Integradas de Salud son la Integración de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida dispuesta conforme a la demanda (20).

Dentro el departamento de Oruro existe 6 Redes de Salud que son: Red Urbana, Red Minera, Red Norte, Red Cuenca Poopó, Red Azanaque y Red Occidente.

11. Cartera de Servicios del Establecimiento de Salud.

A nivel organizacional de los Establecimientos de Salud, es importante consolidar el desarrollo de una cartera de servicios actualizada en base a las necesidades de la población (7).

La cartera de servicios es la nómina de servicios que oferta el Establecimiento de Salud, dependiendo de su capacidad resolutive según

tipo y nivel que es elaborado en base a la norma de atención clínica y protocolos de atención (1) se debe elaborar según el perfil epidemiológico de cada establecimiento y a nivel de las Redes de Salud también se realizara la cartera de servicios de la Red correspondiente.

12. Aborto.

Se denomina aborto a la interrupción y/o expulsión del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación o con un peso fetal inferior a 500 g. Se clasifican en espontáneos y provocados.

Iniciado un aborto se clasifica:

1° Según el momento de evolución: a). - Amenaza de Aborto, b). - Aborto en curso, c). - Aborto inevitable o inminente.

2° Según su mecanismo de producción: a). - Típico, b). - Atípico.

3° Según el material ovular eliminado: a). - Aborto completo, b). - Aborto incompleto.

4° Según se instale o no un proceso infeccioso: a). - Afebril, b). - Infectado. - Febril, complicado o séptico (21). De acuerdo a esta clasificación el aborto puede considerarse como urgencia o emergencia ginecológica, según el compromiso de salud vital de la paciente y el producto.

12.1. Aborto Séptico.

Como un proceso infeccioso ascendente caracterizado por una endometritis, anexitis y parametritis, por contaminación ovular durante las maniobras abortivas o por rotura espontánea de las membranas ovulares (22).

El aborto séptico es llamado también aborto complicado debido a la infección grave de los contenidos uterinos durante o poco antes o después de un aborto (23). Este constituye en la actualidad un problema

médico, social y económico a nivel mundial, por la gran demanda de pacientes, elevados costos y las tasas de morbilidad y mortalidad materna.

13. Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

Es el producto anormal de la gestación, caracterizado por la tumefacción y degeneración de las vellosidades coriónicas inmaduras, que tiene como característica la ausencia de vascularización y la proliferación o hiperplasia del trofoblasto. Dentro de la clasificación tenemos:

- a). - Mola hidatiforme completa.
- b). - Mola hidatiforme parcial.
- c). - Mola invasiva.
- d). - Coriocarcinoma.
- e). - Tumor trofoblástico del lecho placentario (22).

La incidencia de mola hidatiforme (80% de la ETG) presenta gran variabilidad según la localización geográfica, pero en la mayoría del mundo la incidencia va a ser de aproximadamente 1 por cada 1000 embarazos. Los dos factores de riesgo clínicos más importantes para desarrollar un embarazo molar, son los extremos de edad reproductiva en las mujeres (<15 o >45 años) y el antecedente de un embarazo molar previo. El riesgo en mujeres menores de 15 años es hasta 20 veces mayor. Posteriormente, la incidencia vuelve a aumentar de forma progresiva a los 35 años, con 5-10 veces más riesgo luego de los 45 años de presentar mola, y un riesgo 200 veces mayor en mujeres con 50 años o más respecto a mujeres entre los 20 y 35 años (24).

En estudio realizado en Lima Perú, encontraron también que los factores asociados son el antecedente de aborto y la multiparidad (25).

14. Hiperémesis Gravídica.

Las náuseas y los vómitos en las fases precoces del embarazo son un fenómeno extremadamente frecuente, afecta aproximadamente a más de la mitad (40-60%) de las gestantes y son más comunes entre las semanas 6-14 de gestación y suelen resolverse antes de las 16-20 semanas, aunque un 20% pueden persistir en el segundo y tercer trimestre del embarazo (26). La forma severa de las náuseas y vómitos durante el primer trimestre del embarazo que afectan el estado general de la paciente, son náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impide la correcta alimentación de la gestante, asociada a pérdida de peso (22).

La hiperémesis gravídica puede resultar en complicaciones potencialmente letales como la encefalopatía de Wernicke (EW), síndrome que al ser reconocido y tratado tardíamente puede traducirse en una alta morbi-mortalidad materna y fetal (27).

15. Embarazo Ectópico.

Corresponde a cualquier gestación implantada fuera de la cavidad uterina, es decir que el blastocisto se implanta por fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina. En países desarrollados, el embarazo ectópico es todavía la causa del 10 – 15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación y supone el 80 – 90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo (22).

El embarazo ectópico es considerado una de las urgencias obstétricas donde peligra la vida de la madre y aunque la mortalidad no es un problema de salud por su bajo índice, no deja de ser una preocupación para los ginecobstetras (28).

Dentro los factores de riesgo para embarazo ectópico se indican el consumo tabaco, tener dos o más parejas sexuales, multigesta, antecedente

de Embarazo Ectópico, uso de DIU antes de la concepción, cirugías abdominales previas (29).

Los Embarazo Ectópico tubáricos son los más frecuentes (93% de los casos). Se trata de una urgencia debido al riesgo de ruptura tubárica y de hemoperitoneo (30).

16. Hemorragia Obstétrica.

Se define como pérdida de sangre suficiente como para ocasionar síntomas de hipovolemia (30 a 40% de la volemia) y descenso del 10% del hematocrito.

El American College Obstetrics and Gynecologists (ACOG) define la hemorragia obstétrica como la pérdida de más de 1000 ml de sangre asociada con signos de hipovolemia en las primeras 24 horas del nacimiento, independientemente de la vía de finalización del embarazo (31).

Actualmente, la hemorragia obstétrica es la principal causa de mortalidad materna en naciones en vías de desarrollo, lo cual la posiciona como uno de los principales problemas de salud pública mundial. Se calcula que al año mueren 140,000 mujeres en el mundo a causa de sangrado postparto (32).

17. Placenta Previa.

La placenta previa es la cobertura total o parcial del orificio interno del cuello uterino con la placenta. Es un factor de riesgo importante de hemorragia posparto y puede provocar morbilidad y mortalidad en la madre y el recién nacido. Esta situación impide un parto vaginal seguro y requiere que el parto del recién nacido sea por cesárea. La mayoría de los casos se diagnostican al principio del embarazo mediante ecografía y otros pueden acudir a la sala de emergencias con sangrado vaginal indoloro en el segundo o tercer trimestre del embarazo.

De acuerdo a estudios realizados existen suficientes documentos basados en los estudios observacionales de que fumar durante el embarazo se asocia significativamente con un mayor riesgo de placenta previa. Por lo tanto, fumar durante el embarazo puede considerarse un predictor de placenta previa (33).

La placenta previa es un factor de riesgo independiente de morbilidad hemorrágica materna. Algunos factores de riesgo son modificables, pero muchos son intrínsecos al escenario clínico (34).

18. Acretismo Placentario.

Se define como una adherencia firme en la implantación placentaria, con diferentes grados de invasión al útero, producido por una ausencia parcial o total de la decidua basal, además de la formación defectuosa de la membrana de Nitabuch. Se clasifica en acreta total, acreta parcial y acreta focal; otra clasificación es la de acreta, increta y percreta.

La adherencia anormal de la placenta a miometrio se puede realizar el diagnóstico a través de la ecografía durante la gestación. La incidencia de placenta acreta va en aumento debido al mayor número de cesáreas realizadas. Cuando el útero no presenta cicatriz la incidencia de acretismo es del 5% si existe placenta previa. Con una cicatriz de cesárea previa la incidencia aumenta al 10% y con más de una cesárea previa la incidencia se eleva a más del 50%. de las pacientes presentan placenta ácreta (11).

Estudios realizados sobre la ecografía en mujeres gestantes, indican que la sensibilidad del diagnóstico ecográfico de acretismo placentario es de 90.9% y la especificidad de 99% (35).

En la actualidad se describe la coexistencia de placenta previa con cicatriz de cesárea, como el principal factor de riesgo. Siendo esta última variable la que explica su incidencia al alza en los últimos años. El

pronóstico depende mayoritariamente del grado de adherencia, del diagnóstico prenatal y del adecuado manejo multidisciplinario (36).

19. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) o abruptio placentae se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 20 del embarazo. Normoinserta

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es una alteración poco frecuente (0.4-1%), que puede tener consecuencias inmediatas, potencialmente mortales, para la madre como: hemorragia masiva posparto, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal y, finalmente, la muerte (37).

Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta. Entre estos factores se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina (gestación múltiple o polihidramnios), rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El empleo de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad (38).

20. Amenaza de Parto Pretérmino.

El parto pretérmino hace referencia a la culminación de la gestación antes de las 37 semanas (menos de 259 días) y después de las 22 semanas de gestación, 500 gramos de peso y menos de 2500 gramos o 25 cm de longitud céfalo-nalgas.

En el mundo la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. El parto pretérmino es un desafío para la

Salud Publica debido a que los prematuros son causa de mortalidad y de la morbilidad neonatal además de presentar preocupación para los servicios de salud y sus familias por los daños y secuelas que podrían presentar en el futuro (39).

Algunas enfermedades maternas y fetales finalizan en parto pretérmino; las principales son: placenta previa, desprendimiento de placenta, incompetencia cervical, preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, hipertensión arterial, infección del tracto urinario, anemia e infecciones sistémicas. Uno de los riesgos más elevados corresponde a embarazos gemelares hasta aproximadamente 50%. Casi todos los fetos de gestaciones múltiples nacen antes de las 37 semanas. La historia de parto prematuro aumenta el riesgo de un segundo parto prematuro, dentro de la misma semana del primero (49%) y dentro de la segunda semana (70%) El riesgo de parto prematuro se va incrementando cada vez más. La ruptura prematura de membranas es quizá la patología más asociada a amenaza de parto pretérmino y a complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan coriamnionitis y septicemia neonatal (40).

La infección de vías urinarias, durante el embarazo, es una de las infecciones más frecuentes, causada principalmente por microorganismos pertenecientes a las enterobacterias, entre ellas están la Escherichiacoli, la cual se ha visto implicada en alrededor del 80% de los casos, además de Klebsiellas, Proteusmirabillis, Enterobacter, otros microorganismos que con frecuencia causan infección de vías urinarias son Streptococcus del grupo B y Staphylococcuscoagulasa negativo.

Durante el embarazo, las manifestaciones de infección del tracto urinario como Bacteriuria asintomática, Cistitis y Pielonefritis aguda, tienen una estrecha relación con la morbimortalidad perinatal según la literatura (41).

21. Ruptura Prematura de Membranas.

Se define como la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, sea este a término o pretérmino, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad uterina con el endocervix y la vagina.

La ruptura membranas puede ocurrir por una variedad de razones. Aunque la RPM a término puede deberse a un debilitamiento fisiológico normal de las membranas en combinación con fuerzas de cizallamiento creadas por las contracciones, la ruptura prematura pretérmino de membranas (RPPM) puede provenir de un amplio conjunto de mecanismos patológicos que actúan individualmente o de forma multifactorial. La infección local en las membranas fetales y de forma subyacente en el cuello uterino puede ser un mecanismo importante de ruptura de membranas ya que se produce una inflamación local con la consecuente liberación de prostaglandinas. La historia de RPPM es el factor de riesgo mayor para RPPM o de parto prematuro en un embarazo posterior. Los factores de riesgo asociados con RPPM y parto prematuro espontáneo son similares e incluyen una longitud cervical corta, sangrado vaginal del segundo trimestre y del tercer trimestre, bajo índice de masa corporal, bajo estatus socioeconómico, consumo de cigarrillos y uso de drogas ilícitas (42).

La ruptura prematura pretérmino de membranas tiene una incidencia global de 3-5% e implica una morbilidad perinatal significativa. Para hacer frente y tratar este problema es fundamental conocer los riesgos inherentes a la terminación expedita del embarazo versus las potenciales complicaciones asociadas con el tratamiento conservador (43).

22. Estados Hipertensivos del Embarazo.

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) pueden ser clasificados en cuatro entidades: a) preeclampsia/eclampsia; b) hipertensión crónica

preexistente; c) preeclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica preexistente; y d) hipertensión gestacional (44).

La preeclampsia se caracteriza por una respuesta vascular anormal a la placentación que se asocia a hipoperfusión tisular, aumento de las resistencias vasculares sistémicas, daño endotelial, consumo plaquetario y activación del sistema de coagulación.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son la segunda causa más frecuente de muerte materna directa en el mundo. La hipertensión es también la complicación médica más común que se encuentra durante el embarazo, y complica 5-10% de los embarazos.

Las tasas más altas son en mujeres negras, mujeres mayores de 45 años y con diabetes. Hipertensión en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de hemorragia intracerebral, desprendimiento de la placenta, retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad y muerte intrauterina (45).

El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de padecer EHE. El riesgo es significativamente mayor conforme se incrementa el IMC (desde sobrepeso a obesidad grado 3) (44).

22.1. Eclampsia.

Crisis tónico clónica (focal o generalizada) o la presencia de coma inexplicable. En la mitad de los casos aparece en el curso de la gestación y en la otra mitad aparece intraparto o postparto (46).

La eclampsia se define como ≥ 1 convulsiones generalizadas en la preeclampsia. En la mayoría de los casos, las convulsiones por eclampsia son autolimitadas y tienen una duración de 1-2 minutos (45).

23. Embarazo Múltiple.

Es el desarrollo simultáneo de varios fetos. La especie humana es unípara por excelencia, por lo tanto, todo embarazo múltiple debe considerarse patológico, donde la mortalidad perinatal es 4 veces mayor en los embarazos dobles que en los únicos (47).

Los embarazos múltiples se clasifican como de alto riesgo debido a las complicaciones que pueden afectar a la madre y los fetos. Los embarazos múltiples se asocian con trastornos hipertensivos, diabetes mellitus gestacional, anemia, nacimiento prematuro, hemorragias preparto y posparto y muerte materna (48).

El embarazo múltiple se ha incrementado en los últimos años como resultado de la disponibilidad de tecnologías de reproducción asistida y por el envejecimiento de la población materna.

24. Politrauma en la embarazada.

Los traumatismos constituyen actualmente la principal causa de muerte no obstétrica durante el embarazo. Dentro de ellos, los más frecuentes son los accidentes automovilísticos, seguidos de agresiones, quemaduras, caídas, etc. La prevención de lesiones maternas y fetales en los accidentes de tráfico es fundamental. La utilización del cinturón de seguridad disminuye al 20 % la mortalidad de ambos (49).

La embarazada puede sufrir las mismas lesiones que la mujer no gestante, además de los traumatismos propios del periodo gravídico. Sin embargo, los cambios fisiológicos y anatómicos que tienen lugar a lo largo del embarazo son capaces de modificar la respuesta orgánica al traumatismo durante la gestación, haciendo que existan diferencias, aun tratándose de las mismas lesiones, con los accidentes fuera del periodo gravídico. Incluso estas diferencias se van modificando a lo largo de todo el

embarazo, ya que estos cambios son paulatinos y progresivos durante la gestación, tanto para la madre como para el feto (49).

25. Embarazo de Alto Riesgo.

El “riesgo perinatal” debe ser evaluado durante el control prenatal, tanto en la anamnesis del primer control, como en la de los controles siguientes; permitiendo determinar si se trata o no de un “Embarazo de Alto Riesgo”. Embarazo de Alto Riesgo es aquel que cursa en presencia de factores de riesgo materno o fetales, los cuales pueden derivar de elementos epidemiológicos o biológicos (maternos o fetales), haciendo de este un embarazo cuyo pronóstico (materno y perinatal) es peor que el de un embarazo normal. Se estima que entre un 10 y 20% de los embarazos tienen factores de riesgo y estos contribuyen al 80% de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. El desafío es detectar y manejar adecuadamente los embarazos de alto riesgo. El control prenatal es la medida más eficiente para reducir el riesgo, tanto en población general como en población de alto riesgo (19).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

De acuerdo al concepto, la metodología como disciplina científica es un cuerpo sistemático de conocimientos que toma como objeto de estudio a los métodos que se utilizan en las ciencias (50).

La investigación contribuyó a comprender la naturaleza de las cosas y la organización de nuestro sistema salud, la efectividad de los procedimientos sanitarios y el comportamiento de los pacientes, a través de la verificación; donde se aplicó la ficha de observación para la recolección de datos.

El presente trabajo de grado se expone el siguiente diseño metodológico:

VII.1. Enfoque de Estudio.

VII.1.1. Tipo de investigación. Cuantitativo

Porque utilizó la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (51). Donde se sigue un conjunto de procesos secuenciales y probatorios sin eludir pasos.

VII.1.2. Tiempo. Transversal.

Porque se realizó la recopilación de datos en un periodo de tiempo definido; en este caso de la gestión 2019.

VII.1.3. Enfoque. Descriptivo.

Porque describe sistemáticamente el comportamiento de una situación en particular; El sistema de Referencia y Contrareferencia en casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas.

VII.2. Métodos de investigación utilizados

VII.2.1. Teóricos.

VII.2.1.1. Análisis Documental.

Debido a que en el presente trabajo se realizó análisis de documentos, normas, publicaciones, revisión de libros y otros.

VII.2.1.2. Histórico Lógico.

Porque está relacionado con el estudio de la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de una etapa o periodo.

VII.2.1.3. Hipotético Deductivo.

Porque se analizó desde la ocurrencia del problema, algo que suponemos y se deducirá las consecuencias o implicaciones a partir de la hipótesis.

VII.2.1.4. Sistemáticos.

A través del cual se relacionaron los hechos sistemáticamente, hechos aparentemente aislados y se formuló una teoría que unifica los diversos elementos.

VII.2.1.5. Análisis y Síntesis.

Que se desarrolló en el todo el proceso del presente trabajo.

VII.2.2. Empíricos.

VII.2.2.1. Observación.

De fenómenos y su análisis, sin intervención.

VII.2.2.2. Medición.

Se obtuvo información numérica acerca de una propiedad o cualidad del objeto proceso o fenómeno, donde se compararon magnitudes medibles conocidas. Se realizó una ficha de observación.

VII.3. Área de Estudio.

El Área de estudio representado por todas las Referencias de Urgencias y Emergencias Ginecobstetricias que se recibieron en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros provenientes del área de influencia: Red de Salud Norte (Rural) y la Red de Salud Urbana (lado norte de la ciudad de Oruro).

VII.4. Consideraciones éticas.

La ética de la investigación, con el fin de proteger al ser humano en la investigación de la atención médica (52).

Los principios de Beneficencia/No Maleficencia están estrechamente relacionados, pero no son lo mismo. Si se actúa por beneficencia, el valor otorgado a la acción es distinto al de quien simplemente busca no causar daño. Causar un bien, a grandes rasgos, es más valioso éticamente que evitar causar un daño. Así, hacer el bien forma parte de las expectativas de la ciencia en general; al contribuir al aumento de los conocimientos humanos, es percibida como benéfica (53).

Se realizó la solicitud de **permiso institucional** al Director del Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros Dr. Ever Pérez Barco, para la revisión de expedientes clínicos de pacientes que tengan el formulario de referencia de Urgencias o Emergencias Ginecoobstétricas de la gestión 2019. (Anexo 1).

VII.5. Instrumentos de investigación.

La Ficha de observación para registro de los expedientes clínicos (Anexo 4).

Se realizó la solicitud de **validación de la ficha de observación** al Responsable del Área de Gestión de Calidad Acreditación y Auditoría Médica del SEDES Oruro. (Anexo 2).

De igual manera se realizó la solicitud de **validación de la ficha de observación**, de una experta Magister en Epidemiología Clínica y Docente de Postgrado de la UMSA (Anexos 3 y 4).

VII.6. Población y Muestra.

La población representada por 154 Expedientes Clínicos de pacientes con Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas Referidas al Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros de la Gestión 2019.

Por la cantidad de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas referidas, **se tomó en cuenta al total de la población que corresponde a 154 Expedientes Clínicos representando de esta forma al 100% de Referencias de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas.**

Por lo tanto, se infiere que es una muestra **No Probabilística**, debido a que no se ha respetado el criterio de aleatoriedad en la selección. Los elementos se han seleccionado por algún criterio o situación particular que hace suponer que no se respeta el supuesto de homogeneidad (50).

VII.7. Criterios de Inclusión y Exclusión.

VII.7.1. Criterios de Inclusión. -

- Referencias recibidas de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas del Área de influencia.
- Expedientes Clínicos de Referencias de Urgencias y Emergencias que cuentan con formulario de referencia correspondiente llenado.

VII.7.2. Criterios de Exclusión. –

- Expedientes Clínicos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas que no cuenten con formulario de Referencia.
- Referencias al Hospital que no sean Urgencias o Emergencias.
- Urgencias y Emergencias que no sean Ginecoobstétricas.

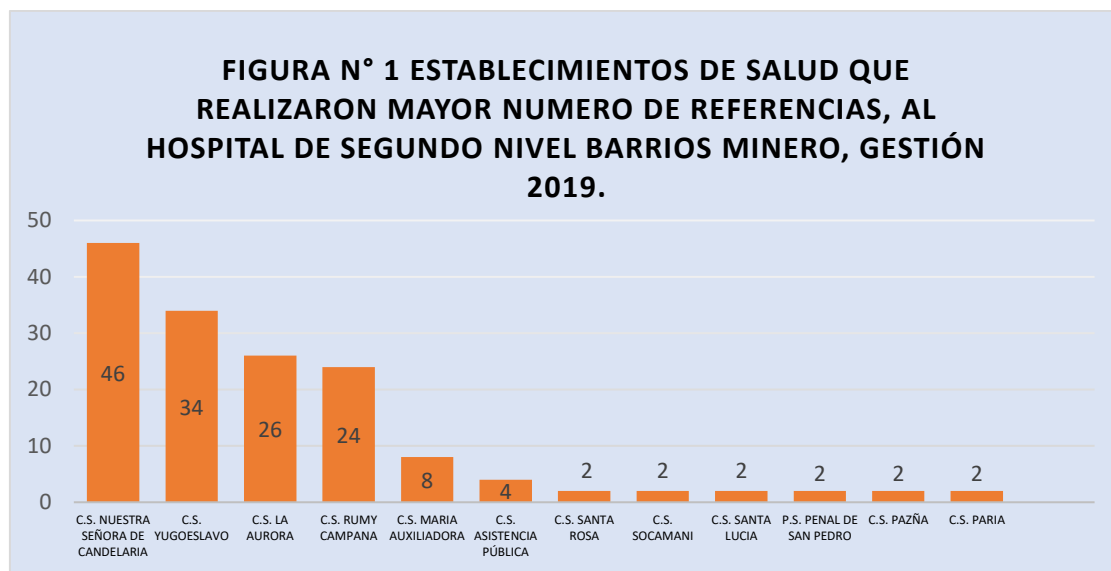
VII.8. Operacionalización de Variables.

CUADRO N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	INSTRUMENTO	DIMENSIONES
Establecimientos de Salud de 1er Nivel, que realizan mayor número de Referencias al Hospital.	Establecimientos de 1er nivel que rebasan su capacidad resolutive y realizan a referencia a Establecimiento del mayor capacidad resolutive	Cuantitativa Discreta	PORCENTAJE	FICHA DE OBSERVACIÓN	Accesibilidad al Hospital de acuerdo a la ubicación geográfica
Referencias Adecuadas	Registro en hoja de referencia de signos vitales, soportes mínimos (venoclisis) medicación inicial según patología, hoja de referencia correctamente llenado con firmas y sellos	Cuantitativa Discreta	PORCENTAJE	FICHA DE OBSERVACIÓN	Conocimiento y manejo correcto de la Norma de Referencia y Contrareferencia
Referencias Justificadas	La resolución del problema sobrepasa la	Cuantitativa Discreta	PORCENTAJE	FICHA DE OBSERVACIÓN	Cartera de servicios de los

	capacidad resolutive del 1er Nivel. Evolución del cuadro no favorable.				Establecimientos de Salud de 1er y 2do Nivel.
Referencias Oportunas	La referencia se efectúa entre 10 a 20 minutos posterior a la referencia, conforme a protocolos de atención.	Cuantitativa va Discreta	PORCENTAJE	FICHA DE OBSERVACIÓN	Conocimiento y manejo correcto de la Norma de Referencia y Contrareferencia
Comunicación oportuna con el Hospital a referir	Se comunica al Hospital el envío del paciente	Cuantitativa va Discreta	PORCENTAJE	FICHA DE OBSERVACIÓN	Conocimiento y manejo correcto de la Norma de Referencia y Contrareferencia
Hoja de referencia que cuente con hoja adicional de monitoreo de signos vitales durante la referencia	Control y monitoreo del paciente si el viaje es mayor a 1 hora	Cuantitativa va Discreta	PORCENTAJE	FICHA DE OBSERVACIÓN	Conocimiento y manejo correcto de la Norma de Referencia y Contrareferencia.

VIII. RESULTADOS.

Figura N° 1. Establecimientos de Salud que realizaron mayor número de Referencias, al Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019.



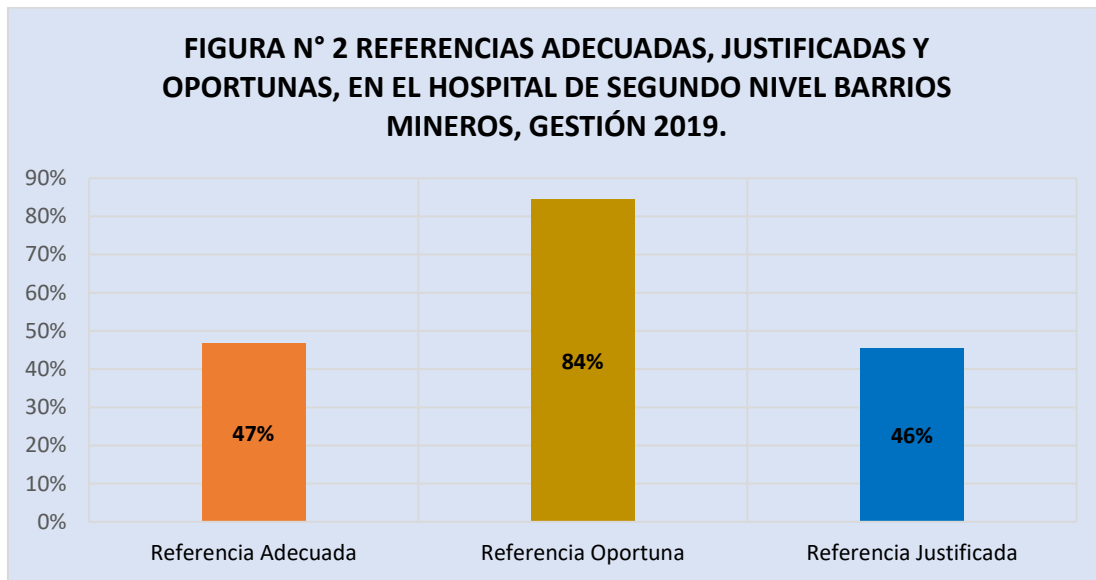
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN EXPEDIENTES CLÍNICOS REFERIDOS, GESTIÓN 2019.

INTERPRETACIÓN: El Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros como Establecimiento de Salud de Referencia que tiene dentro su ámbito de influencia 51 Establecimientos de menor complejidad, dentro de los cuales el 30% (46) de las referencias que recibe corresponde al Centro de Salud Nuestra señora de Candelaria. El 22% (34) corresponde al Centro de Salud Yugo eslavo. El 17% (26) al Centro de Salud La Aurora, lo cual corresponde debido a que estos establecimientos de salud tienen mayor cantidad de habitantes según el SNIS-Ve departamental. El 16% (24) corresponde al Centro de Salud Rummy Campana. El 5% (8) corresponde al Centro de Salud María Auxiliadora. El 3% (4) corresponde al Centro de Salud Asistencia Pública. Otros establecimientos se encuentran por igual al 1% (2).

En la evidencia se pudo corroborar debido a que los establecimientos que tienen mayor porcentaje de casos de Urgencias y Emergencias

Ginecoobstétricas según el SNIS-Ve departamental cuentan con mayor población en su ámbito de influencia.

Figura N° 2. Cumplimiento de criterios: Referencias Adecuadas, Justificadas y Oportunas, en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros Gestión 2019.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN EXPEDIENTES CLÍNICOS REFERIDOS, GESTIÓN 2019.

INTERPRETACIÓN: Dentro la calidad de las referencias de los criterios de AJO Adecuada Oportuna y Justificada se evidenció que el 47% (72) cumplen el criterio de Referencia Adecuada, que indica un porcentaje bajo de los Establecimientos de Salud de Primer nivel, que luego de agotar la capacidad resolutive, según procesos y procedimientos establecidos en la Norma, evalúa la necesidad y oportunidad de remitir a la paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

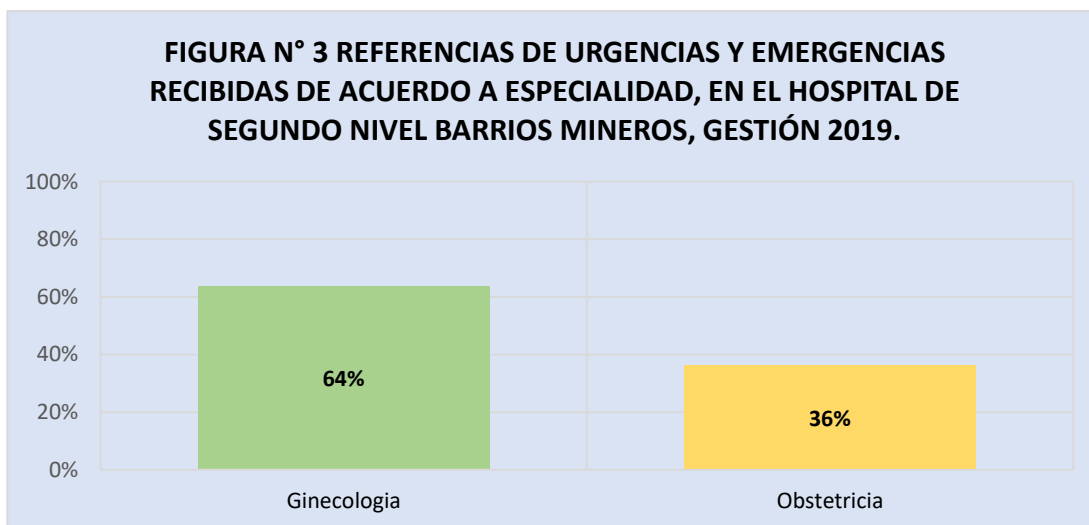
El 84% (130) indica que el criterio de Referencia fue Oportuna, por lo que los Establecimientos de salud de Primer Nivel que refirieron pacientes luego de

agotar su capacidad resolutive según procesos y procedimientos establecidos en la Norma, remite la paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive previendo la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso, entonces la norma de atención a las pacientes fue aceptable.

El 46% (70) corresponden a Referencias Justificadas, donde el Primer Nivel de atención luego de haber agotado su capacidad resolutive según procesos y procedimientos establecidos en la Norma, determinan remitir a la paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive dependiendo de la necesidad de diagnóstico y/o tratamiento especializado, donde el porcentaje encontrado fue muy bajo.

De acuerdo a la Norma, todas las Referencias deberían cumplir con los tres criterios AJO, lo cual evalúa el Establecimiento receptor en este caso el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, al momento de recibir todas las referencias.

Figura N° 3. Referencias de Urgencias y Emergencias Recibidas de acuerdo a Especialidad, en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN EXPEDIENTES CLÍNICOS REFERIDOS, GESTIÓN 2019.

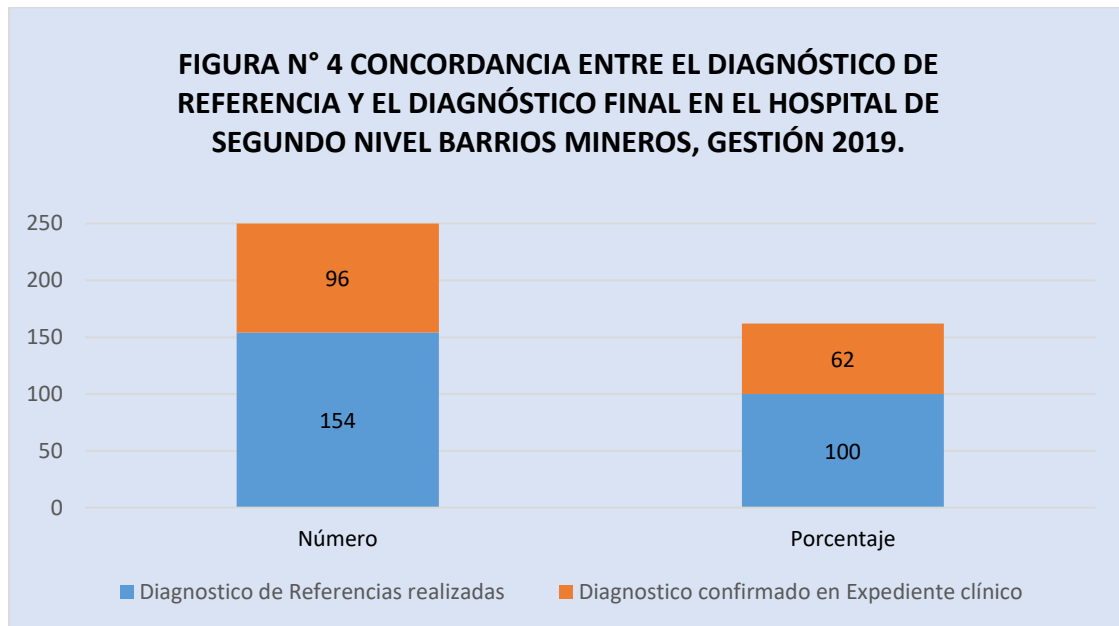
INTERPRETACIÓN: Se desgregó casos de Urgencias y Emergencias por especialidad, donde se pudo evidenciar que existe mayor porcentaje de casos ginecológicos con un 64% (98) y el 36% (56) a casos obstétricos. De los cuales se evidenció que correspondían a Aborto en Curso, Amenaza de Aborto, de los casos ginecológicos, y Amenazas de Parto Prematuro, Hipertensión del Embarazo, Rotura Prematura de membranas en los casos Obstétricos.

Estos resultados tienen concordancia con el estudio realizado en el Hospital Central Militar de México, donde las primeras causas de admisión en el departamento de Urgencias fueron Amenaza de Aborto y Trastornos Hipertensivos del Embarazo graves y no graves respectivamente (54).

Otro estudio realizado en un Hospital de Segundo Nivel de la ciudad de México, concuerda con los resultados de las principales causas de urgencias y emergencias entre las cuales citan: Preeclampsia – Eclampsia – Hellp, Aborto, hemorragias obstétricas ya sean anteparto, intraparto o postparto (10).

Estudio realizado en servicio de Emergencia Ginecoobstétrica del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco – Perú indica que las patologías que más prevalecieron en la atención de las emergencias ginecoobstétricas, fueron las pacientes que presentaron: Aborto incompleto, pre eclampsia leve, amenaza de aborto (8).

Figura N° 4. Concordancia entre el diagnóstico de Referencia y el diagnóstico final en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019.

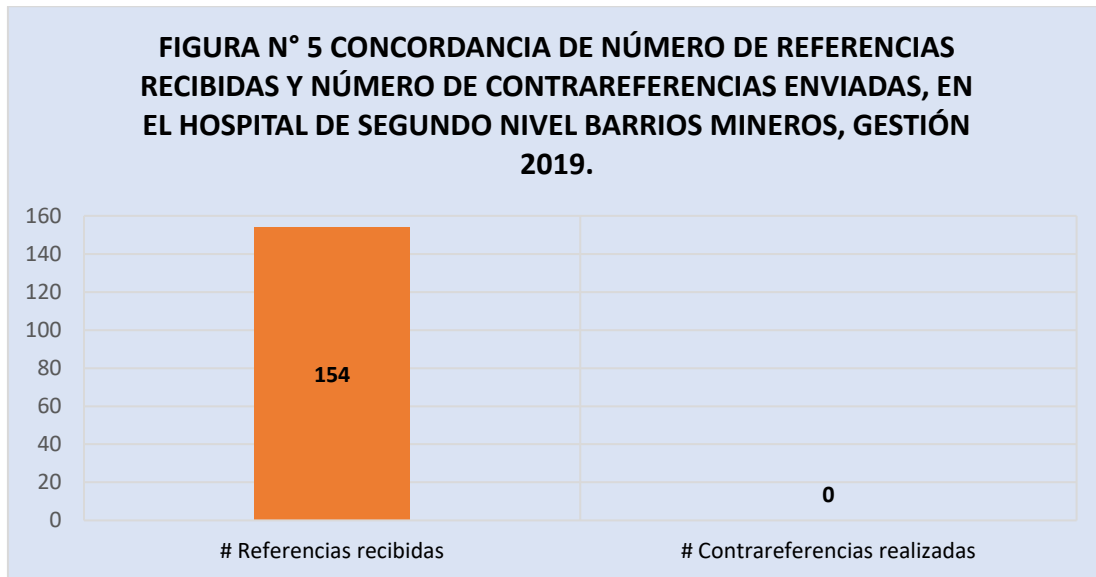


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN EXPEDIENTES CLÍNICOS REFERIDOS, GESTIÓN 2019.

INTERPRETACIÓN: Dentro de la calidad de atención se verificó la concordancia entre el diagnóstico de Referencia y el diagnóstico Final del Hospital donde se evidencio que el 62% (96) de los diagnósticos de inicio se confirmaron en el Hospital receptor.

Lo cual se relaciona con el anterior resultado de incumplimiento de las referencias Justificadas, donde los Establecimientos que Refieren a las pacientes según el criterio de necesidad de atención en establecimiento de mayor complejidad para necesidad de diagnóstico y/o tratamiento especializado, no concuerdan con el diagnostico final en el Expediente Clínico, Ej. Una paciente en la última etapa de gestación en trabajo de parto referida con diagnóstico de Desproporción Céfalo Pélvica (DCP) es recibida en el Hospital y concluye en Parto Normal.

Figura N° 5. Concordancia de Número de Referencias Recibidas y Número de Contrareferencias enviadas, en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019.

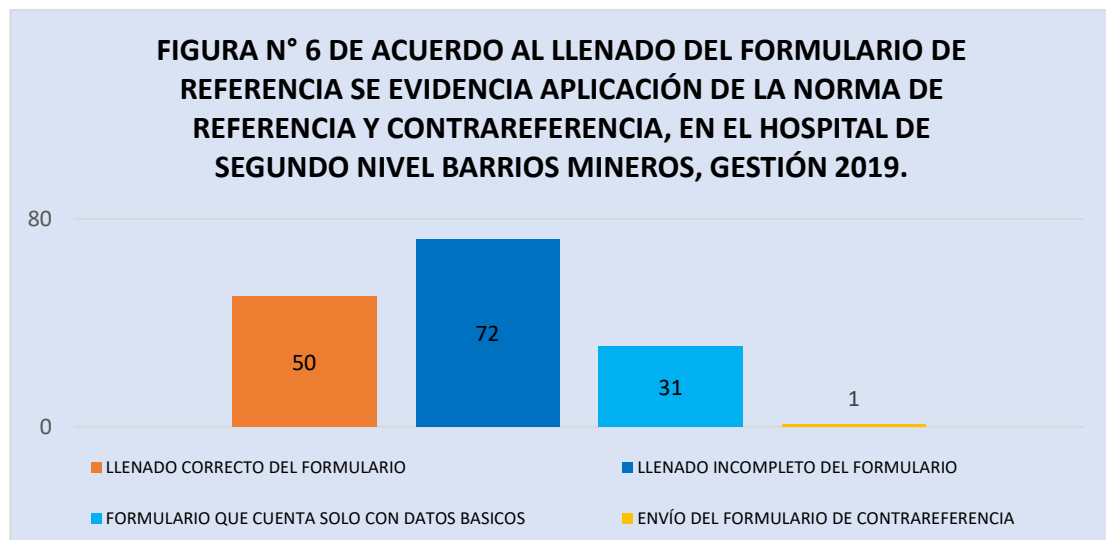


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN EXPEDIENTES CLÍNICOS VERIFICADOS, GESTIÓN 2019.

INTERPRETACIÓN: De todas las Referencias que el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros recibió ninguna cumplió con la contrarreferencia como la norma lo establece.

Es decir, para que exista un adecuado funcionamiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia, todas la Referencias deberían contar con su respectiva Contrarreferencia. Para que haya una adecuada Retroalimentación en los Establecimientos de Salud de las Redes funcionales de Salud, este aspecto es un punto álgido que limita el proceso de Referencia Contrarreferencia, y se evidencia en la evaluación de los Criterios AJO, con porcentajes bajos.

Figura N° 6. De acuerdo al llenado del Formulario de Referencia se infiere la aplicación de la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, Gestión 2019.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN EXPEDIENTES CLÍNICOS VERIFICADOS, GESTIÓN 2019.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo al llenado correcto del formulario de Referencia por el personal de salud que realiza referencias al Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, se pudo evidenciar el 32% (50) realizó el llenado correcto del formulario de Referencia, el 47% (72) realizó el llenado incompleto del formulario, el 20% (31) con formulario que contaba con datos básicos del paciente; y el envío de formulario de contrareferencia se encontró en 0% (1). Por lo que el manejo no adecuado de la Norma de Referencia y Contrareferencia es otro factor que limita el proceso de Referencia y Contrareferencia, en especial en casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas, si bien la Norma se encuentra vigente desde la gestión 2013, el personal de salud la conoce, pero a la fecha un porcentaje bajo la aplica, por lo que no existe retroalimentación a los primeros niveles, para que ellos mejoren en el cumplimiento de los Criterios AJO.

Esto puede deberse a la falta de los Comités de Referencia y Contrareferencia en el Hospital y en el ámbito de influencia.

VIII.1. Discusión.

El Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros como Establecimiento de Salud de Referencia que tiene dentro su ámbito de influencia 51 Establecimientos de menor complejidad, dentro de los cuales el 30% (46) de las referencias que recibió corresponde al Centro de Salud Nuestra Señora de Candelaria. El 22% (34) correspondía al Centro de Salud Yugoslavo. El 17% (26) al Centro de Salud La Aurora, lo cual corresponde debido a que estos establecimientos de salud tienen mayor cantidad de habitantes según el SNIS-Ve Departamental. El 16% (24) correspondía al Centro de Salud Rummy Campana. El 5% (8) correspondía al Centro de Salud María Auxiliadora. En la evidencia se puede corroborar debido a que los establecimientos que tienen mayor porcentaje de casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas según el SNIS-Ve departamental cuentan con mayor población en su ámbito de influencia.

Los criterios de AJO Adecuada Oportuna y Justificada se evidenció que el 47% (72) cumplen el criterio de Referencia Adecuada, que indica un porcentaje bajo de los establecimientos de salud de primer nivel, que luego de agotar la capacidad resolutoria, según procesos y procedimientos establecidos en la norma, evalúa la necesidad y oportunidad de remitir a la paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria. El 84% (130) indica que el criterio de Referencia fue Oportuna, por lo que los establecimientos de salud de primer nivel que refirieron pacientes luego de agotar su capacidad resolutoria según procesos y procedimientos establecidos en la norma, remite la paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria previendo la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso, entonces cumplen de la norma de atención a las pacientes aceptable. El 46% (70) corresponden a Referencias Justificadas, donde el primer nivel de atención luego de haber agotado su capacidad resolutoria según procesos y procedimientos establecidos en la norma, determinan remitir a la paciente a un establecimiento de mayor

capacidad resolutive dependiendo de la necesidad de diagnóstico y/o tratamiento especializado, donde el porcentaje se encuentra muy bajo.

En cuanto a Urgencias y Emergencias por especialidad, donde se pudo evidenciar que existe mayor porcentaje de casos ginecológicos con un 64% (98) y el 36% (56) a casos obstétricos. De los cuales se evidenciaron que corresponden a Aborto en Curso, Amenaza de Aborto, de los casos ginecológicos, y Amenazas de Parto Prematuro, Hipertensión del Embarazo, Rotura Prematura de membranas en los casos Obstétricos.

Estos resultados concuerdan con estudios realizados en otros países como México y Perú.

La correlación diagnóstica entre el diagnóstico de Referencia y el diagnóstico final del Hospital donde se evidencio que el 62% (96) de los diagnósticos de inicio se confirmaron en el Hospital receptor.

Lo cual se evidenció con el incumplimiento de las referencias Justificadas, donde los establecimientos que refieren a las pacientes según el criterio de necesidad de atención en establecimiento de mayor complejidad para necesidad de diagnóstico y/o tratamiento especializado, no concordaban con el diagnostico final en el expediente clínico.

De todas las Referencias que el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros recibió solo 1 cumplió con la contrarreferencia como la norma lo establece.

Es decir, para que exista un adecuado funcionamiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia, todas las referencias deberían contar con su respectiva contrarreferencia. Para que haya una adecuada retroalimentación en los establecimientos de salud de las redes funcionales de salud, este aspecto es un punto álgido que limita el proceso de Referencia Contrarreferencia, y se evidencia en la evaluación de los criterios AJO, con porcentajes bajos.

En cuanto al llenado correcto del formulario de Referencia por el personal de salud que realizó referencias al Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros, se pudo evidenciar el 32% (50) realiza el llenado correcto del formulario de Referencia, el 47% (72) realizaron el llenado incompleto del formulario, el 20% (31) con formulario que contaba con datos básicos del paciente; y el envío de formulario de contrareferencia se encontró en 0% (1). Por lo que el manejo no adecuado de la norma de Referencia y Contrareferencia es otro factor que limita el proceso de Referencia y Contrareferencia, en especial en casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas, si bien la norma se encuentra vigente desde la gestión 2013, el personal de salud la conoce, pero a la fecha un porcentaje bajo la aplica, por lo que no existe retroalimentación a los Primeros Niveles, para que ellos mejoren en el cumplimiento de los Criterios AJO.

IX. CONCLUSIONES.

Los Establecimientos que refirieron pacientes con mayor frecuencia al Hospital de Segundo Nivel fueron Centro de Salud Candelaria, Centro de Salud Yugoeslavo y Centro de Salud La Aurora, Centro de Salud Romy Campana, Centro de Salud María Auxiliadora y Centro de Salud Asistencia Pública, lo cual se encuentra correlacionado por la cantidad de habitantes que cada uno de estos tiene en el ámbito de su influencia.

Los criterios AJO de Referencias, Adecuadas Justificadas y Oportunas no se están cumpliendo a cabalidad en los primeros niveles de atención, eso se evidencio en los formularios de referencia de los expedientes clínicos del Hospital, por lo que es un factor que limita el proceso de Referencia y Contrareferencia.

En cuanto a la concordancia clínica entre el diagnóstico de referencia, y el diagnóstico final en el Hospital de Segundo Nivel se encontró el 62% (48) concordancia, sin embargo, debería llegarse a un 85% de concordancia según la norma. Lo cual indica que diagnósticos que no requieren tratamiento en el Segundo Nivel, están siendo atendidos en el mismo, claro ejemplo de las emergencias Obstétricas que concluyeron en parto normal, y este aspecto llegando a colapsar la capacidad del Hospital del Segundo Nivel cuando podían haber sido atendidas en el Primer Nivel.

En cuanto a la correlación de referencias recibidas y contrareferencias enviadas o remitidas estas deberían expresar el 100% sin embargo se encontró en 0%, situación contraproducente para el personal y el Hospital debido a que al no realizar la retroalimentación a los primeros niveles enviando la contrareferencia respectiva, hacen que el primer nivel no evidencie algunos diagnósticos incorrectos en los formularios de referencia inicial.

Este aspecto, pone en evidencia el deficiente llenado del formulario de Referencia por el personal de salud que realizó referencias al Hospital de

Segundo Nivel Barrios Mineros, que si existe conocimiento de la norma, sin embargo, no la aplican.

También se puede evidenciar que el comité de Referencia y Contrareferencia del Hospital no se encuentra funcionando, para el análisis de los casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas. Y para análisis de casos de referencias al azar.

Por lo tanto, se puede indicar que el no funcionamiento de este comité dentro del establecimiento de salud y dentro las redes funcionales de salud tiene sus repercusiones en los diferentes niveles de atención.

Por lo que los factores que limitan el proceso de Referencia y Contrareferencia son diversos, especialmente la falta de aplicación de la Norma, Recursos Humanos, tanto en el Primer Nivel como en el Segundo Nivel.

X. RECOMENDACIONES.

La norma de Referencia y Contrareferencia se encuentra vigente y es clara, por lo tanto, el personal de salud debe aplicarla, las autoridades deben contribuir realizando reciclaje de la norma al personal del Primer Nivel y de Segundo Nivel, de manera periódica.

Las autoridades departamentales deben descongestionar el Hospital de Segundo Nivel, convirtiendo a los Establecimientos de Primer Nivel que mayor número de referencias realizan, en Centro de Salud Integrales que tengan mayor capacidad resolutive.

Las autoridades departamentales deben poner en funcionamiento, los comités de Referencia y Contrareferencia en el Hospital y en las Redes Funcionales de Salud para análisis de todos estos casos que no cumplen con los Criterios AJO.

Este comité dentro del Establecimiento de Segundo Nivel deber funcionar a través del Gestor de Calidad quién debe realizar el seguimiento del funcionamiento adecuado de este comité. En la conformación del Comité deben participar el Director del Hospital o representante del mismo con capacidad de toma de decisiones, el responsable del Servicio de Emergencias del Hospital, los Responsables Médicos de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel que realizan Referencias al Hospital, los Coordinadores de Red del ámbito de influencia y representantes departamentales de Salud.

Una vez en funcionamiento los comités de Referencia y Contrareferencia, deben realizar el análisis de casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas y la retroalimentación en cuanto a la norma de Referencia y Contrareferencia con lo que mejorará la correlación diagnóstica de los casos Referidos. Estas reuniones de análisis de casos deben ser mensuales trimestrales, semestrales, anuales y a requerimiento de acuerdo a casos que ameriten reuniones extraordinarias para análisis de casos especiales.

El análisis de casos por los comités de Referencia y Contrareferencia, también dará lugar a la mejora del manejo del Sistema de Referencia y Contrareferencia especialmente a remitir los casos contrareferidos al lugar donde se inició la referencia.

Las autoridades departamentales deben trabajar en un Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, que de acuerdo a experiencias en otros países, es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre (6).

El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, deberá estar conformado por un representante de salud departamental, representante de cada coordinación de Red, representantes de todos los Establecimientos de Salud de Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel, Establecimientos de Salud Públicos, Privados, de convenio, Entes Gestores, etc.

El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, debe funcionar las 24 horas con su centro de llamadas que pueda coordinar las referencias entre los diferentes Establecimientos de Salud, de manera adecuada justificada y oportuna.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bolivia; Ministerio de Salud; Dirección General de Servicios de Salud; Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia. 2nd ed. La Paz: Artes Gráficas; 2013.
2. Dirección General de Planificación; Ministerio de Salud y Deportes; Plan Estratégico Institucional 2016 - 2020. [Online].; 2016 [cited 2021 Febrero 22. Available from: <Http://www.sns.gob.bo>.
3. Dirección General de Planificación; Ministerio de Salud y Deportes; Plan Sectorial de Desarrollo 2016 - 2020 Sector Salud. [Online].; 2016 [cited 2021 Febrero 22. Available from: <http://www.planificacion.gob.bo>.
4. Bolivia; Ministerio de Salud y Deportes; Dirección General de Servicios de Salud; Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad; Modulo de Desarrollo de Competencias en la Atención Integral de las Emergencias Obstétricas. [Online].; 2018 [cited 2021 Febrero 25. Available from: <http://minsalud.gob.bo>.
5. Secretaría de Salud; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. [Online].; 2016 [cited 2021 Febrero 23. Available from: <http://www.cnegsr.salud.gob.mx>.
6. Leopoldo G. Intranet Metrosalud; Manual de Referencia y Contrareferencia. [Online].; 2017 [cited 2021 Febrero 23. Available from: <https://www.intranet.metrosalud.gov.co>.
7. Cosavalente-Vidarte O, Zevallos L, Fasanando J, Cuba-Fuentes S. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2019 Abril - Junio; 36(2).
8. Contreras A. “Principales Patologías Gineco Obstétricas en Pacientes Atendidas en el Servicio de Emergencias Gineco Obstétricas del HRHVM Huanuco Abril - Septiembre 2016”. [Online].; 2017 [cited 2021 Febrero 26. Available from: <https://www.repositorio.udh.edu.pe>.
9. Franco RA. Las Relaciones Interpersonales un Acto Terapéutico La Paz: Instituto Internacional de Integración Convenio Andrés Bello; 2018.
10. López-Ocaña LR, Hernández-Pineda NA, Cruz-Cruz PdR, Ramiro-H M, Valle-Ibarra VOPd. Causas de Emergencia Obstétrica y Equipo de Respuesta Inmediata en un Hospital de Segundo Nivel. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social. 2017 Julio; 1(55).
11. Marron-Peña M. Mortalidad Materna: Un enfoque histórico. Revista Mexicana de Anestesiología. 2018 Enero - Marzo; 41(1).

12. Cabrera C, Testa M, Gómez J, Galiffa D, Salas G. Evolución actual de la mortalidad materna. Revista Latinoamericana de Perinatología. 2019 Marzo - Mayo; 22(3).
13. Garcia J, Ramírez M, Moreno M, Alonso E, Gorbea V. Revista Mexicana de Anestesiología. [Online].; 2018 [cited 2021 Febrero 23. Available from: <http://www.medigraphic.org.mx>.
14. Eras J, Camacho J, Daniela Y. Enfermería Investiga: Anemia Ferropénica como factor de riesgo en la presencia de Emergencias Obstétricas. [Online].; 2018 [cited 2021 Febrero 24. Available from: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n2.2018.04>.
15. Mahecha DL. ¿Cuáles son las acciones de mejora que deben implementar las EPS con su sistema de referencia y contrarreferencia, para que la atención sea oportuna y de calidad? Bogota. 2017. Ensayo.
16. Salas CH. Sistema de referencia y contrarreferencia en el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Propuesta para su mejoramiento. Revista Médica Carriónica. 2019 Marzo; I(1).
17. Inga-Berrosipi F, Rodríguez CA. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2019 Abril - Junio; 36(2).
18. Bolivia; Ministerio de Salud y Deportes; Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES). Bases Para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud y Deportes La Paz: Presencia 2008; 2008.
19. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8th ed. Chile: Escuela de Medicina; Facultad de Medicina; Universidad Católica de Chile; 2017.
20. Vázquez ML, Vargas I, Mogollón AS, Silva MRFd, Unger JP, Paepe Pd. Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil Un estudio de casos Bogota: Universidad del Rosario; 2018.
21. Gori J, Castaño R, Lorusso A. Ginecología de Gori. 3rd ed. Buenos Aires: Panamericana; 2016.
22. Céspedes H, Céspedes A. Ginecología Oruro - Bolivia: Latina Editores Ltda.; 2016.
23. Jeri M, Quispe M, Santos L, Bustamante FA. Factores de riesgo asociados al aborto espontáneo en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecobstetricia de un hospital militar de Lima Metropolitana, 2017. 2017. Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud.
24. Espinoza A, Fernández R, Solar T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. Revista Médica Sinergia. 2019 Mayo; 4(5).

25. Huanca J, Aranzabal G, Chanduvil W. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un Hospital De Referencia Peruano. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020 Enero - Marzo; 20(1).
26. Vargas T, Acuña D. Revisión: hiperémesis gravídica. Revista Acta Médica. 2019 Noviembre; 65.
27. Nieto Á, Burgos J, Echeverry L, Escobar M. Encefalopatía de Wernicke secundario a hiperémesis gravídica: la importancia del diagnóstico temprano. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018 Junio; 83(3).
28. Matos H, Rodríguez O, Estrada G, Martínez M, Saap A, Osorio M, et al. Caracterización del embarazo ectópico. Revista Información Científica. 2018 Noviembre - Diciembre; 97(6).
29. Escobar B, Perez C, Martínez H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017; 55(3).
30. Camas P, Bouyer J, Fernandez H. Embarazo ectópico. ELSEVIER - EMC- Tratado de Medicina. 2017 Septiembre; 21(3).
31. Posadas A, Moreno A, Celis C, Cruz E. Control de la hemorragia obstétrica mediante ligadura selectiva de las arterias uterinas. Experiencia de siete años. Revista Ginecología y Obstetricia de Mexico. 2019 Septiembre; 87(9).
32. García J, Ramírez M, Moreno M, Alonso E, Gorbea V. Hemorragia obstétrica postparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 «C». Revista Mexicana de Anestesiología. 2018 Abril - Junio; 41(1).
33. Shobeiri F, Jenabi E. Tabaquismo y placenta previa: un metanálisis. The Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine. 2017 Enero; 30(24).
34. Gibbins K, Einerson B, Varner M, Sliver R. Placenta previa y morbilidad hemorrágica materna. The Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine. 2018 Febrero; 31(4).
35. Huertas E. Rendimiento del ultrasonido en el diagnóstico de acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2019 Enero - Marzo; 8(1).
36. Diaz P, Bustamante M, Altamirano R, Schepeler M, Caradeux J. Hemoperitoneo masivo como presentación de un caso de percreta placentario. Revista Chilena de obstetricia y ginecología. 2020 Abril; 85(2).
37. Liñayo J, Álvarez E, Domínguez P, Alves MT, Castro L. Morbilidad y mortalidad a largo plazo en mujeres con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Revista Ginecología y Obstetricia Mexico. 2019 Marzo; 87(3).

38. Martos MdlÁ, Martínez M, Campos S, Salcedo Á, Pérez T. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina. *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2018 Febrero; 61(3).
39. Guadalupe S, Oshiro S. Factores de Riesgo Asociados a Parto Pretérmino en Gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora Durante el Año 2015. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2017 Junio; 17(1).
40. Escobar B, Gordillo L, Martinez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017 Abril; 55(4).
41. Davila J, Vélez A, Salas C, Dávila JX. Infección de vías urinarias como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2017 Septiembre; 1(4).
42. Acuña TM. Ruptura Prematura de Membranas. *Revista Médica Sinergia*. 2017 Noviembre; 2(11).
43. Rodríguez M, Miranda O, Reséndiz A. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. *Revista Ginecología y Obstetricia de Mexico*. 2018 Mayo; 86(5).
44. Fernandez J, Mesa C, Vilar Á, Soto E, González MdC, Serrano E, et al. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. *Revista Nutrición Hospitalaria*. 2018 Marzo; 35(4).
45. Valerio LV. Estados Hipertensivos del Embarazo. *Revista Médica Sinergia*. 2017 Marzo; 2(3).
46. Céspedes H, Céspedes A. *Obstetricia y Medicina Perinatal Oruro - Bolivia*; Latina Editores Ltda.; 2017.
47. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2014.
48. Wu XC. Gestación Múltiple. *Revista Médica Sinergia*. 2018 Mayo; 3(5).
49. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. *Manual Básico de Obstetricia y Ginecología*. 2nd ed. Madrid: Advantia Comunicación Gráfica; 2017.
50. Yuni J, Urbano C. *Técnicas Para Investigar; Recursos Metodológicos Para La Preparación de Proyectos de Investigación*. 2nd ed. Argentina: Brujas; 2014.
51. Sampieri RH, Collao CF, Lucio PB. *Metodología de la Investigación*. 6th ed. Mexico D. F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014.

52. Manual de Ética Médica; Asociación Médica Mundial. www.wma.net. [Online].; 2015 [cited 2019 Agosto 5].
53. Ética de la Investigación, Integridad Científica; Comisión Nacional de Bioética/Secretaría de Salud. [Online].; 2015 [cited 2021 Febrero 25. Available from: <http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx>.
54. Garcia L, Ramos J, Morales I, Fuentes M, Hernández E, Garcia R. Cirugía y Cirujanos - PUBMED; Emergencias y Urgencias Obstétricas en el Hospital Central Militar(I): Nuestra Visión y el Horizonte Epidemiológico. [Online].; 2018 [cited 2021 Febrero 26. Available from: <http://www.cirugiaycirujanos.com>.
55. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8th ed. Chile: Facultad de Medicina; Pontificia Universidad Católica de Chile; 2017.
56. Yuni J, Urbano C. Técnicas par investigar; Recurso Metodológicos Para la Presentación de Proyectos de Investigación. 2nd ed. Córdoba: Brujas; 2014.
57. Grasso L. Encuestas Elementos para su Diseño y Análisis Córdoba: Brujas; 2016.

XII. ANEXOS.

ANEXO N° 1. SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

Oruro 22 de julio de 2019

Señor:

Dr. Nabel Ever Pérez Barco
DIRECTOR HOSPITAL DE 2do NIVEL BARRIOS MINEROS
Presente. –

Ref. SOLICITUD DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS, FORMULARIOS DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE CASOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS DEL PRIMER SEMESTRE 2019 DE SU INSTITUCIÓN.

Señor Director, a través de la presente reciba un saludo cordial y deseos de éxito en las funciones que desempeña.

El motivo es para solicitarle la REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS, FORMULARIOS DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DE CASOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS DEL PRIMER SEMESTRE 2019 DE SU INSTITUCIÓN.

Indicarle que mi persona está realizando el trabajo de investigación sobre: "Circunstancias que Limitan el Proceso de Referencia y Contrareferencia en Casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros del Departamento de Oruro Primer Semestre 2019". Dentro del Postgrado de Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica, de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés.

El compromiso personal, es de hacer llegar los resultados del trabajo, más una copia del trabajo final una vez realizada la defensa.

Sin otro particular, y agradeciendo de antemano su atención me despido de usted con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,


Dr. W. Ivan Oczachoque Cruz
C.I. 4057724 Dr.
Clrsante Esp. GCyAM


Dr. Nabel Ever Pérez Barco
C.I. 1014
HOSPITAL PRIMER BARRIOS MINEROS
Aceptado

ANEXO N° 2. VALIDACIÓN DE FICHA DE OBSERVACIÓN POR RESPONSABLE DE ÁREA DE GESTIÓN DE CALIDAD ACREDITACIÓN Y AUDITORÍA MÉDICA DE SEDES ORURO.

Oruro 22 de julio de 2019

Señora:

Dr. Henry Tapia Alá

**RESPONSABLE DEL ÁREA DE GESTIÓN DE CALIDAD ACREDITACIÓN Y AUDITORIA MÉDICA
SEDES ORURO**

Presente. –

**Ref. SOLICITUD DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN
SOBRE REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS DE CASOS
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN EL HOSP. DE 2do NIVEL BARRIOS
MINEROS.**

Distinguido doctor, a través de la presente reciba un saludo cordial y deseos de éxito en las funciones que desempeña.

El motivo es para solicitarle la SOLICITUD DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN SOBRE REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS DE CASOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN EL HOSP. DE 2do NIVEL BARRIOS MINEROS.

Indicarle que mi persona está realizando el trabajo de investigación sobre: “**Circunstancias que Limitan el Proceso de Referencia y Contrareferencia en Casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros del Departamento de Oruro Primer Semestre 2019**”. Dentro del Postgrado de Especialidad en Gestión de Calidad y auditoría Médica.

El compromiso personal, es de hacer llegar los resultados del trabajo, más una copia del trabajo final una vez realizada la defensa.

Sin otro particular, y agradeciendo de antemano su atención me despido de usted con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,


Dr. W. Ivan Oczachoque Cruz
C.I. 4057724 Or.
Cursante Esp. GCyAM


Dr. Henry G. Tapia Alá
RESPONSABLE DEL ÁREA DE GESTIÓN DE CALIDAD
ACREDITACIÓN Y AUDITORÍA MÉDICA
SEDES - ORURO
Aceptado

Cc/Arch.

ANEXO N° 3. VALIDACIÓN DE FICHA DE OBSERVACIÓN POR M.Sc. DOCENTE DE POSTGRADO.

Oruro 12 de marzo de 2021

Señora:

Dra. Patricia Philco Lima
Magister en Epidemiología Clínica
Docente de Postgrado de la Facultad de Medicina UMSA
Presente. –

**Ref. SOLICITUD DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN
SOBRE REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS DE CASOS
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN EL HOSP. DE 2do NIVEL BARRIOS
MINEROS.**

Distinguido doctor, a través de la presente reciba un saludo cordial y deseos de éxito en las funciones que desempeña.

El motivo es para solicitarle la SOLICITUD DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN SOBRE REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS DE CASOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN EL HOSP. DE 2do NIVEL BARRIOS MINEROS.

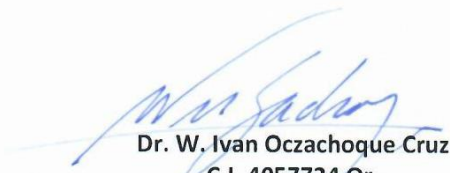
Indicarle que mi persona está realizando el trabajo de investigación sobre: **“Circunstancias que Limitan el Proceso de Referencia y Contrareferencia en Casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros del Departamento de Oruro 2019”**. Dentro del Postgrado de Especialidad en Gestión de Calidad y auditoría Médica, de la UMSA.

El compromiso personal, es de hacer llegar los resultados del trabajo, más una copia del trabajo final una vez realizada la defensa.

Adjunto ficha de observación.

Sin otro particular, y agradeciendo de antemano su atención me despido de usted con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,


Dr. W. Ivan Oczachoque Cruz
C.I. 4057724 Or.
Cursante Esp. GCyAM

Cc/Arch.

ANEXO N° 4. FICHA DE OBSERVACIÓN.

Circunstancias que limitan el Proceso de Referencia y Contrareferencia en casos de Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas en el Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros del departamento de Oruro Primer Semestre 2019

FICHA DE OBSERVACIÓN

NOMBRE DEL OBSERVADOR: Wilfredo Ivan Oczachoque Cruz

FECHA DE VERIFICACIÓN:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE 1° NIVEL QUE REFIERE: C.S.

Instructivo de llenado: Se verificará cada ítem en cada Expediente Clínico (EC) la Hoja de referencia, verificado si cumple o no con el ítem verificado.

SI CUMPLE SE MARCARA	✓
SI NO CUMPLE SE MARCARA	X

N°	ITEM DE VERIFICACIÓN	EC 1	EC 2	EC 3	EC 4	EC 5	EC 6	EC 7	EC 8	EC 9	EC 10	Total cumple
1	REFERENCIA ADECUADA											
2	COHERENCIA DEL RESUMEN CLÍNICO Y DIAGNOSTICO SOBRE URGENCIA Y EMERGENCIA GINECO OBSTETRICA											
3	MEDICACIÓN INICIAL SEGÚN PATOLOGÍA Y PROTOCOLO VIGENTE											
4	USUARIA Y FAMILIARES Y/O PERSONA CERCANA (MAYOR DE EDAD) , INFORMADOS SOBRE EL MOTIVO DE REFERENCIA VERIFICAR FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO											
5	REFERENCIA JUSTIFICADA											
6	DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO DE REFERENCIA LA RESOLUCIÓN DEL											

	PROBLEMA DE LA USUARIA SOBREPASA LA CAPACIDAD RESOLUTIVA INSTALADA EN EL ESTABLECIMIENTO DE 1° NIVEL																		
7	LA EVOLUCIÓN DEL CUADRO NO FUE FAVORABLE CON EL TRATAMIENTO INICIAL ESTABLECIDO CONFORME A PROTOCOLOS VIGENTES																		
8	EL DIAGNOSTICO DEL HOSPITAL QUE RECIBE A LA PACIENTE CONFIRMA O TIENE RELACIÓN CON EL DIAGNOSTICO DEREFERENCIA																		
9	REFERENCIA OPORTUNA																		
10	LA REFERENCIA SE EFECTÚA ENTRE 10 A 20 MINUTOS POSTERIOR A LA REFERENCIA, CONFORME A PROTOCOLOS DE ATENCIÓN (SIN DEMORAS INNECESARIAS) NI RAZONES ADMINISTRATIVAS INHERENTES AL TRASLADO																		
11	SE COMUNICO CON EL HOSPITAL DE REFERENCIA EL ENVIO DE LA PACIENTE CONSIDERANDO QUE ES UNA URGENCIA O EMERGENCIA																		
12	LA HOJA DEREFERENCIA CUENTA CON UNA HOJA ADICIONAL DE CONTROL DE MONITOREO DE LA PACIENTE DURANTE EL TRASLADO SI EL VIAJE ES MAYOR A 1 HORA. CONSIDERADO PROCEDIMIENTO CLAVES PARA LAS URENCIAS Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS																		
13	CONTRAREFERENCIA ENVIADA																		
14	DE ACUERDO AL LLENADO Y RECEPCIÓN DE LAS HOJA DE REFERENCIA SE PUEDE INFERIR QUE EL PERSONAL DE SALUD TIENE CONOCIMIENTO DE LA NORMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																		



Validado por M.Sc. Patricia Philco Lima
Docente de la Unidad de Postgrado