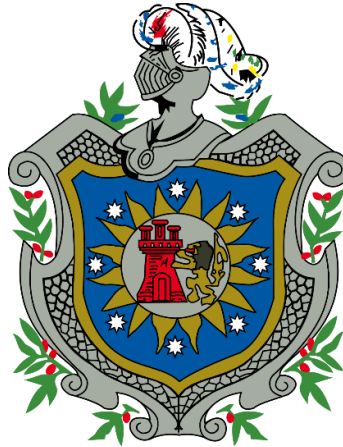


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Tesis para optar al título de Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.

Tema: Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en las pacientes diagnosticadas con LIE-BG en el centro de salud Pedro Altamirano red oriental, Managua 2017-2018

Autor:

Dra. Lashkmi Marcela Osorio Traña

Tutor Científico y Metodológico:

Dr. Allan González Torres
Médico – Cirujano, Msc. Gestión de Servicios de Salud

Managua, Nicaragua, Marzo 2021

DEDICATORIA

Dentro de mi recorrido por la vida me puede dar cuenta de que hay muchas cosas para lo que soy buena, encontré destrezas y habilidades que jamás pensé se desarrollaran en mí, pero lo importante es que pude descubrir a las personas que me han apoyado en todo este camino, después de vencer una batalla difícil contra el cáncer de mama que me limitó seguir con mi estudios pero que nunca me di por vencida y esta tesis es la culminación de lo que con mucho esfuerzo inicié.

Por este motivo que quiero dedicarla primeramente a Dios por darme una segunda oportunidad de vida y por enseñarme que la Fe es la que nos hace luchar y continuar viviendo cada día como que fuera el último. A mi madre y mi abuelo que por ellos soy una profesional y que desde el cielo me cuidan y protegen en cada momento, a mi tío Mario que realmente es mi hermano, por tu ayuda incondicional y que siempre has estado presente en cada paso de mi vida, a mi abuelita Nicolasa que me abrigas con tu amor y eres uno de los motores de mi existencia y finalmente a mi hermano Osber por ser mi apoyo y mi amigo en este camino que la vida me hace andar.

AGRADECIMIENTO

Al concluir una etapa maravillosa de mi vida quiero extender mis más grande y profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a mi caminaron en todo momento y siempre fueron una inspiración, apoyo y fortaleza. Esta mención especial es para Dios por regalarme la vida después de un duro proceso de enfermedad que pude triunfar, a mi papa por ser mi apoyo moral a mi tutor Dr. Allan González que es el responsable y mi guía en el área administrativa, a todos mis amigos que siempre estuvieron animándome a seguir y nunca desistir a mi querido amor que llegaste a mi vida en el momento indicado para enseñame que la vida continua y que el límite es el cielo y en especial a Ministerio de salud en nombre de la Dra. Natalia Salgado, Lic. Humberto Murillo y al Dr. Andrés Zamora por el apoyo incondicional que recibí en todo este tiempo de lucha contra una de las enfermedades más temibles y dolorosas que existe y por permitirme terminar con mi más grade sueño de vida, ser una especialista de excelencia y con mucho ganas de ayudar a los demás.

OPINION DE TUTOR

El Ministerio de Salud en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de Managua, desde hace unos años, inicio el proceso de creación de nuevas especialidades, como lo fue la Especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología, este híbrido académico abre la posibilidad, para que los nuevos profesionales de la salud se puedan desempeñar en la parte gerencial con visión epidemiológica, constituyéndolo en un profesionalista integral y capacitado en resolver la mayoría de las situaciones donde se requiere tomar decisiones acertadas y que tengan un impacto en la salud de la población en general.

Hace aproximadamente 1 año, la Dra. Lashkmi Marcela Osorio Traña médico general y exdirectora del centro de salud de Ticuantepe, me propuso asesorarla en su tesis para optar al título de Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología, con el título de la investigación: Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en las pacientes diagnosticadas con LIE-BG en el centro de salud Pedro Altamirano red oriental, Managua 2017-2018. Asesorar este estudio fue un Honor y un reto en mi experiencia, ya que se trató de la primera evaluación científica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Ministerio de Salud de acuerdo a la norma técnica 068.

Es meritorio reconocer que, la Dra. Osorio realizó una propuesta de evaluación novedosa incorporando a la evaluación técnica, el perfil demográfico de las pacientes referidas, obteniendo unos resultados más que prometedores y que dan apertura a otras líneas de investigación con mayor cobertura a nivel nacional.

Espero que este pequeño aporte, pero significativo a la ciencia, que realiza la Dra. Osorio, sirva al equipo del Ministerio de Salud, a la Universidad y a los futuros profesionales a sensibilizarlos en el tema y realizar los cambios organizacionales necesarios en beneficio de la salud de nuestra población nicaragüense.

Allan Antonio González Torre
Master en Gestión de Servicios de Salud
Tutor

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar el envío adecuado de la referencia y contrarreferencia según la normativa técnica 068 de Ministerio de Salud de Nicaragua, se estudió a las pacientes diagnosticadas con lie-bg en el centro de salud Pedro Altamirano red oriental, Managua 2017-2018, se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal donde participaron 4 unidades de salud las cuales fueron: Hospital Primario Amistad México Nicaragua Ticuantepe, Centro de Salud Carlos Rugama y Centro de Salud Roberto Herrera como unidades referente y el centro de salud Pedro Altamirano como unidad receptora. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas, la medición de la calidad de las referencias enviadas por las unidades de salud referentes y la medición la calidad de las contrarreferencias enviadas por la unidad de salud receptora. Los datos fueron procesados y analizados en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS, realizando tablas de frecuencia que permitieron identificar datos de interés para realizar cruces de variables, del análisis y discusión de los resultados obtenidos, donde se alcanzaron las siguientes resultados: Las mujeres referidas con lesiones intraepiteliales de bajo grado se encontraban en el rango de edad de 20 – 24 años con un 24%, El estado civil más frecuentemente encontrado fue Unión de hecho estable con un 44% y la escolaridad encontrada fue la secundaria completa con un 31%. La referencia no urgente fue la mayormente encontrada en un 95%. Con respecto a los estándares de calidad de la referencia se encontró que el 93% fueron adecuados y el tiempo de referencia fue de 5 días con el 41%. En relación al tiempo de referencia y el tipo de referencia se encontró que 41% fueron atendidas a los 5 días y que no eran urgente. En relación a los estándares de contrarreferencia encontramos que el 100% no cumple con lo escrito en la norma técnica 068. El nivel de la calidad de la contrarreferencia es no adecuado en el 100% en todas las unidades de salud y el registro de la contrarreferencia en el expediente clínico fue no adecuado en el 100% de las pacientes referidas de las unidades de salud en estudio.

Contenido.

1. INTRODUCCION.....	1
2. ANTECEDENTES.....	2
3. JUSTIFICACION.....	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
5. OBJETIVOS.....	9
5.1 Objetivo General:	9
5.2 Objetivos Específicos:.....	9
6. MARCO TEORICO	10
6.1 Descripción del flujo del paciente referido de forma ambulatoria.....	14
6.2 Esquema grafico del funcionamiento de Referencias y Contrarreferencias.....	14
6.3 Referencia con Carácter de Urgencia.....	15
6.4 Descripción del flujo del paciente referido en estado de urgencia.....	15
6.5 De la Referencia del Centro de Salud Familiar y Comunitario.....	16
6.6 Contrarreferencia.....	16
6.7 De la Contrarreferencia de los Puestos/Centros de Salud y Hospitales.....	16
6.8 Descripción del Flujo del Paciente Contra referido.....	17
6.9 Unidad Referente.....	17
6.10 Unidad Receptora.	18
6.11 Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la Norma Técnica de referencia y contrarreferencia.	19
6.12 Definición de cáncer cérvicouterino:.....	19
6.13 Evolución natural del cáncer cérvicouterino.....	20
6.14 Etiología.....	21
6.15 Factores de Riesgo.....	21
6.16 Lesiones intraepiteliales de Cuello Uterino.	21
6.17 Detección de Lesión Intraepiteliales Pre-Invasoras.	22
6.17.1 Vinculación entre tamizaje y tratamiento:	22
6.17.2 Citología cervical o Papanicolaou.....	22
6.17.3 Diagnóstico.....	22
7. DISEÑO METODOLOGICO.....	24
7.1 Tipo de estudio:.....	24
7.2 Área de estudio.....	24
7.3 Universo.	24
7.4 Muestra.	24

7.5	Unidad de Análisis:.....	25
7.6	Criterios de Inclusión.....	25
7.7	Criterios de Exclusión.	25
7.8	Fuente de Información.....	26
7.9	Técnicas de Recolección de la Información.....	26
7.10	Instrumento de recolección de la Información.	27
7.11	Procesamiento de la información.....	27
7.12	Variables por objetivos.....	28
8.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.....	29
9.	PLAN DE ANÁLISIS.	32
10.	RESULTADOS	33
11.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	35
12.	CONCLUSIONES.	38
13.	RECOMENDACIONES.....	39
14.	BIBLIOGRAFÍA.....	40
15.	Anexo	43

1. INTRODUCCION.

“No es nuestra posición, sino nuestra disposición lo que nos hace felices.” (Autor desconocido)

La referencia es el proceso mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria de ahí se deriva la decisión de referir al paciente y poder salvar su vida, efectivizando la gestión participativa de todas las partes implicadas en el proceso.

En la atención diaria de los pacientes en cada unidad de salud se deben tener en cuenta las siguientes características: integralidad, calidad, eficiencia y sobre todo el calor humano que el profesional de salud debe poseer. (Rojas, 2017)

En el sector oriental del municipio de Managua se encuentra El centro de Salud Pedro Altamirano bajo la dirección administrativa del Silais Managua que conforma una red de servicios para la atención de las pacientes con lesiones intraepiteliales del cérvix el cual actúa como unidad receptora en la clínica de lesiones tempranas, atendiendo a las pacientes captadas en las siguientes unidades: Hospital Primario Amistad México Nicaragua, Ticuantepe, Centro de Salud Carlos Rugama y Centro de Salud Roberto Herrera, donde se les brinda la evaluación según resultados de exámenes (PAP) y la definición de su tratamiento y seguimiento.

Por lo que es válido evaluar la calidad del sistema de referencia y contrarreferencia en las pacientes diagnosticada con LIE-BG en el centro de salud Pedro Altamirano de la red oriental de Managua en los años 2017-2018, que guarda correspondencia con la finalidad de ofrecer un programa de mejoramiento del proceso, la extensión de la cobertura de los servicios de salud para toda la población con equidad se logra a través del incremento de la accesibilidad de los grupos humanos desde la comunidad donde es el primer punto de las redes integradas en salud, las pacientes referidas del primer nivel de atención hacia la unidad de salud receptora es de especial interés, cuando se agotan los medios posibles en los centros de salud referente por lo que hay que realizar el traslado a una unidad de mayor resolución estableciendo sus características demográficas y epidemiológicas.

2. ANTECEDENTES.

El funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ha constituido una de los principales retos del Ministerio de Salud en nuestro país. La actual política de salud y los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, La optimización de la infraestructura en salud, El fomento de una cultura de la salud y La facilidad, oportunidad y eficiencia para el acceso a los servicios de salud son el complemento de una estrategia eficaz antes los nuevos retos planteados en pro de nuestra sociedad.

En nuestro país no existe estudio previo sobre este tema pero se cuenta con la Norma Técnica De Referencia y Contrarreferencia N – 068 vigente en el año 2011 que fue la última revisión la cual es necesaria para la evaluación de la calidad de las referencias y contrarreferencias enviadas en los diferentes niveles de atención en salud como indicador para el mejoramiento de la atención a los pacientes y en especial importancia en el tema de la prevención temprana del cáncer de cérvix con y de las de lesiones intraepiteliales de bajo grado, su diagnóstico oportuno, tratamiento y el seguimiento de las paciente que se confirma la enfermedad.

En el manual de procedimientos para la operación del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes de la red de unidades médicas de los servicios de salud de Veracruz, México publicado en la Gaceta diario oficial se identifican los principales problemas para que el proceso de referencia y contrarreferencia sea aceptable tales como:

- ✓ La Falta de organización y coordinación entre las Unidades Médicas que forman parte de la Red de Servicios de Salud en el estado.
- ✓ No se ha definido el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- ✓ Identifican, en la operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

(SRC), una serie de inconsistencias y limitaciones algunas persistentes desde su implementación. (Gaceta Diario Oficial, 2017)

En el estudio realizado por Mazo Sandra y Salazar Londoño Estefany en el año 2016 sobre Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Marco Fidel Suárez Bello, Antioquia, Colombia encontraron que la gestión clínica es la principal herramienta para documentar, divulgar, implementar, gestionar de manera eficiente, eficaz y efectiva cada uno de los procesos de la institución, debe procurar proporcionar cada vez más oportunidad, seguridad y continuidad en la atención de los usuarios. Realizando una revisión, análisis y priorización de las necesidades del hospital, sentidas para el mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencias, además se tiene que estructurar los procesos y documentarlos, dejando para la institución claramente definidos los procesos y su documentación que cubra sus necesidades de organización, verificación, control y seguimiento con mira al mejoramiento continuo tanto de las referencias recibidas como de las contrarreferencias enviadas. (Mazo Elorza, 2016)

Reynalda Zapata en una investigación que realizó en Arequipa, Perú en el año 2015 Acerca del funcionamiento del sistema de referencias y contrarreferencias de los servicios que prestaba el Centro de Atención Primaria Metropolitano Puno, el 24.2% de los pacientes atendidos conocen el sistema de Referencia y la gran mayoría (78.5%) no lo conocen. La mayoría de los pacientes (93.3%) acepta la referencia a los especialistas (5% no lo acepta). El 72.9% de personas atendidas conocen sobre el traslado del paciente, mientras que un 13.3 % no lo conocen. La mayoría de los pacientes manifiestan que conocer sobre las referencias y contrarreferencias (91.7%), sólo el 3.3 % reportan no conocer. (Pineda, 2015)

En el estudio realizado por Rosa Elizabeth Yfrán, Elaboración de un protocolo de Referencia y Contrarreferencia para los niveles de atención de la salud de Rio Grande T.D. F, Argentina en el 2015, concluyó que habría que ordenar, priorizar y planificar la atención del segundo nivel evitando la generación de largas esperas en los servicios hospitalarios y centros de Salud. Al mismo tiempo se tendría que otorgar mayor jerarquía al primer nivel de atención para resolver patologías sin tener

que referenciar a los pacientes, aumentar la eficacia de las derivaciones, ya que el profesional del primer nivel genera un compromiso en el paciente para la correcta utilización del sistema y optimizar la comunicación entre los niveles de atención, lo que otorga beneficios no solo para el propio sistema de salud, sino principalmente para los usuarios del sistema en quienes se puede medir el impacto positivo del cambio, en términos de tiempo, costos y calidad de la atención. (Yfrán, 2015)

En la tesis presentada por Andrea Verónica Villacis en el año 2015 en Guayaquil Ecuador sobre referencia y contrarreferencia análisis de la situación en el subcentro de salud de Pijullo del área 4 de enero a julio del 2012, encontró que de los 138 pacientes referenciados el 80,43% recibieron servicio ambulatorio a través de la consulta externa y el 19,56% recibieron servicio ambulatorio a través de la emergencia; de estos mismos pacientes referenciados, el 84,7% no cumplieron la contrarreferencia y la información no se encuentra, es decir, no se sabe si el hospital receptor dio las disposiciones al paciente, sobre la atención que recibió y el respectivo informe al subcentro de salud de donde partió el paciente, o si se dio dicho informe y el paciente nunca lo reportó en el subcentro de origen. . (Villacis, 2015)

En el 2014 en el período comprendido de marzo – agosto, el estudio realizado sobre El Impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al Centro de Salud N° 1, de la ciudad de Tulcán, Ecuador por los autores: Viviana Elizabeth Fuertes, como resultado final de la investigación, concluyeron que el sistema de referencia y contrarreferencia es negativo en relación a la calidad de atención del usuario externo, porque no satisface las necesidades requeridas por parte de ellos. No hay planificación de programas de capacitación continua al personal de salud sobre cuando indicar una referencia, y que, a pesar de la utilización de dicho sistema aún sigue existiendo la aglomeración de los usuarios externos en el Centro de Salud debido a la falta de información por parte del personal para saber utilizar mejor los servicios de salud y de esta manera poder mejorar la comunicación y organización con el segundo nivel de atención para usuarios externos, y mejorar la percepción

que tiene la población sobre la calidad de la atención en general. (Viviana Elizabeth Fuertes, 2014);

Por su parte el Dr. José R. García en el artículo publicado en la revista over blog en el año 2011 Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Venezuela trata sobre cómo articular los establecimientos de salud según niveles de atención y grados de complejidad, para ofrecer a los usuarios los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuada a sus necesidades, en cuyo caso todas referencias incluyen el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo y la supervisión y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de la red asistencial y demostrar, así, la capacidad conjunta o compartida de los establecimientos en satisfacer la demanda de atención a la población y las oportunidades como estas se realizan, para evitar sobresaturación o subutilización de los establecimientos y servicios que se ofertan. (García, 2011)

En la normativa técnica de referencia y contrarreferencia 068 de nuestro país, hace alusión a una serie de deficiencias que no permiten la continuidad de la atención de los pacientes en la red de servicios médicos desde el primer nivel de atención lo cual también incide en la mala calidad de la prestación de servicios de salud.

Encontrándose:

1. Desconocimiento por el personal de salud de la Norma y los procedimientos de Referencia y Contra referencia de los pacientes.
2. Falta de conocimiento por el personal de salud de las unidades de origen, de los servicios que ofertan cada uno de los establecimientos receptores de la red hasta el nivel de unidades de referencia nacional.
3. Deficiencias en la calidad de los traslados: No se evalúa correctamente la gravedad del paciente, la mayoría de las veces el paciente crítico es referido solo o acompañado por personal sin entrenamiento en urgencias.
4. Referencia inadecuada o no justificada, enviando pacientes a unidades distantes, cuando existen unidades de similar resolución a menor distancia. (Hospitales departamentales o bien regionales equipados).

5. Fallas gerenciales y administrativas en el sistema implementado (suministro de papelería, flujo del paciente, procesos de registro, acceso a medicamentos, comunicación ineficiente entre las unidades de origen y la receptora y viceversa, etc.).
6. Falta de continuidad del diagnóstico y tratamiento de los pacientes referidos, por ausencia o inadecuada contra referencia.
7. Falta de monitoreo, supervisión y evaluación sistemática del Sistema de Referencia y Contra referencia en el ámbito del SILAIS y en el Nivel Central del MINSA. Se requiere un análisis conjunto de la problemática común de salud entre los diferentes niveles. (Ministerio de Salud, 2011)

En Nicaragua no se ha encontrado estudios sobre el sistema de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud por lo que no se cuenta con antecedentes para el estudio.

3. JUSTIFICACION.

El sistema de referencias y contrarreferencia es un elemento esencial de los sistemas de salud a nivel mundial. El objetivo principal de los establecimientos de salud es optimizar la calidad de la referencia y contrarreferencia para que sea operativo y de respuestas a la creciente demanda de la población en general. En Nicaragua el Ministerio de Salud desde el año 2002 inicia la revisión de la norma de referencia y contrarreferencia implementadas en las políticas de salud vigente, con la última revisión en el año 2011 se crea la normativa 068 Norma Técnica De Referencia y Contrarreferencia, la cual es una norma para fortalecer y garantizar la continuidad del proceso de atención de la población debiendo asegurar la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

En la actualidad existen pocos estudios que evalúen el funcionamiento del proceso de referencias médicas en nuestro país. Por tanto, el presente trabajo puede marcar el punto de partida de más estudios, que analicen la situación actual del proceso de referencias y contrarreferencias médicas y, de esta manera plantear posibles soluciones para mejorar el sistema de salud y como consecuencia, la salud de la población en general

Por lo consiguiente el presente estudio pretende ser el primer aporte de investigación a nivel nacional, sobre el sistema de referencia y contrarreferencia que realiza el primer nivel de atención para la evaluación de las pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado de cérvix; de esta manera coadyuvar significativamente a disminuir las complicaciones a estadios más avanzados de la enfermedad, y con ello la reducción efectiva del gasto económico para el núcleo familiar y el sistema de salud.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El mecanismo de referencia y contrarreferencia de las unidades de salud a nivel nacional están contenidas en la normativa vigente 068, la cual dispone de manera general los procedimientos desde el nivel comunitario hasta los Hospitales de referencia nacional, teniendo como principal interés en que todo paciente que lo amerite sea referido con un buen criterio clínico y un abordaje oportuno según sea la circunstancia, hacia la unidad que contenga mejor resolución.

Sin embargo, existen limitaciones en la aplicación de este sistema, debido a que en algunas ocasiones los profesionales que laboran en las unidades de salud, no tienen claro los conceptos o los procesos a seguir frente a los diferentes casos que se presentan, en los niveles de atención o los grados de complejidad, es por esto que a los usuarios les toca vivir penosas experiencias para ser atendidos de la mejor forma posible, esto se genera debido a que no existe una coordinación adecuada entre los diferentes niveles de complejidad para la prestación de servicio según sea la patología presentada.

Por lo que se plantea:

¿Cuál es el nivel de calidad en la aplicación de las Referencia y Contrarreferencia en las pacientes diagnosticada con LIE-BG en el centro de salud Pedro Altamirano red oriental, Managua 2017-2018?

5. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo General:

Evaluar la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia en las pacientes diagnosticada con LIE-BG en el centro de salud Pedro Altamirano red oriental, Managua 2017-2018

5.2 Objetivos Específicos:

1. Caracterizar los aspectos sociodemográficos de las pacientes a estudio
2. Medir la calidad de las referencias enviadas por las unidades de salud referentes a estudio.
3. Medir la calidad de las contrarreferencias enviadas por la unidad de salud receptora a estudio.

6. MARCO TEORICO

La referencia o remisión médica es el proceso mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

La decisión de referir a otro establecimiento puede salvar la vida de una persona por ello para el funcionamiento de este componente se debe interactuar con la estructura social, efectivizando la gestión participativa y control social en salud, de modo tal que la comunidad, en su totalidad, conozca las características y los objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada, entre el equipo de salud de los establecimientos con las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia y el éxito en la calidad del sistema de referencia, el cual requiere organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención.

Los sistemas de información que retroalimentan el proceso de referencia presentan deficiencias en la calidad de la información y análisis de la misma. Por estas razones es necesario recopilar información para caracterizarla y sugerir ajustes que permitan mejorar la calidad en términos de efectividad, eficiencia y oportunidad. A nivel del establecimiento de salud la responsabilidad de la referencia corresponde al personal de salud que brinda la atención (medico, profesional de salud no médico o técnico de salud) la cual termina hasta que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia.

Las funciones de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de cada unidad pública y privado son:

- ✓ Conocer en detalle la norma técnica de referencia y contrarreferencia.

- ✓ Organizar y apoyar en su unidad de salud, la capacitación de todo el personal en el conocimiento y aplicación de la norma técnica de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Vigilar el uso adecuado y el llenado correcto de los formatos de registro de la norma técnica de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Organizar y apoyar el cumplimiento de la monitoria de la norma en el nivel correspondiente.
- ✓ Organizar y apoyar el cumplimiento de la supervisión de la norma en el nivel correspondiente.
- ✓ Organizar y apoyar el cumplimiento de la evaluación de la norma en el nivel correspondiente.

La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de una unidad de salud, a otra unidad prestadora de servicio para atención o adicionamiento diagnóstico que, de acuerdo con el nivel de resolución, se le dé respuesta al paciente.

La Contrarreferencia es la respuesta que la unidad de salud receptora de la referencia, da a la unidad prestadora que remitió. La respuesta puede ser la contrarreferencia del paciente con las debidas indicaciones a seguir o la complementación diagnostica hasta llegar a la resolución del caso. (Arrieta, 2016)

El sistema de referencia y contra referencia se enmarca en el modelo de salud familiar y comunitario implementado por el Ministerio de Salud, es un proceso que implica la capacidad técnica científica y nivel de atención por parte del personal de salud, velando por que se cumpla el principio de acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a los usuarios, mediante el desarrollo técnico y administrativo del sistema de referencia contrarreferencia.

En Nicaragua se establece la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia normativa 068, que es dirigida desde el nivel comunitario hasta los niveles de mayor resolución, en ella se contiene los mecanismos necesarios para referir a los usuarios que necesiten de manera inmediata la atención a otro nivel según su complejidad.

Los mecanismos y procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia se organizan por niveles de atención:

✓ Primer Nivel de Atención.

1. Nivel comunitario: casas base, casas maternas, sitios centinelas

Comunitarios, médicos privados.

2. Unidades del sector salud: Centros y Puestos de Salud Familiar y
3. Comunitario, IPSS MINSA, Policlínicas privadas. comunitarios
4. Clínicas privadas, IPSS.
5. Hospitales Primarios públicos.
6. Hospitales privados.

✓ Segundo Nivel de Atención.

1. Hospitales Departamentales.
2. Hospitales privados.
3. CMP MINSA, IPSS.
4. Hospitales Regionales.
5. Hospitales de Referencia Nacional público.

✓ Tercer Nivel de Atención.

- ✓ Servicios Nacionales de Tercer Nivel públicos o privados e INSS. (Ministerio de Salud, 2011)

Todos los pacientes que solicite atención en cualquier unidad o establecimiento del Sector salud puede requerir de una referencia, la cual debe realizarse de manera oportuna, con base en una valoración adecuada del caso y con sustento en el protocolo de atención específico a la enfermedad, bajo criterio clínico o circunstancia que corresponda. La transferencia de un paciente se hará cuando el beneficio de su traslado sobrepasa los riesgos que esta implica, debiendo el establecimiento proveedor de servicios de salud contar con el consentimiento del

usuario o sus familiares. Toda referencia con carácter de urgencia debe ser considerada por la unidad de salud receptora, como una prioridad en el orden de atención médica.

La gestión para todo tipo de traslado debe realizarse de previo y de forma sistemática involucrando las diversas formas organizativas de la comunidad y especialmente a los consejos municipales o departamentales según sea el caso. En todas las unidades de salud el responsable del cumplimiento de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia es el director y para su Funcionamiento se apoyará en el subdirector médico o persona responsable que nombre el director de la Unidad de salud. Toda unidad de salud pública o privada deberá garantizar el traslado del paciente a la unidad de salud que le corresponda, de la mejor manera posible con rapidez, confort, signos vitales estabilizados y acompañamiento adecuado. (Ministerio de Salud, 2011)

Las referencias pueden ser de dos tipos:

Urgentes: aquellas que ameritan un traslado inmediato debido a causas que ponen en riesgo la vida o la salud del/a paciente, o puedan ocasionar un brote epidémico en su comunidad. Ejemplo: Emergencias obstétricas, pediátricas, quirúrgicas, entre otras.

No urgentes: aquellas que sin poner en riesgo la salud o la vida del paciente requiere de una atención de mayor complejidad, pero no de un traslado inmediato. La transferencia se puede realizar, pero la atención no tiene que ser de manera inmediata.

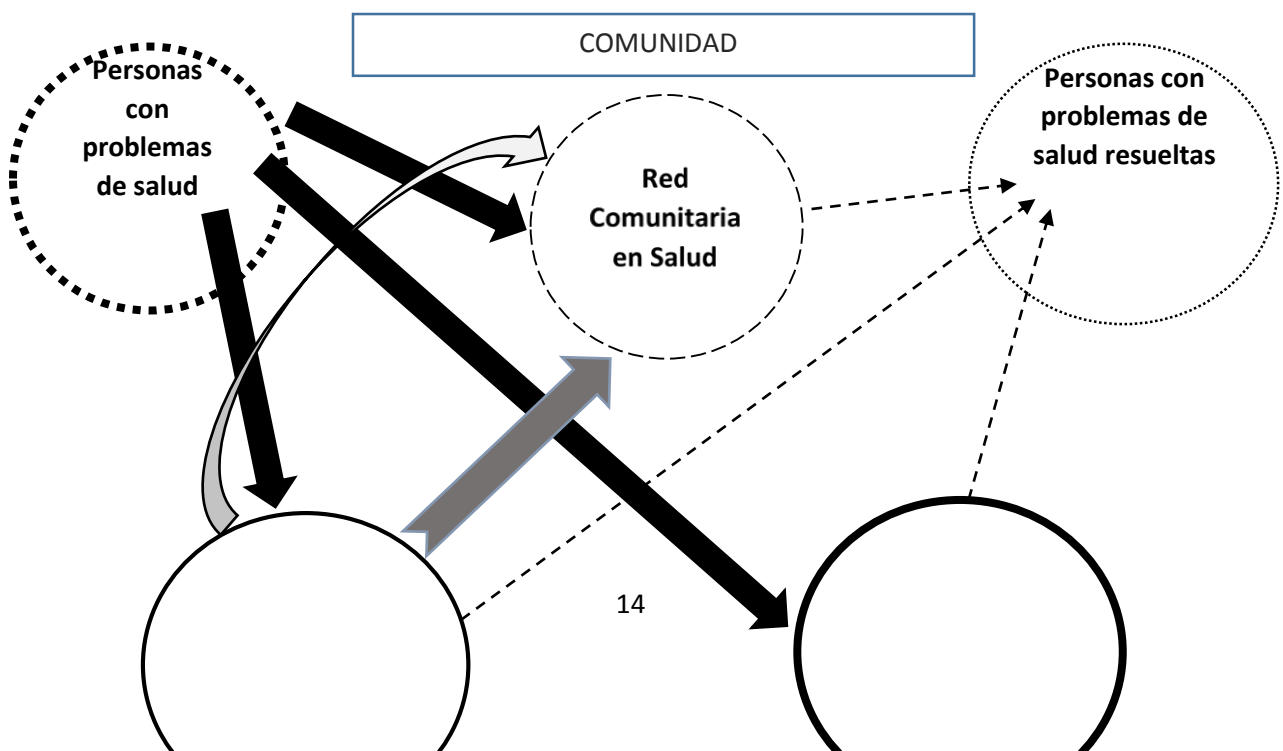
Todo paciente será referido a una unidad de salud de mayor resolución cuando en su unidad ya se hayan agotado todos los medios para reconocimiento, valoración, tratamiento y peritaje médico. El personal de salud debe llevar el registro de la referencia en forma escrita, utilizando el formato establecido para este fin, dejando una copia en el expediente del paciente. La Referencia deberá llevar el visto bueno del facultativo de mayor jerarquía que representa a la unidad de salud, a través de su firma, sello del médico y sello de la unidad de salud, código del médico, con el

nombre y apellidos con letra legible. Toda unidad o establecimiento que preste servicios de salud deberá llevar un registro de las referencias realizadas y recibidas para lo cual se debe utilizar el libro de registro conforme el formato establecido. La omisión de cuidados y atención a las personas referidas de parte del profesional de salud, se considera una falta grave y como tal puede ser sancionada según reglamentos vigentes.

6.1 Descripción del flujo del paciente referido de forma ambulatoria.

El Paciente tiene contacto con la primera unidad de salud: sea de forma espontánea o por referencia de las personas voluntarias de la comunidad, promotores de salud o líderes comunitarios en salud. Ahí es valorado por el recurso que corresponde, puede ser un auxiliar de enfermería, una enfermera, un médico o cualquier otro profesional o técnico facultado para la atención del caso. Este valora el caso y propone la referencia, se consulta al recurso más calificado en el problema del paciente. El personal de salud tratante orientara al paciente y sus familiares cómo y a qué unidad o establecimiento debe acudir. Quien realiza la referencia tiene el deber de llenar de forma completa, correcta y con letra legible el formato establecido para la referencia. En la unidad receptora el paciente debe solicitar información en el servicio de admisión, ahí se explicará el mecanismo y los procedimientos por medio de los cuales será atendido, este dependerá del nivel de complejidad de la unidad receptora la cual puede ser de manera urgente, no urgente o por consulta externa.

esquema grafico del funcionamiento de Referencias y Contrarreferencias.



**Primer Nivel de
Atención.**

**(Público y
Privado)**



**Segundo Nivel
de Atención.**

**(Público y
Privado)**

6.2 Referencia con Carácter de Urgencia.

El personal de salud ~~debe tratar de manera inmediata y sin pérdida de tiempo a~~ todos los pacientes y especialmente a aquellos que lleguen con enfermedades agudas, traumatismo, partos y las demás emergencias médicas y quirúrgicas, obstétricas, pediátricas, independientemente de su jurisdicción territorial.

Para la referencia de personas en estado crítico el traslado debe reunir los siguientes requisitos:

El traslado se realice en base a los Protocolos existentes y disposiciones para atender el caso, que se realice con el acompañamiento de un profesional o técnico capacitado para la atención de la persona referida, que el paciente tenga los signos vitales estables y que en el medio de transporte en el que se realiza disponga de insumos y equipo básico necesario para la atención de la persona referida en caso de descompensación durante el mismo.

6.3 Descripción del flujo del paciente referido en estado de urgencia.

El paciente en estado de urgencia tendrá contacto con la primera unidad de salud: llevado por familiares o personas del entorno donde surgió el estado de urgencia, o por traslado por la comunidad organizada, por lo que será valorado en un ambiente condicionado para la atención de casos de emergencias, por el recurso más capacitado para estos casos, que dependiendo del nivel de complejidad puede ser un auxiliar de enfermería, una enfermera, un médico o cualquier otro profesional o técnico facultado para la atención de estos casos., se valora el caso y se propone la referencia. El responsable o director de la unidad de salud o del jefe de emergencia y/o del jefe de turno que lo representa debe dar el visto bueno de la referencia y el traslado, se orienta al paciente y a sus familiares cómo y a qué unidad o establecimiento ha sido referido, explicándose el estado de salud de la persona.

Se envía al paciente acompañado por un profesional o técnico capacitado para la atención de estos casos de urgencia.

En la unidad receptora el paciente se recibe en sala de emergencia, ahí se explicará a los familiares el estado del paciente y los procedimientos por medio de los cuales se brindará la atención. Según el nivel de complejidad de la unidad receptora el paciente será atendido por un médico general o especialista al momento de recibir a la persona, quienes son responsables de establecer el diagnóstico e indicar el manejo más adecuado según la patología y conforme a los protocolos o disposiciones para atender el caso.

6.4 De la Referencia del Centro de Salud Familiar y Comunitario.

Las personas que se encuentren en estado crítico serán referidas de forma inmediata, al hospital que le corresponde territorialmente o al que este más accesible geográficamente previa estabilización de los signos vitales, de manera que le permita llegar con vida a la unidad de salud donde es referido.

Todo el personal asistencial del centro de salud debe conocer las unidades a donde deben hacer las referencias tanto por nivel de complejidad, como por la especialidad, que debe atender al paciente. Estos datos deben ser informados por la persona responsable del cumplimiento de la Norma Técnica en cada unidad o nivel territorial a todo el personal a su cargo. (Ministerio de Salud, 2011)

6.5 Contrarreferencia.

Toda persona atendida en una unidad o nivel de mayor resolución por motivo de una referencia deberá ser siempre contra referida, utilizando el formato establecido en El personal de una unidad, establecimiento de salud o ámbito comunitario. Se tiene que llevar un registro de las contrarreferencias realizadas y recibidas, para lo cual deberá utilizar el formato establecido en esta norma técnica.

6.6 De la Contrarreferencia de los Puestos/Centros de Salud y Hospitales.

Una vez recuperado todo paciente que fue referido con carácter de urgencia, podrá ser dado de alta, y deberá ser contrarreferidos utilizando el formato y los procedimientos para su debido seguimiento. A los pacientes referidos de forma no urgente también deberá realizarse una contrarreferencia.

Todas las contrarreferencias deberán ser recolectadas y enviadas en el menor tiempo posible a la unidad de salud que corresponda o a la sede del SILAIS, en donde se establecerán los mecanismos para hacerlas llegar a dichas unidades a través de vigilancia epidemiológica

Toda contrarreferencia deberá ser registrada en el formato de Registro Diario de Referencia y Contrarreferencia, con todos los datos completos de esta Norma Técnica.

La ***Epicrisis*** no deberá considerarse nunca como una Contrarreferencia, ya que toda contrarreferencia deberá ser analizada y utilizada para el seguimiento integral del paciente en su territorio o lugar de origen.

6.7 Descripción del Flujo del Paciente Contra referido.

Una vez resuelta la urgencia y tomada la decisión de dar alta a la persona que había sido referida, se deberá realizar la contrarreferencia llenando de forma completa en el formato establecido para este fin, especificando el nombre y firma del médico de base de la sala. La decisión de contra referir al paciente será tomada por el recurso más calificado que formó parte del equipo que atendió a la persona. Cualquiera que sea el motivo al cual se refiera se deberá notificar la contrarreferencia y los detalles del caso a la unidad referente o al personal comunitario que la refirió y se deberá seguir las indicaciones y recomendaciones de la contrarreferencia para la atención del paciente y deberá completar los datos del caso en el formato normado para las referencias y contrarreferencias de la unidad.

6.8 Unidad Referente.

Si la unidad no cuenta con medios auxiliares diagnósticos o alguna especialidad deberá hacer la referencia al nivel de resolución correspondiente.

Se tiene que llenar los formatos de manera clara, especificando la urgencia o no del traslado, anotando los datos personales del paciente, breve informe de sus

enfermedades, estado de salud actual, tratamientos anteriores relacionados con la patología, el propósito de la referencia, lugar, fecha y hora de la misma y la autorización respectiva del director de la unidad, jefe de emergencia, jefe de turno, o de aquel al que se le haya delegado esta responsabilidad. Deberá orientarse al paciente y a los familiares sobre su estado de salud, tratamiento y motivo de referencia. En caso de que la referencia sea de emergencia, la unidad se responsabilizará de hacer las gestiones para garantizar el traslado del paciente el que deberá ir acompañado por un recurso de salud. Los casos que son de emergencia y que son referidos a otras unidades en otros SILAIS, se deberán realizar previamente las coordinaciones y consultas pertinentes, por cualquier medio posible, con la unidad receptora, con el fin de que esta última disponga de los dispositivos y condiciones para la recepción del paciente.

En los casos que no son de emergencia de igual manera deben ser consultados previamente, para ver la posibilidad que puedan ser atendidos, confirmando fecha y hora que serán atendidos.

6.9 Unidad Receptora.

Toda persona que llegue espontánea o referida a una unidad de salud de mayor o menor nivel de resolución que no corresponde a su jurisdicción geográfica (hospitales regionales o departamentales), deberá siempre brindársele la atención necesaria y posteriormente establecer las coordinaciones con la unidad referente para realizar la contrarreferencia correspondiente.

Al llegar el paciente a la unidad tiene que presentar en admisión la hoja de referencia y contrarreferencia, para verificar si requiere Interconsulta o servicios auxiliares de diagnóstico y se derivará al servicio correspondiente.

Una vez que se atiende al paciente deberá verificarse el diagnóstico en la hoja de referencia para realizar un buen llenado de la contrarreferencia. Si el paciente requiere interconsulta inmediata se llamará, en ese momento, al especialista correspondiente, para garantizar la atención oportuna; en caso contrario, se le programará cita. El médico deberá explicar al paciente el diagnóstico, tratamiento y las recomendaciones para el seguimiento a su problema de salud.

6.10 Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la Norma Técnica de referencia y contrarreferencia.

Los directores de las unidades de salud, tanto del servicio de salud público son los responsables del Monitoreo y Evaluación del cumplimiento de la norma técnica de la referencia y contrarreferencia. Según los diferentes niveles de atención la responsabilidad se realiza de la siguiente manera:

En los Centros de Salud: El director de la unidad de salud, auxiliado del responsable del seguimiento a las referencias y contrarreferencias de esta unidad.

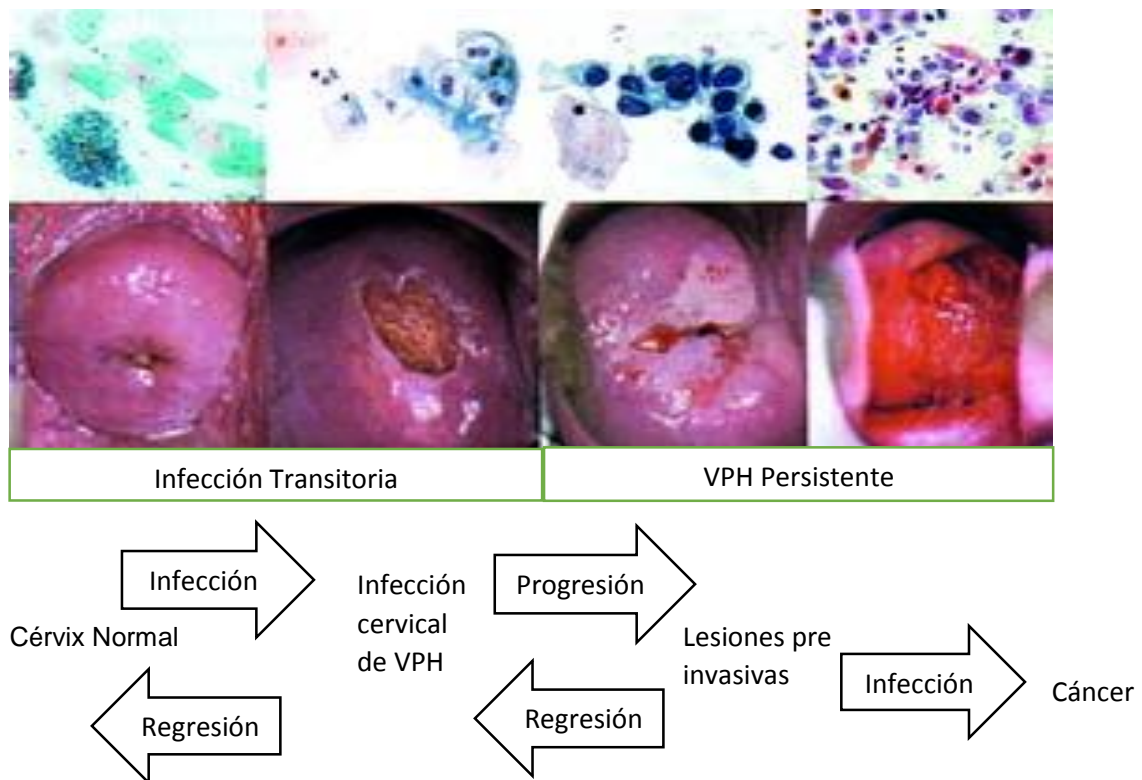
Nicaragua el segundo país a nivel mundial, después de Haití con la tasa de incidencia más elevada de cáncer del cuello uterino con 39 casos por 100,000, aun con los programas de detección y prevención que se establecen en todo el territorio para poder detectar a tiempo lesiones pre invasoras y de esta manera iniciar el tratamiento de manera oportuna. No se puede dejar de mencionar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del cáncer cervicouterino, como el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, anticonceptivos orales, infecciones cérvico vaginales las cuales conllevan a cambios a nivel del epitelio cervical siendo inductores del cáncer cérvicouterino; siendo el VPH una causa necesaria para el desarrollo del cáncer cérvicouterino. (Gonzalez, 2016)

6.11 Definición de cáncer cérvicouterino:

El cáncer cérvicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución. La lesión precancerosa o premaligna se denomina Lesión Intraepitelial Escamosa que puede existir en cualquiera de los estadios siguientes: Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto o Bajo Grado. (Secretaria de Salud, 2015)

6.12 Evolución natural del cáncer cérvicouterino.

De acuerdo con la historia natural de cáncer cérvicouterino está precedido por una serie de lesiones celulares dentro del epitelio endocervical. Estas lesiones, consideradas como pre invasoras, son denominadas como neoplasia Intraepitelial cervical (NIC) o lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) de acuerdo con el sistema Bethesda. Desde el punto de vista histológico la clasificación de LEI depende del grado de lesión celular dentro del epitelio y esta clasificación está diseñada para estandarizar el sistema de reporte para la prueba de Papanicolaou. Se basa en la descripción morfológica de las lesiones, lo cual permite identificar datos que sugieren infección por VPH y las alteraciones celulares relacionadas con el desarrollo del cáncer cérvicouterino, las cuales fueron identificadas como atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y LEI de bajo y alto grado. (Hernández, 2015)



6.13 Etiología.

Desde hace décadas se han realizado investigaciones donde se ha buscado la causa del cáncer de cuello uterino, siendo cerca de hace diez años que se ha logrado determinar que la causa principal es infecciosa, estando relacionado con el Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite por medio de las relaciones sexuales.

6.14 Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino están relacionados con características tanto del virus como del huésped, el virus del papiloma humano (VPH), una de las infecciones de transmisión sexual más comunes y es la causa primaria del cáncer cérvicouterino, influyen también la edad temprana en la primera relación sexual, mujeres que han tenido múltiples compañeros sexuales pasados y presentes, inmunosupresión o infección por VIH, exposición a ITS como Herpes virus, Chlamydia, etc. En las mujeres fumadoras se asocian con la aparición de lesiones precancerosas cervicales; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales se duplica al de las no fumadoras, las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tienen un riesgo más alto de aparición de cáncer cérvico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz. Los anticonceptivos orales, podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cérvico uterino en las mujeres infectadas con el VPH. (Ministerio de Salud, 2006)

6.15 Lesiones intraepiteliales de Cuello Uterino.

Existe una amplia gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

- 1. Clínica:** son las que se observan a simple vista llamadas condilomas.
- 2. Subclínica:** se evidencian solamente bajo la evaluación del médico con el uso de la colposcopia.

3. Latente: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínica e histológicamente normales.

Para una mejor comprensión se ha usado diferentes términos para identificar cada una de las etapas pre-invasoras, por lo que es importante tener en cuenta la correlación de términos.

TERMINOLGIA DE 3 SISTEMAS DE NOMENCLATURA		
DISPLASIA	NIC	BETHESDA
Displasia leve	NIC 1	→ LEI Bajo Riesgo
Displasia moderada	NIC II	→ LEI Alto Riesgo
Displasia severa	NIC III	
CIS		

6.16 Detección de Lesión Intraepiteliales Pre-Invasoras.

6.16.1 Vinculación entre tamizaje y tratamiento:

El tamizaje se vinculará al tratamiento para garantizar la eficacia del programa. Se puede realizar de las siguientes maneras:

1. usando la estrategia tradicional (tamizaje, diagnóstico, confirmación y tratamiento)
2. La intermedia (tamizaje, diagnóstico y tratamiento con confirmación por biopsia posterior al tratamiento)
3. La estrategia de tamizar y tratar (el tratamiento se basas en los resultados de la prueba de tamizaje solo)

6.16.2 Citología cervical o Papanicolaou.

Es el método de elección y la forma sencilla para la detección oportuna del Cáncer Cérvicouterino. Es un examen simple, barato e inocuo, se ha utilizado para tamizaje y así reducir la incidencia y mortalidad de cáncer cervical.

6.16.3 Diagnóstico.

A pesar de que en la inspección y toma de muestra de la citología es una prueba de tamizaje, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico

definitivo de las lesiones pre invasoras o invasoras, siendo la colposcopia con biopsia dirigida es el método ideal para realizarlo.

Por lo tanto, los casos en que la citología reporta alteración idealmente deben ser referidos para evaluación por un especialista, quien derivará al nivel necesario para su evaluación colposcopia, como son:

- ASC-H
 - ASC-US Persistentes
 - LIE de Bajo Grado
 - LIE de Alto Grado
 - Carcinoma de Células Escamosas
 - AGC
 - Inflamación Severa Persistente
 - Sospecha Clínica de Malignidad aun cuando la citología sea negativa.
- (Ministerio de Salud, 2006)

7. DISEÑO METODOLOGICO.

7.1 Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

7.2 Área de estudio.

El estudio se realizó en 3 unidades de salud que refieren a la unidad receptora Centro de Salud Pedro Altamirano, ubicado frente a la estación de bomberos del mercado Roberto Huembes:

1. Hospital Primario Amistad México Nicaragua en el municipio de Ticuantepe, situado del Restaurante las Pitayas 200 metros al este
2. Centro de Salud Carlos Rugama ubicado en el barrio Walter Ferretti, de la primera entrada a las colinas 7 al este 2 al norte 20 varas al este
3. Centro de Salud Roberto Herrera, se ubica en el barrio Serrano, de transnica 200 metros al oeste.

7.3 Universo.

El universo estuvo compuesto por 140 pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado según los criterios de inclusión y exclusión

7.4 Muestra.

La muestra es igual al universo y se obtuvo por el método no probabilístico por conveniencia.

7.5 Unidad de Análisis:

Pacientes con diagnósticos de lesiones intraepiteliales de bajo grado referidas por las unidades de salud a estudio.

7.6 Criterios de Inclusión.

1. Pacientes que fueron referidas con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado de los centros de salud:
 - Hospital Primario Amistad México Nicaragua, Ticuantepe.
 - Centro de Salud Carlos Rugama.
 - Centro de Salud Roberto Herrera
2. Pacientes que fueron anotadas en el libro de registro de Referencia y Contrarreferencia de la unidad receptora (Centro de Salud Pedro Altamirano)
3. Pacientes que son de la cobertura geográfica de los centros de salud en estudio.
4. Referencias y Contrarreferencias realizadas en los formatos 1A y 1B de la Norma técnica de referencia y contrarreferencia 068.

7.7 Criterios de Exclusión.

1. Pacientes referidas que no tengan diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado de los centros de salud:
 - Hospital Primario amistad México Nicaragua, Ticuantepe.
 - Centro de Salud Carlos Rugama.
 - Centro de Salud Roberto Herrera
2. Pacientes que no estén dentro de la cobertura geográfica de los centros de salud:
 - Hospital Primario amistad México Nicaragua, Ticuantepe.
 - Centro de Salud Carlos Rugama.

- Centro de Salud Roberto Herrera
3. Paciente que no estuvieron registrada en el libro de registro de referencia y contrarreferencia
 4. Referencias y contrarreferencias realizadas en otro formato que no sean el formato 1A y 1B de la Norma técnica de referencia y contrarreferencia 068.
 5. Pacientes con diagnóstico de Cervicitis Crónica

7.8 Fuente de Información.

Fuente Secundaria:

1. Libro de Registro de referencia y contrarreferencia
2. Libro de registro de lesiones intraepiteliales de bajo grado

7.9 Técnicas de Recolección de la Información.

Se solicitó permiso al director del Centro de Salud Pedro Altamirano, el cual es la unidad receptora de los centros de salud que forman parte del estudio, se pidió lista de las pacientes referidas y contrarreferidas, así como los expedientes clínicos para su revisión al responsable de estadística de dicho centro, de igual manera se requirió el apoyo de la responsable de componente de lesiones tempranas para revisar los libros de registro de todas las pacientes atendidas en el periodo a estudio. La validación del instrumento de recolección de datos se realizó en 10 expedientes en enero 2019 de las pacientes referidas al centro de salud Pedro Altamirano con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado y que provenían de los centros de salud en estudio. A partir de esta validación del instrumento se realizaron las siguientes modificaciones:

- Se excluyó la procedencia geográfica para evitar un factor confusor con la procedencia de la referencia enviada por los centro de salud estudiados.
- Se modificó la variable referencias realizadas por unidades de salud por la medición la calidad de las referencias enviadas por las unidades de salud referentes.
- Se eliminó referencias enviadas correctamente por ser repetitiva en las variables a estudio

- Se ajusta el tiempo de referencia especificando los días exactos en que fueron atendidas las pacientes en el centro de salud Pedro Altamirano.
- Se modificó referencias adecuadas recibidas por nivel de la calidad de la referencia
- Se modificó contrarreferencias adecuadas por nivel de calidad de la contrarreferencia.
- Se eliminó el tiempo de contrarreferencia ya que no hay datos existentes en el expediente para procesar la variable.

7.10 Instrumento de recolección de la Información.

Se aplicará el instrumento de recolección de datos (ver Ficha de llenado en anexo 1, página 34) el cual contiene los elementos a estudiar las cuales son:

- Características demográficas
- Nivel de calidad de las referencias
- Nivel de calidad de las contrarreferencias

7.11 Procesamiento de la información.

- Los datos se vaciaron en una tabla en el programa de Microsoft Excel 2008, posteriormente se exporto al programa SPSS 2.0 donde se procesaron los datos en tablas de frecuencia según el plan de análisis de la investigación.
- Posteriormente, se analizaron con indicadores de proporciones para cumplir con los objetivos del estudio.
- Los gráficos se realizaron utilizando el programa Microsoft Excel 2008 según el plan de análisis de la investigación

7.12 Variables por objetivos.

1. Caracterizar los aspectos demográficos de las pacientes a estudio
 - 1.1. Edad
 - 1.2. Estado civil
 - 1.3. Nivel de escolaridad
2. Medir la calidad de las referencias enviadas por las unidades de salud referentes a estudio.
 - 2.1. Unidad de salud de referencia
 - 2.2. Tipo de referencia
 - 2.3. Nivel de calidad de la referencia
 - 2.4. Tiempo de referencia
3. Medir la calidad de la contrarreferencia enviadas a las unidades de salud de referencia.
 - 3.1. Nivel de calidad de la contrarreferencia
 - 3.2. Registro de la contrarreferencia

8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.

Variable	Definición Operacional	Indicador	Rango de Valor
Edad	Es el tiempo de vida en años de una persona desde el nacimiento.	Proporción de pacientes entre 15 y 19 años = Número de pacientes de 15 y 19 años / Total de pacientes que participaron en el estudio *100	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 15 – 19 años ❖ 20 – 24 años ❖ 25 – 29 años ❖ 30 – 34 años ❖ 35 – 39 años ❖ 40 – 44 años ❖ 45 – 49 años ≥ 50 años
Estado civil	Es la condición social que revela el estado de afiliación conyugal de una persona con otra.	Proporción de pacientes soltera = Número de pacientes solteras/ Total de pacientes que participaron en el estudio *100	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Soltera ❖ Casada ❖ Unión estable ❖ Viuda
Escolaridad	Es el grado de instrucción de una persona que ha cursado un centro educativo formal.	Proporción de pacientes Analfabeta = Número de pacientes analfabeta/ Total de pacientes que participaron en el estudio *100	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analfabeta ❖ Primaria incompleta ❖ Primaria Completa ❖ Secundaria incompleta ❖ Secundaria Completa ❖ Técnico ❖ Universitario

Variable	Definición Operacional	Indicador	Rango de Valor
Unidad de Salud de Referencia	Es el traslado de paciente con diagnóstico de LIE de bajo grado de las unidades de salud de menor resolución a una de mayor resolución	Proporción de referencias realizadas del C/S Carlos Rugama= número de pacientes referidas con LIE del C/ S Carlos Rugama/ total de pacientes que participaron en el estudio por 100	Hospital Primario Amistad MN, Ticuanatepe C/S Carlos Rugama C/S Roberto Herrera
Tipo de referencia	Es el tipo de paciente trasladado de las unidades de salud con carácter de urgencia o no.	Proporción del tipo de referencias = número de referencias de carácter urgente entre total de referencias elaboradas por 100.	Referencia urgente Referencia no urgente
Nivel de Calidad de la Referencia	Es la medición cualitativa del cumplimiento de los estándares de referencia considerados en la normativa 068.	Proporción de referencias adecuadas = número de referencias adecuadas / total de referencia por 100.	Adecuado No adecuado

Variable	Definición Operacional	Indicador	Rango de Valor
Tiempo de referencia	Es el tiempo en días que una paciente con diagnóstico LIE es atendida en una unidad receptora de mayor nivel.	Proporción del tiempo referencias = número de días entre el total de las referencias enviadas por 100	❖ 1 día ❖ 2 días ❖ 3 días ❖ 4 días ❖ 5 días o mas
Nivel de Calidad de la Contrarreferencia	Es la medición cualitativa del cumplimiento de los estándares de contrarreferencia considerados en la normativa 068.	Proporción de contra referencias Adecuadas = número de contra referencias adecuadas / total de contrarreferencias por 100	Adecuado Inadecuado
Registro de la Contrarreferencia	Es el número de contrarreferencias enviadas a la unidad de salud de referencia y registradas en el expediente clínico del paciente.	Proporción de contra referencias Adecuadas = número de contra referencias adecuadas / total de contra referencias por 100	Adecuado Inadecuado

9. PLAN DE ANÁLISIS.

Los datos se procesaron utilizando el software SPSS XX y se exportaron los datos al Programa de Excel de Microsoft Office para generar las tablas de frecuencia. Los gráficos se realizaron en el Programa de Microsoft Excel, y SPSS 2.0, generando el siguiente cruce de variables, para el análisis de los datos:

- 1) Edad según Unidad de salud de referencia de las pacientes con LIE.-BG
- 2) Estado civil según Unidad de salud de referencia de las pacientes con LIE-BG
- 3) Escolaridad según Unidad de salud de referencia de las pacientes con LIE-BG
- 4) Tipo de referencia según Unidad de salud de referencia de las pacientes con LIE-BG
- 5) Estándares de Referencia según normativa 068
- 6) Nivel de calidad de la referencia según Unidad de salud de referencia de las pacientes con LIE-BG
- 7) Tiempo de referencia según Unidad de salud de referencia de las pacientes con LIE-BG
- 8) Tiempo de referencia según tipo de referencia de las pacientes con LIE-BG
- 9) Estándares de Contrarreferencia según normativa 068
- 10) Nivel de calidad de la contrarreferencia según Unidad de salud de referencia de las pacientes con LIE-BG
- 11) Registro de la Contrarreferencia según Unidad de salud de referencia de las pacientes con LIE-BG

10. RESULTADOS

Tabla 1: El rango de edad más frecuentemente encontrado fue el de 20 – 24 años con un 24% (33 casos), seguido del rango de 25 – 29 años y 14 – 19 años con un 20% (28 casos) y 15% (21 casos) respectivamente.

La unidad de salud que más referencia realizó por LIE-BG fue el centro de salud Carlos Rugama con un 35% (49 casos), seguido del centro de salud Roberto Herrera y el Hospital Primario Amistad MN de Ticuantepe con un 34% (48 casos) y 31% (43 casos) respectivamente.

Tabla 2: El estado civil más frecuentemente encontrado fue Unión de hecho estable con un 44% (62 casos), seguido de soltera y casada con un 29% (41 casos) y 22% (31 casos) respectivamente.

Del 100% de los casos referidos por el centro de salud Carlos Rugama el estado civil más frecuente encontrado fue Unión de hecho estable con un 37% (18 casos).

Tabla 3: La escolaridad más frecuentemente encontrada fue la secundaria completa con un 31% (44 casos), seguido de primaria completa y secundaria incompleta con 19% en ambos grupos (27 casos) y (26 casos) respectivamente.

Del 100% de los casos referidos por el centro de salud Carlos Rugama la escolaridad secundaria completa fue la que más frecuente se encontró con un 27% (13 casos).

Tabla 4: La referencia no urgente fue la más frecuentemente encontrada en un 95% (133 casos), seguido de la referencia urgente con un 5% (7 casos).

Del 100% de los casos referidos por el Centro de Salud Carlos Rugama el 96% (47 casos) fue no urgente.

Tabla 5: Los estándares de calidad de la referencia se encontró que el 93% (130 casos) fueron adecuadas y 7% (10 casos) inadecuada

Tabla 6: Con respecto al nivel de calidad de las referencias por unidad de salud fue el siguiente:

La Unidad de salud Carlos Rugama presenta el 33% (46 casos) de referencias adecuadas y 2% (3 casos) inadecuada mientras que el centro de salud Roberto Herrera presenta 31%(44 casos) adecuada y 3% (4 casos) inadecuada.

El hospital Primario Amistad México Nicaragua Ticuantepe 29% (40 casos) la referencia fue adecuada y 2% (3 casos) inadecuada.

Tabla 7: El tiempo de referencia fue de 5 días con el 41% (58 casos) seguido de 4 y 3 días, con un 55 % (39 casos) y 8% (6 casos) respectivamente.

En cuanto a la unidad de salud Carlos Rugama el tiempo de referencia de atención a las pacientes fue de 5 días 21% (15 casos) seguido de 4 días 19% (14 casos).

Tabla 8: Con respecto a tiempo de referencia y el tipo de referencia se encontró que 41% (55 casos) fueron atendidas a los 5 días que no eran urgente seguido de 39% (55 casos) atendidas a los 4 días de referidas y 6% (4 casos) fueron atendidas 4 días, seguido de 1% (1 caso) el mismo día y de carácter urgente,

Tabla 9: En relación a los estándares de contrarreferencia encontramos que el 100% no cumple.

Tabla 10: El nivel de la calidad de la contrarreferencia es no adecuado en el 100% (140 casos) de los casos en todas la unidades de salud en estudio.

Tabla 11: El registro de la contrarreferencia en el expediente clínico fue no adecuado en el 100% (140 casos) de los pacientes referidos de las unidades de salud en estudio.

11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El estudio del sistema de referencia y contrarreferencia se realizó en el primer nivel de atención comunitaria donde es la primera línea de interacción y contacto de las familias nicaragüenses con el sistema de salud muy similar al estudio realizado por el Dr. José R. García publicado en la revista *over blog* en el año 2011 en Venezuela donde su principal objetivo es articular los establecimientos de salud y que según los niveles de atención y su grados de complejidad, puedan ofrecer a los usuarios los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuada a sus necesidades.

En los estudios realizados sobre referencias y contrarreferencias no se caracterizan demográficamente a las pacientes estudiadas, mientras que nuestro estudio las pacientes referidas son jóvenes entre las edades de 20 a 29 años independientemente de la unidad de salud de procedencia teniendo una mayor prevalencia en este grupo etáreo, siendo un factor común para el desarrollo de lesiones premalignas o de bajo grado, como es el inicio de relaciones sexuales a temprana edad.

El estado civil de estas mujeres fue unión de hecho estable, con bajo nivel de escolaridad siendo estas de secundaria incompleta, primaria completa, primaria incompleta y analfabeta, teniendo una especial relevancia ya que independientemente del nivel académico las pacientes referidas acudieron a la unidad receptora para su atención, valoración y seguimiento de su patología.

Un hecho importante de resaltar que a pesar de que en este estudio no se midió la variable distancia del centro de salud de referencia a un centro de mayor resolución o unidad receptora se encontró que este hecho no fue ninguna limitante para realizar la referencia del paciente.

Las pacientes referidas con diagnósticos de LIE-BG fueron atendidas en su mayoría como no urgente y de manera ambulatoria similar a los hallazgos encontrados por Andrea Verónica Villacis en el año 2015 en Guayaquil Ecuador, que de los 138

pacientes referenciados el 80,43% recibieron servicio ambulatorio a través de la consulta externa sin ninguna complicación subyacente a su patología de base.

Para encontrar el nivel de calidad adecuado de referencia en el estudio se midió cada estándar del formato de referencia 1ª clasificando su llenado correcto o no por cada ítems del formato, encontrando que fue adecuado, no se midió la calidad de atención pero si la calidad del llenado del formato esto en contraste con el estudio realizado en Tulcán Ecuador por Viviana Elizabeth Fuertes donde evaluaron el sistema de referencia y contrarreferencia siendo negativo en relación a la calidad de atención del usuario, porque no satisface las necesidades requeridas por parte de ellos.

En relación a la medición del indicador de referencias enviadas adecuadas se encontró que las 3 unidades a estudio tienen una óptima calificación resultando el 93% de referencias adecuadas según los criterios expuestos en la normativa 068 de referencia y contrarreferencia donde dicho indicador es de 85% de total de las referencias enviadas.

Los indicadores que con frecuencia estuvieron mal llenados dentro del formato 1A de la norma de referencia y contrarreferencia, son de mayor a menor: ocupación, compañía a paciente, nombre y firma del que recibe el traslado y departamento esto tiene una gran importancia ya que dentro de las funciones de la Norma Técnica y por la cual fue creada esta vigilar el uso adecuado y el llenado correcto de los formatos de registro así como de la monitoria en el nivel correspondiente pero también el de organizar y apoyar el cumplimiento de la evaluación de la norma y apoyar la capacitación de todo el personal en el conocimiento y aplicación de dicha normativa, esto se relaciona con el artículo publicado en la revista over blog en el año 2011 por el Dr. José R. García sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Venezuela donde explica que cada vez que se envía una referencia tiene que llevar la información necesaria para que los usuarios estén satisfechos de acuerdo a sus necesidades de salud y en cuyo caso el apoyo técnico administrativo, la supervisión y análisis periódico de la red de servicios o red integrada en salud va a satisfacer la demanda de atención de la población de un sector determinado.

El nivel de calidad de contrarreferencia es no adecuado en un 100% en la cual demuestra la oportunidad de mejora que las unidades de salud tienen para poder realizar un adecuado llenado del formato 2B de la norma técnica de referencia y contrarreferencia. Esto tiene mucha relación con el estudio de Andrea Verónica Villacis en el año 2015 en Guayaquil Ecuador sobre referencia y contrarreferencia donde concluye que el 84,7% no cumplieron la contrarreferencia y la información no se encuentra, es decir, no se sabe si el hospital receptor dio las disposiciones al paciente, sobre la atención que recibió y el respectivo informe a la unidad de salud de donde partió el paciente, o si se dio dicho informe y el paciente nunca lo reporto en la unidad de salud de origen.

Otro dato importante de destacar es que la Epicrisis no es sinónimo de contrarreferencia sino que existe el formato adecuado para enviar a la paciente contrarreferida donde se tendrá que llenar todos los ítems para el seguimiento y evaluación de la paciente en la unidad de salud de origen o referida, al no contar con una contrarreferencia adecuada no se puede dar un buen seguimiento de los problemas médicos en ningún nivel de atención por lo que está directamente relacionado con el estudio de Viviana Elizabeth Fuertes en el Centro de Salud N° 1, de la ciudad de Tulcán, Ecuador que el sistema de referencia y contrarreferencia, no satisface las necesidades requeridas por parte de la población. No hay planificación de programas de capacitación continua al personal de salud sobre cuando indicar una contrarreferencia, y que, a pesar de la utilización de dicho sistema aún sigue existiendo la aglomeración de los usuarios externos en el Centro de Salud debido a la falta de información por parte del personal para saber utilizar mejor lo servicios de salud.

12. CONCLUSIONES.

- 1) Las características demográficas de las pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo grado referidas al centro de salud Pedro Altamirano son en el rango de edad de 20 – 24 años, en unión de hecho estable, con escolaridad de secundaria completa y referidas principalmente del centro de salud Carlos Rugama.
- 2) El nivel de calidad de las referencias enviadas por las unidades de salud en estudio es adecuado.
- 3) El nivel de calidad de las contrarreferencias por las unidades de salud en estudio es no adecuado.

13. RECOMENDACIONES.

- 1- Se debe revisar los programas de educación médica continua para todo el personal médico de las unidades de salud incorporando temas de las normas técnicas del Ministerio de Salud tal como la norma técnica 068 de Referencia y Contrarreferencia para dar mejor respuesta en un nivel de resolución mayor.
- 2- Es necesario crear estructuras gerenciales para garantizar el óptimo cumplimiento, vigilancia y monitoreo de las normativas creadas para el mejor desempeño y atención de los usuarios en general y en todos los problemas de salud identificados en la comunidad.
- 3- Al presentar este estudio a las unidades que participaron se pretende sensibilizar al personal comprometido en realizar el debido llenado de referencia y contrarreferencia para que utilicen correctamente cada formato como lo estipula la normativa 068.
- 4- Capacitaciones en cada unidad de salud sobre la normativa 068, y valorar el grado de conocimiento que tienen los recursos médicos y el desempeño en la realización de las referencias y contrarreferencias
- 5- Se recomienda dar continuidad a otras líneas de investigación por ejemplo: Atención a las mujeres embarazada, atención a la niñez con enfermedades prevalentes de la infancia etc.

14. BIBLIOGRAFÍA.

1. Arrieta, M. E. (Junio de 2016). *Monografias.com*. Obtenido de <https://www.monografias.com/trabajos109/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia/evaluacion-del-sistema-referencia-y-contrareferencia2.shtml>
2. Collado-Peña, S. P. (2012). ¿Referencia y contrarreferencia o multi- rechazo? Un abordaje Cualitativo. *Rev CONAMED*.
3. Dr. Rossy Quimbert Montes, D. H. (2013). Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. *Scielo*, 8-12.
4. Gaceta Diario Oficial. (3 de Agosto de 2017). Manual de procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes de la Red de Unidades Médicas de los Servicios de Salud de Veracruz. Veracruz, Mexico. Obtenido de sisdti.segobver.gob.mx/siga/doc_gaceta.php?id=965
5. García, D. J. (18 de Septiembre de 2011). <http://maiquiflores.over-blog.es>. Obtenido de <http://maiquiflores.over-blog.es/article-sistema-de-referencia-contrareferencia-de-pacientes-84637866.html>
6. Gonzales, J. A. (2017). Papanicolaou e inspección visual con ácido acético en la detección de lesiones intraepiteliales de alto grado del cuello uterino. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 8.
7. Gonzalez, T. M. (2016). *Abordaje Diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de cérvix en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de Enero 2014 a Diciembre 2015*. Managua. Managua: Unan Mangua.

8. Hernandez, D. D. (2015). Panorama epidemiológico del. *Medigrafic*, 154 - 161.
9. Hernández, D. M. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Medigrafic*, 154 -160.
10. Mazo Elorza, S. N. (2016). *Sistema de Referencia y Contrareferencia Hospital Marco Fidel Suárez, Bello, Antioquia*. Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia.
11. Ministerio de Salud. (2006). *Norma Técnica de Prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino*. Managua: Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. (2011). *Norma Técnica de Referencia y Contrareferencia*. Managua, Nicaragua.
12. Ministerio de Salud Pública de Colombia. (2014). Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf>
13. Palomino Marique Mary Carmen, R. C. (2016). *Manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes Obstetricas atenedidas en el Centro de Salud de Anta, Cusco 2014*. Tesis, Cusco, Peru.
14. Pineda, R. Z. (2015). Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2152/HSzapir.pdf?sequence=1>
15. Rojas, J. C. (Octubre de 2017). *repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/3902*. Obtenido de *repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/3902*

16. Secretaria de Salud. (noviembre de 2015). Protocolo para el tamizaje y tratamiento de lesiones Premalignas para la prevención del Cáncer Cervicouterino. Honduras, Honduras. Obtenido de <http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Cervical%20Cancer%20guidelines%20Honduras%20IMPRESION%20Texto%20Protocolo.pdf>
17. Serra GC, R. P. (2010). Evaluación de la referencia y contrarreferencia en el Programa Salud de la Familia en la Región Metropolitana de Río de Janeiro (RJ, Brasil). *Pubmed*.
18. Susana Patricia Collado-Peña, Á. S.-B. (2012). ¿Referencia y Contrarreferencia o Multi-Rechazo Hospitalario? Un Abordaje Cualitativo. *CONAMED*, S23.
19. Villacis, A. V. (2015). *Referencias y Contrarreferencia análisis de la situación en el subcentro de salud de Pijullo del área 4 de Enero a Julio 2012*. Guayaquil, Ecuador.
20. Viviana Elizabeth Fuertes, A. V. (2014). *Impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al Centro de Salud N° 1, de la ciudad de Tulcán*. Tulcan, Ecuador.
21. Yfrán, R. E. (2015). *Elaboración de protocolo de Referencia y Contrarreferencia para los niveles de atención de la salud de Río Grande*. Río Grande, Argentina.

15. Anexo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-MANAGUA
Sistema de referencia y contrarreferencia en las pacientes
diagnosticada con LIE-BG en el centro de salud Pedro Altamirano red
oriental, Managua 2017-2018

I. Características generales:

- 1) N° de Ficha: _____
- 2) N° de Expediente: _____

Edad:

- 3) 14 – 19 años __
- 4) 20 – 24 años: __
- 5) 25 – 29 años __
- 6) 30 – 34 años: __
- 7) 35 – 39 años: __
- 8) 40 – 44 años: __
- 9) 45 – 49 años: __
- 10) ≥ 50 años __

Estado civil:

- 11) Soltera: ____
- 12) Casada: ____
- 13) Unión estable: _____
- 14) Viuda: _____

Escolaridad:

- 15) Analfabeta: _____
- 16) Primaria incompleta: _____
- 17) Primaria completa: _____
- 18) Secundaria incompleta: _____
- 19) Secundaria Completa: _____
- 20) Técnico: _____
- 21) Universitaria: _____

1. Medir la calidad de las referencias enviadas por las unidades de salud referente

Referencias realizadas por las unidades referentes

- 22) Hospital Primario Amistad MN, Ticuantepe: ____

23) C/S Carlos Rugama: ____

24) C/S Roberto Herrera: ____

Tipo de referencia

25) Referencias con carácter de urgencias: ____

26) Referencias no urgentes: ____

Referencias enviadas correctamente

27) Unidad de salud: si ____ no ____

28) Servicio: si ____ no ____

29) Expediente: si ____ no ____

30) Nombre y apellido: si ____ no ____

31) Edad: si ____ no ____

32) Sexo: si ____ no ____

33) Dirección: si ____ no ____

34) Municipio: si ____ no ____

35) Departamento: si ____ no ____

36) Ocupación: si ____ no ____

37) Motivo de la referencia: si ____ no ____

38) Signos vitales: si ____ no ____

39) Resumen clínico y tratamiento: si ____ no ____

40) Diagnóstico y/o problemas: si ____ no ____

41) Fecha de envío: si ____ no ____

42) Hora de envío: si ____ no ____

43) Acompañado por: si ____ no ____

44) Se envía al servicio de: si ____ no ____

45) Se contactó a: si ____ no ____

46) De la unidad: si ____ no ____

47) Nombre del médico tratante: si ____ no ____

48) Firma y sello: si ____ no ____

49) Nombre y firma de quien recibe el traslado: si ____ no ____

En conclusión:

50) Adecuado: ____

51) No adecuado: ____

Tiempo de referencia

- 52) 1 días: ____
- 53) 2 días: ____
- 54) 3 días: ____
- 55) 4 días: ____
- 56) 5 o días o más: ____

2. Medir la calidad de la contrarreferencia enviadas a las unidades de salud de referencia.

Nivel de calidad de la contrarreferencia

- 57) Unidad de salud: si ____ no ____
- 58) Servicio: si ____ no ____
- 59) Expediente: si ____ no ____
- 60) Nombre y apellido: si ____ no ____
- 61) Edad: si ____ no ____
- 62) Sexo: si ____ no ____
- 63) Dirección: si ____ no ____
- 64) Municipio: si ____ no ____
- 65) Departamento: si ____ no ____
- 66) teléfono: si ____ no ____
- 67) Ocupación: si ____ no ____
- 68) Fecha de egreso y hora: si ____ no ____
- 69) Días de estancia: si ____ no ____
- 70) Resumen clínico: si ____ no ____
- 71) Nombre del médico tratante: si ____ no ____
- 72) diagnóstico de egreso: si ____ no ____
- 73) recomendaciones: si ____ no ____
- 74) firma y sello: si ____ no ____

Conclusión: Adecuado: ____ No adecuado: ____

Registro de la contrarreferencia en el expediente clínico

75) Hospital Primario Amistad MN, Ticuantepe: si_____ no_____

76) C/S Carlos Rugama: si_____ no_____

77) C/S Roberto Herrera: si_____ no_____

Conclusión:

3) Adecuado: _____

4) No adecuado: _____

Tabla 1.

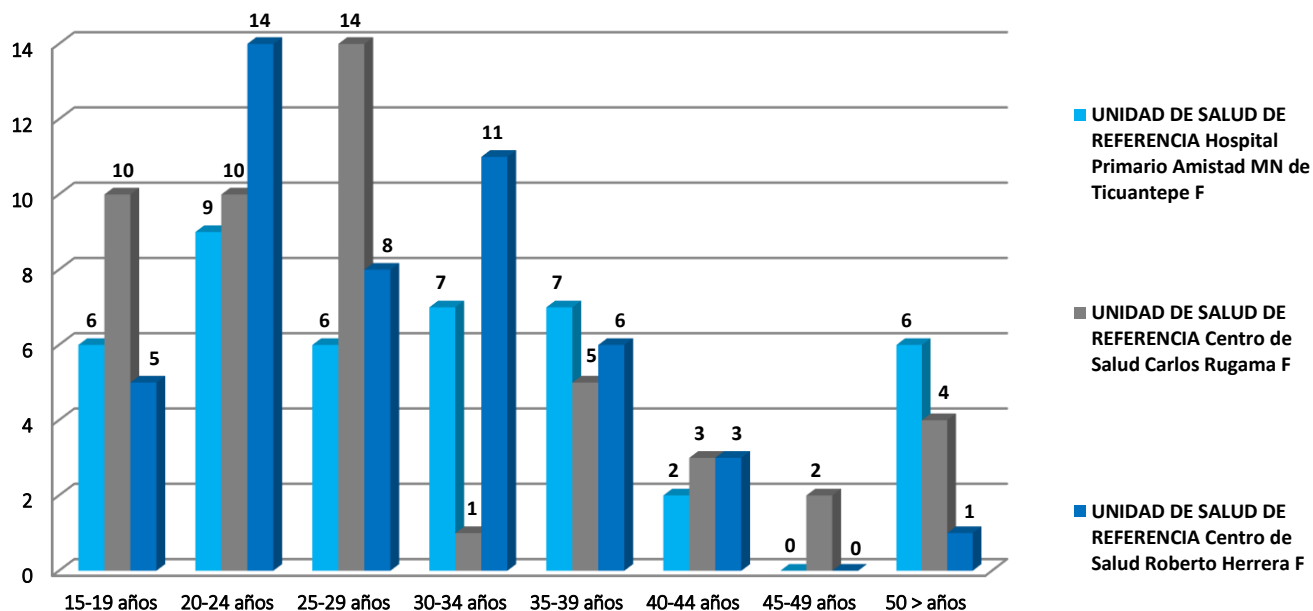
Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Edad según Unidad de Salud de Referencia de las pacientes con LIE-BG
2017-2018

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	UNIDAD DE SALUD DE REFERENCIA						TOTAL	
	Hospital Primario Amistad MN de Ticuantepe		Centro de Salud Carlos Rugama		Centro de Salud Roberto Herrera			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19 años	6	14	10	20,4	5	10,4	21	15
20-24 años	9	20,9	10	20,4	14	29,2	33	24
25-29 años	6	14	14	28,6	8	16,7	28	20
30-34 años	7	16,3	1	2	11	22,9	19	14
35-39 años	7	16,3	5	10,2	6	12,5	18	13
40-44 años	2	4,7	3	6,1	3	6,3	8	6
45-49 años	0	0	2	4,1	0	0	2	1,4
50 > años	6	14	4	8,2	1	2	11	7,9
Total	43	31	49	35	48	34	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico 1.

CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EDAD SEGÚN UNIDAD DE SALUD DE REFERENCIA DE LAS PACIENTES CON LIE-BG 2017 - 2018



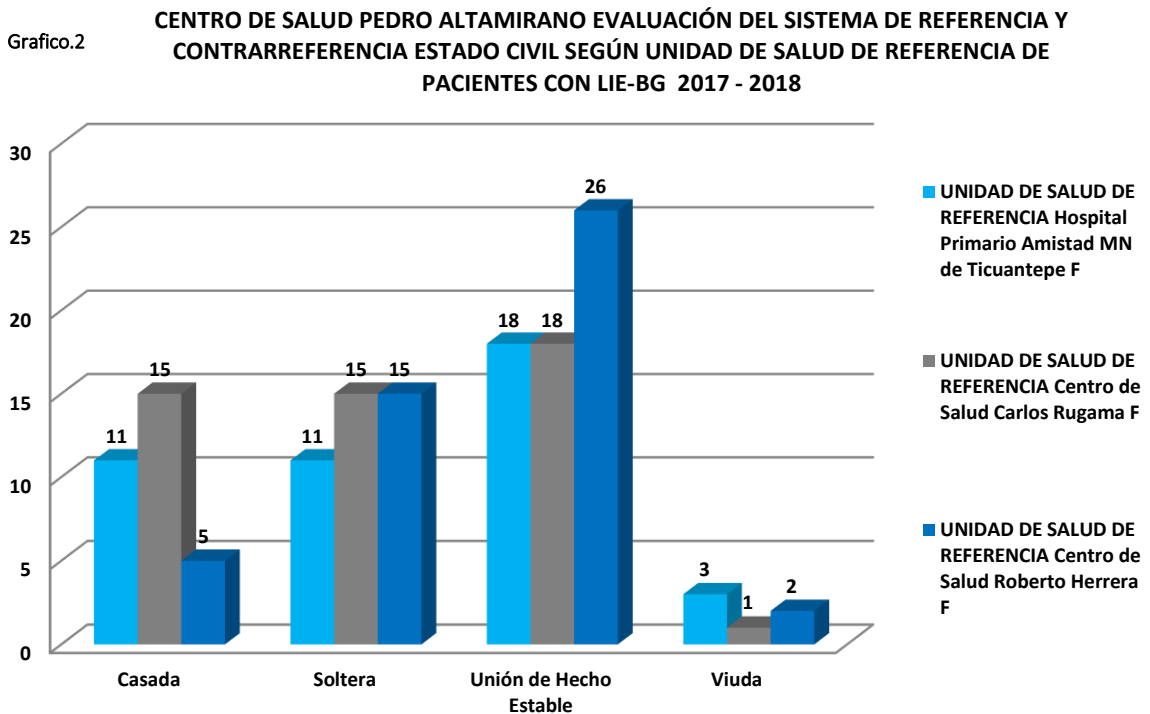
Fuente: Tabla 1

Tabla 2.

Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Estado Civil según Unidad de Salud de Referencia de las pacientes con
LIE-BG 2017-218

ESTADO CIVIL	UNIDAD DE SALUD DE REFERENCIA						TOTAL	
	Hospital Primario Amistad MN de Ticuantepe		Centro de Salud Carlos Rugama		Centro de Salud Roberto Herrera			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Casada	11	26	15	31	5	10	31	22
Soltera	11	26	15	31	15	31	41	29
Unión de Hecho Estable	18	42	18	37	26	54	62	44
Viuda	3	7	1	2	2	4	6	4
Total	43	31	49	35	48	34	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos



Fuente: Tabla 2

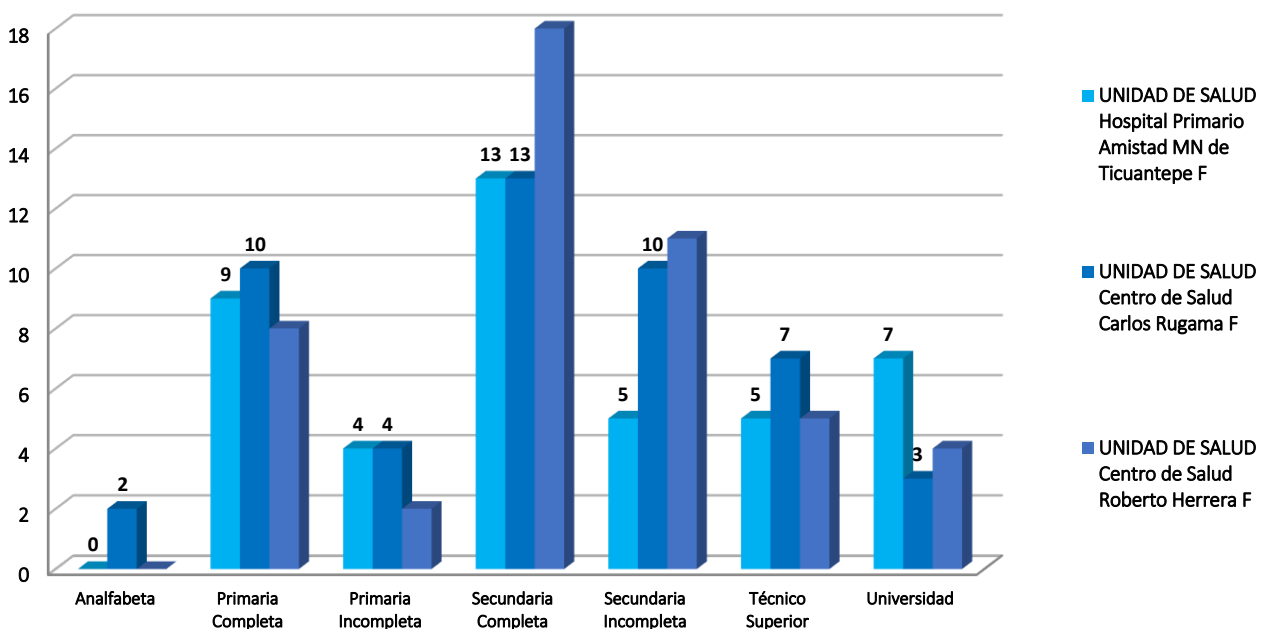
Tabla 3.

Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Escolaridad según Unidad de Salud de Referencia de las pacientes con
LIE-BG 2017-218

ESCOLARIDAD	UNIDAD DE SALUD						TOTAL	
	Hospital Primario Amistad MN de Ticuantepe		Centro de Salud Carlos Rugama		Centro de Salud Roberto Herrera			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Analfabeta	0	0	2	4	0	0	2	1
Primaria Completa	9	21	10	20	8	17	27	19
Primaria Incompleta	4	9	4	8	2	4	10	7
Secundaria Completa	13	30	13	27	18	38	44	31
Secundaria Incompleta	5	12	10	20	11	23	26	19
Técnico Superior	5	12	7	14	5	10	17	12
Universidad	7	16	3	6	4	8	14	10
Total	43	31	49	35	48	34	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico 3. CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ESCOLARIDAD SEGÚN UNIDAD DE SALUD DE REFERENCIA DE LAS PACIENTES CON LIE-BG 2017 - 2018



Fuente: Tabla 3

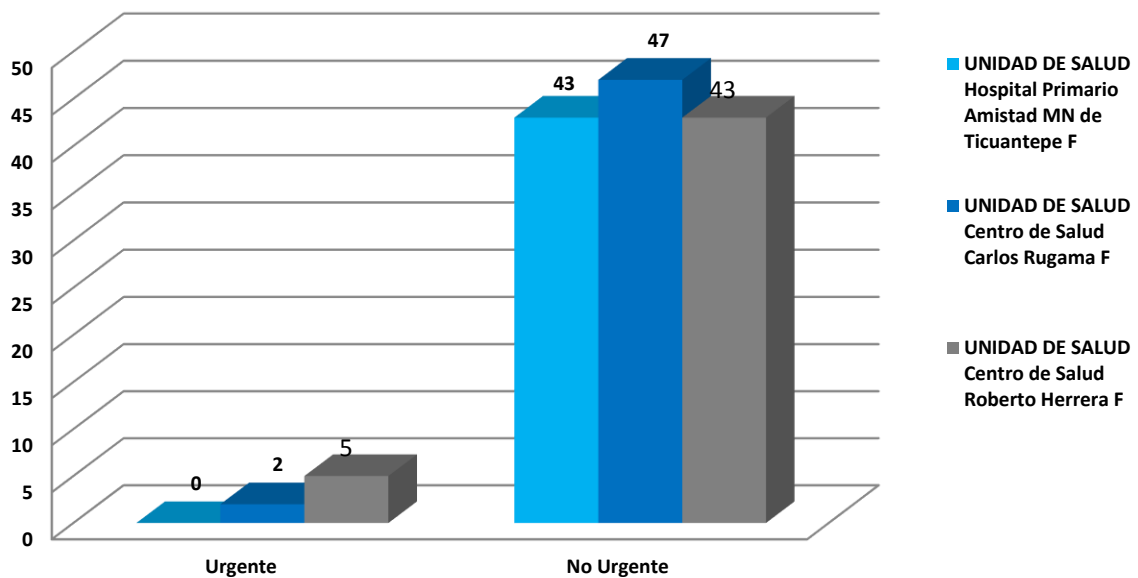
Tabla 4.

**Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Tipo de Referencia según Unidad de Salud de Referencia de las pacientes
con LIE-BG 2017-218**

TIPO DE REFERENCIA	UNIDAD DE SALUD						TOTAL	
	Hospital Primario Amistad MN de Ticuantepe		Centro de Salud Carlos Rugama		Centro de Salud Roberto Herrera			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Urgente	0	0	2	4	5	10	7	5
No Urgente	43	100	47	96	43	90	133	95
Total	43	31	49	35	48	34	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico 4. CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA TIPO DE REFERENCIA SEGÚN UNIDAD DE SALUD DE REFERENCIA DE LAS PACIENTES CON LIE-BG 2017 - 2018 .



Fuente: Tabla 4

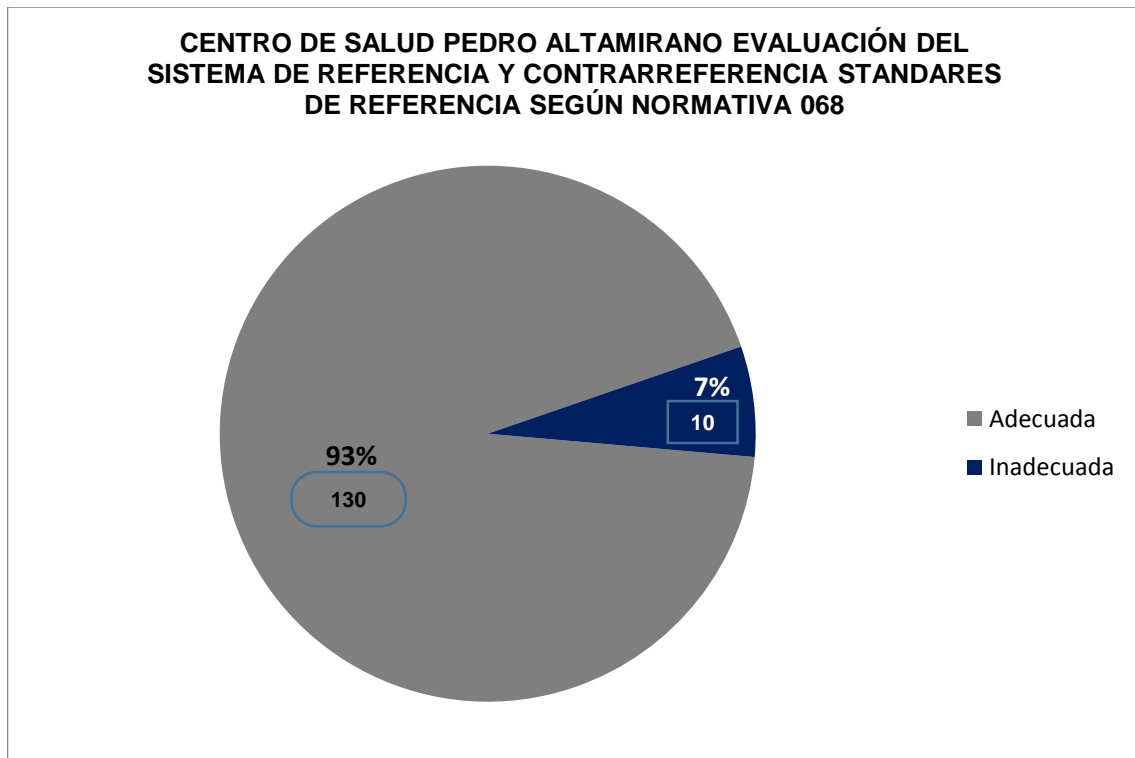
Tabla 5.

Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Estándares de Referencia según normativa 068; 2017-2018

Estándares de Referencia	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Unidad De Salud	134	95.7	6	4.3	140	100
Servicio	140	100	0	0	140	100
Nº DE EXPEDIENTE	131	93.6	9	6.4	140	100
Nombre Y Apellido	140	100	0	0	140	100
Edad	140	100	0	0	140	100
Sexo	140	100	0	0	140	100
Dirección	136	97.1	4	2.9	140	100
Municipio	127	90.7	13	9.3	140	100
Departamento	124	88.6	16	11.4	140	100
Ocupación	48	34.3	92	65.7	140	100
Motivo De Referencia	140	100	0	0	140	100
Signos Vitales	140	100	0	0	140	100
Resumen Clínico Y Tratamiento	140	100	0	0	140	100
Diagnostico Y Problema	140	100	0	0	140	100
Fecha De Envío	140	100	0	0	140	100
Hora De envío	140	100	0	0	140	100
Acompaña A Paciente	101	72.1	39	27.9	140	100
Se Envía A Al Servicio De	140	100	0	0	140	100
Se Contactó A	136	97.1	4	2.9	140	100
De La Unidad	137	97.9	3	2.1	140	100
Nombre Del Médico Tratante	136	97.1	4	2.9	140	100
Firma Y Sello	136	97.1	4	2.9	140	100
Nombre Y Firma De Quien Recibe El Traslado	115	82.1	25	17.9	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico. 5



Fuente: Tabla 5

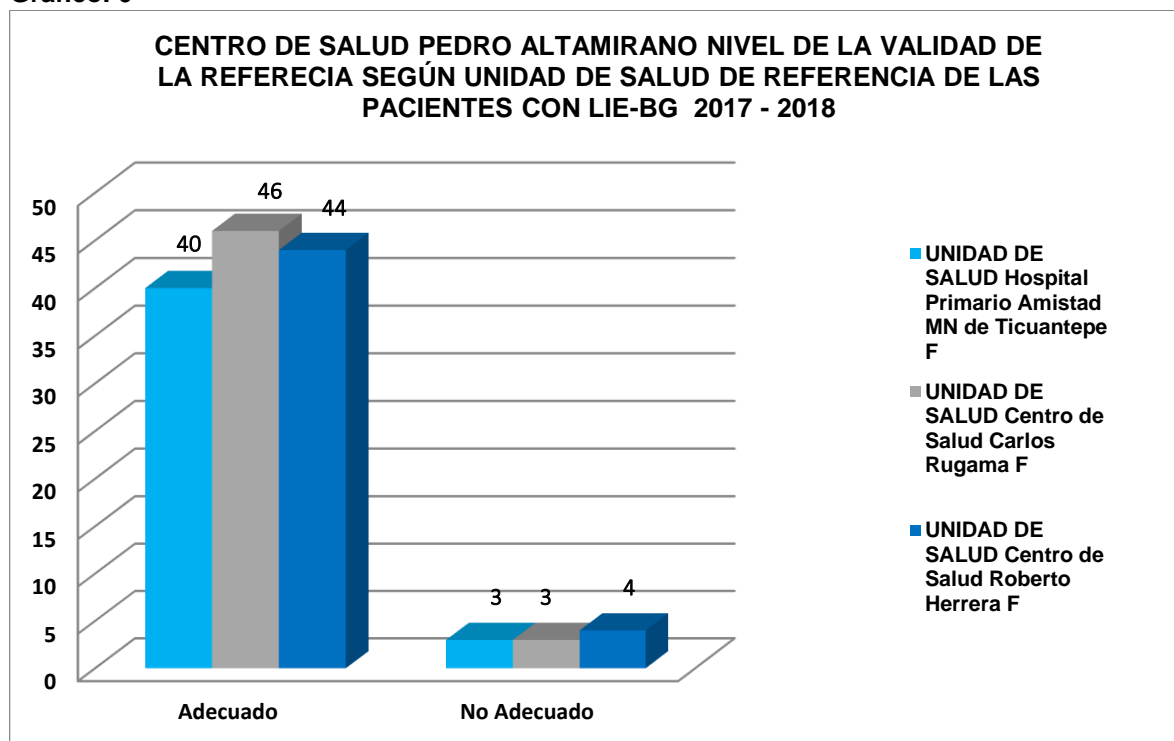
Tabla 6.

Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Nivel de Calidad de la Referencia según Unidad de Salud de Referencia de
las pacientes con LIE-BG 2017-218

NIVEL DE CALIDAD DE LA REFERENCIA	UNIDAD DE SALUD						TOTAL	
	Hospital Primario Amistad MN de Ticuantepe		Centro de Salud Carlos Rugama		Centro de Salud Roberto Herrera			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Adecuado	40	29	46	33	44	31	130	93
No Adecuado	3	2	3	2	4	3	10	7
Total	43	31	49	35	48	34	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico. 6



Fuente: Tabla 6

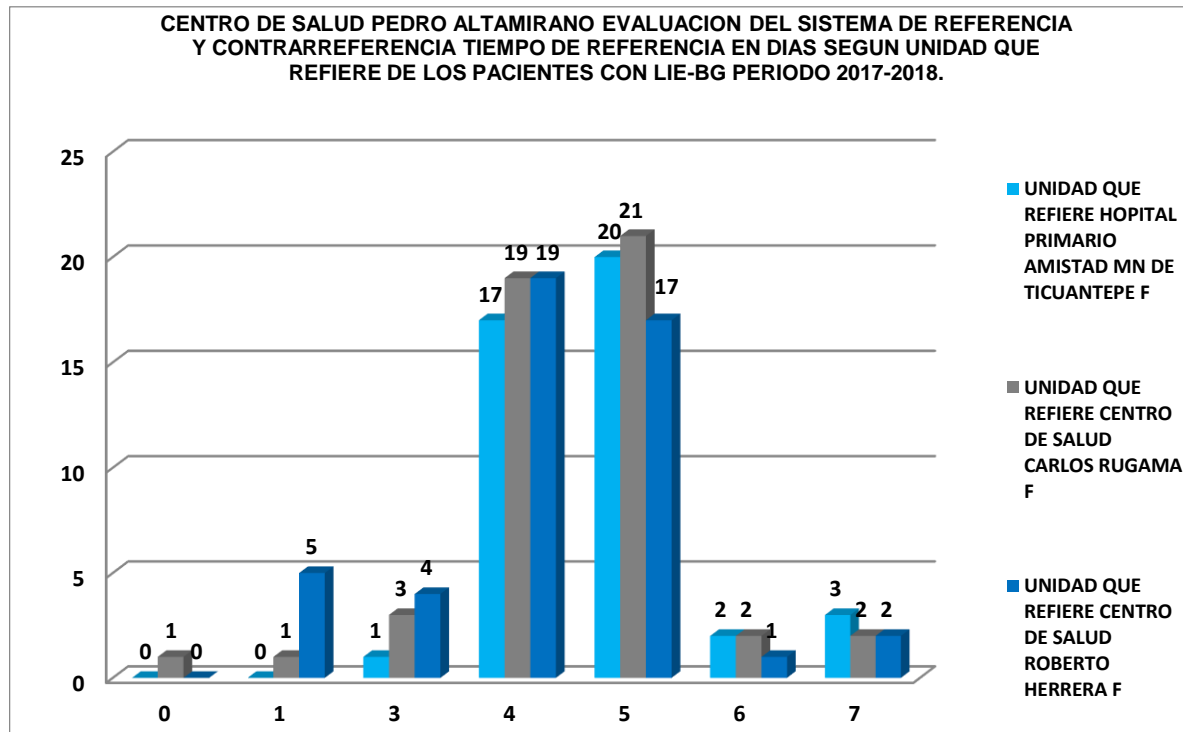
Tabla 7.

Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Tiempo de Referencia según Unidad de Salud de Referencia de las pacientes
con LIE-BG 2017-218

TIEMPO DE REFERENCIA EN DIAS	UNIDAD QUE REFIERE						Total	
	HOPITAL PRIMARIO AMISTAD MN DE TICUANTEPE		CENTRO DE SALUD CARLOS RUGAMA		CENTRO DE SALUD ROBERTO HERRERA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
0	0	0	1	1	0	0	1	1
1	0	0	1	1	5	4	6	4
3	1	1	3	2	4	3	8	6
4	17	12	19	14	19	14	55	39
5	20	14	21	15	17	12	58	41
6	2	1	2	1	1	1	5	4
7	3	2	2	1	2	1	7	5
Total	43	31	49	35	48	34	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico. 7



Fuente: Tabla 7

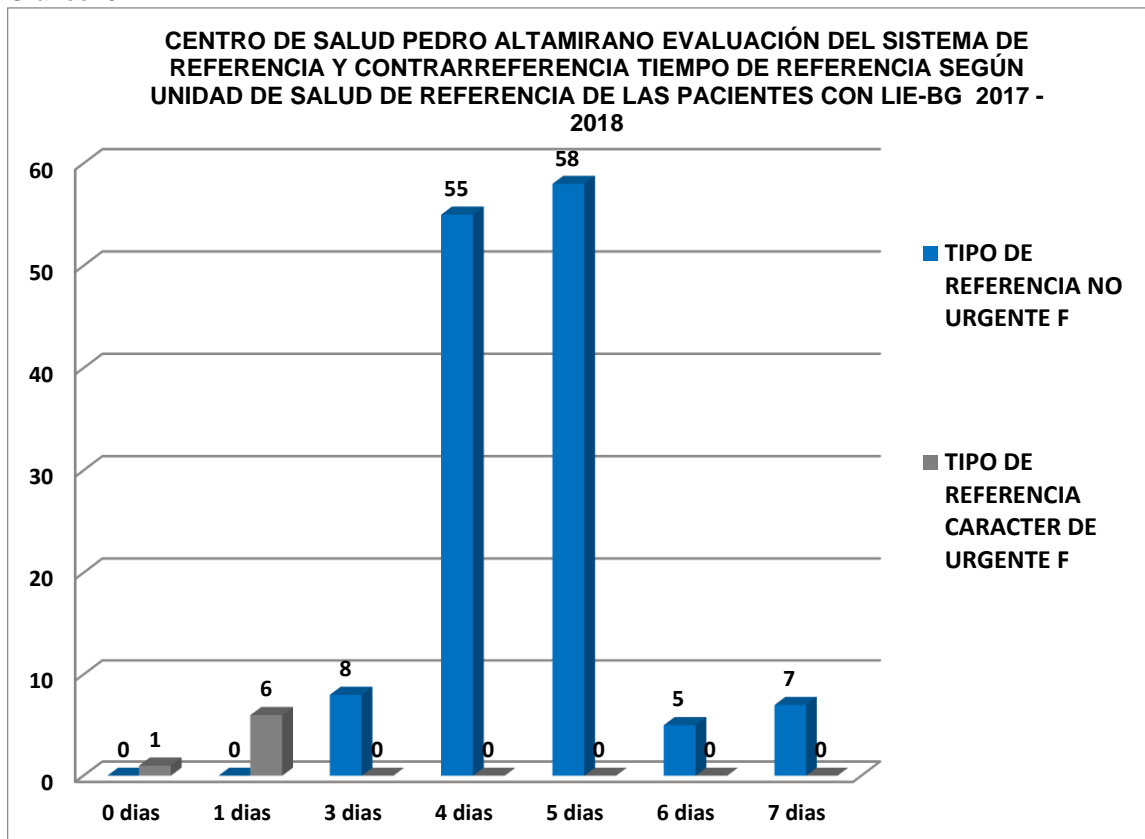
Tabla. 8

**CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
TIEMPO DE REFERENCIA SEGÚN TIPO DE REFERENCIA DE REFERENCIA DE LAS
PACIENTES CON LIE-BG
2017 - 2018**

TIEMPO DE REFERENCIA EN DIAS	TIPO DE REFERENCIA				Total	
	NO URGENTE		CARACTER DE URGENTE			
	F	%	F	%	F	%
0	0	0	1	1	1	1
1	0	0	6	4	6	4
3	8	6	0	0	8	6
4	55	39	0	0	55	39
5	58	41	0	0	58	41
6	5	4	0	0	5	4
7	7	5	0	0	7	5
Total	133	95	7	5	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico. 8



Fuente: Tabla 8

Tabla 9.

Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Estándares de la Contrarreferencia según normativa 068; 2017-218

Estándares de Contrarreferencia	SI		NO	
	F	%	F	%
Unidad de Salud	0	0	140	100
Servicio	0	0	140	100
Expediente Clínico	0	0	140	100
Nombre y Apellido	0	0	140	100
Edad	0	0	140	100
Sexo	0	0	140	100
Dirección	0	0	140	100
Municipio	0	0	140	100
Departamento	0	0	140	100
Teléfono	0	0	140	100
Ocupación	0	0	140	100
Fecha y Hora de Egreso	0	0	140	100
Días de Estancia	0	0	140	100
Resumen Clínico	0	0	140	100
Médico Tratante	0	0	140	100
Diagnóstico Egreso	0	0	140	100
Recomendaciones	0	0	140	100
Firma y Sello	0	0	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Tabla 10.

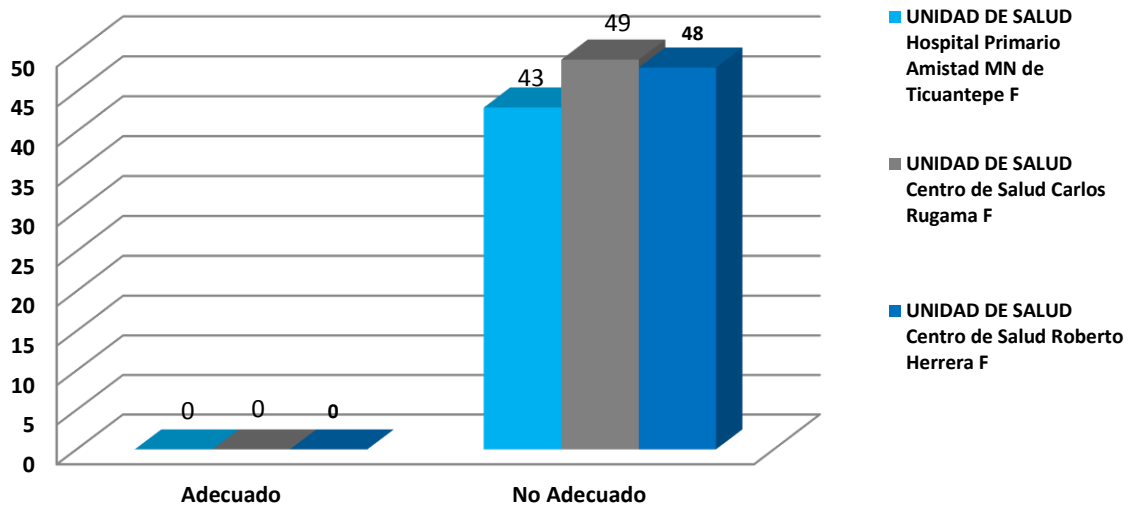
**Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
Nivel de la calidad de contrarreferencia según Unidad de Salud de Referencia
de las pacientes con LIE-BG 2017-218**

NIVEL DE CALIDAD DE LA CONTRARREFERENCIA	UNIDAD DE SALUD						TOTAL	
	Hospital Primario Amistad MN de Ticuantepe		Centro de Salud Carlos Rugama		Centro de Salud Roberto Herrera			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Adecuado	0	0	0	0	0	0	0	0
No Adecuado	43	100	49	100	48	100	140	100
Total	43	31	49	35	48	34	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico. 9

CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA NIVEL DE CALIDAD DE LA CONTRARREFERENCIA SEGÚN UNIDAD DE SALUD DE REFERENCIA DE LAS PACIENTES CON LIE-BG 2017 - 2018



Fuente: Tabla 10

Tabla 11.

**Centro de Salud Pedro Altamirano
Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia**

Tabla. 11

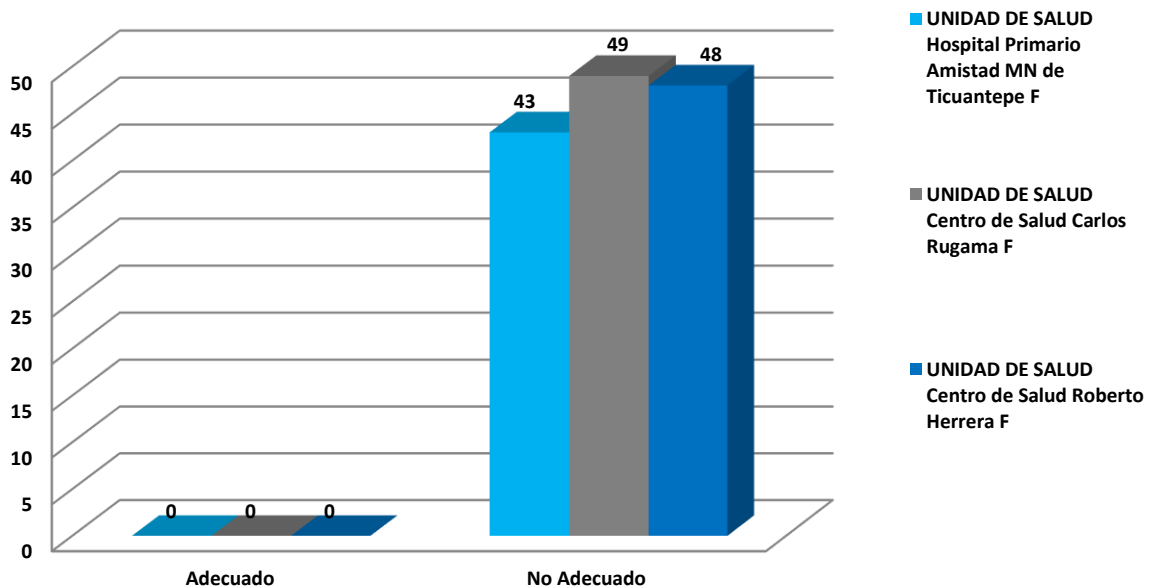
Registró de la contrarreferencia según Unidad de Salud de Referencia de las pacientes con LIE-BG 2017-218

REGISTRO DE LA CONTRARREFERENCIA	UNIDAD DE SALUD						TOTAL	
	Hospital Primario Amistad MN de Ticuantepe		Centro de Salud Carlos Rugama		Centro de Salud Roberto Herrera			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Adecuado	0	0	0	0	0	0	0	0
No Adecuado	43	100	49	100	48	100	140	100
Total	43	31	49	35	48	34	140	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Grafico. 10

CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA REGISTRO DE LA CONTRARREFERENCIA SEGÚN UNIDAD DE SALUD DE REFERENCIA DE LAS PACIENTES CON LIE-BG 2017 - 2018



Fuente: Tabla 11

