
ARTICULO ORIGINAL

Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico

Analysis of patients referred to a pediatric third-level hospital

Drs.: Rossy Quimbert Montes*, Héctor Mejía Salas**

Resumen

Análisis descriptivo de las referencias de pacientes que llegan al Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria”, tomando en cuenta la red de referencia, el nivel de atención del que fue referido, justificación de referencias, calidad de las mismas, diagnóstico dado, tratamiento indicado, coordinación y la necesidad de internación de estos pacientes.

Resultados: Entre julio y septiembre de 2012, se realizaron 300 referencias, 51% fueron justificadas, y 49% injustificadas. Según el nivel de atención, el 1er nivel fue el que tuvo más referencias injustificadas, seguido del 3er nivel y luego del 2do nivel. El 1er tuvo la mayor cantidad de referencias de mala calidad, con manejos errados, trasladados sin personal médico ni ambulancia, independientemente del estado del paciente, referidos directamente al tercer nivel sin coordinación previa, saltando al segundo nivel.

Palabras clave:

Rev Soc Bol Ped 2013; 52 (1): 8-12: referencias, nivel de atención, justificación, traslado, coordinación.

Abstract

Descriptive analysis of patient referral to Children’s Hospital “Dr. Ovidio Aliaga Uria”: network of health facilities and level, justification, their quality, treatment, coordination and the need of hospitalization were revisited.

Results: between July and September of 2012, 300 referrals were realized, 51% justified and 49% were unjustified. The 1st level had more unjustified references, followed the third level. The 1st level had the highest number of poor quality references, with wrong treatments, without medical or ambulance regardless of patient condition, referred directly to the third level without coordination, bypassing the second level.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2013; 52 (1): 8-12: referrals, level of attention, justification, transport, coordination.

Introducción

La decisión de referir pacientes a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive puede salvar la vida de la 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^{1,4}.

En Bolivia, el Sistema de Referencia y Contra Referencia, se comenzó a implementar en los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención, en el año 1996, realizándose su última actualización en el 2008 (Norma Nacional de Referencia y retorno)^{1,4},

* Residente de Pediatría de 1º año. Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria”

** Médico Pediatra. Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria”

Correspondencia: Dra. Rossy Quimbert Montes, correo electrónico: ross7med@gmail.com

Conflicto de intereses: los autores indican que el presente trabajo no tiene conflicto de intereses.

Artículo aceptado para su publicación luego de las correcciones pertinentes el 20/12/12.

con el objetivo de que todos los Servicios de Salud, actúen en el marco de una Red de Servicios, la cual nos ofrece respaldo y seguridad, de esta forma los servicios de salud pueden funcionar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.³

Este Sistema, si bien es de antigua data, todavía debe ser desarrollado, creando los vínculos institucionales (comunicación), que son los eslabones, que nos permiten unir a todos los Centros de Salud.

Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro de mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada⁴.

Consideramos que este estudio podrá demostrar la necesidad de mejorar el Sistema Nacional de Referencia y contra-referencia de nuestro país y determinar nuevas acciones^{1,4,9}.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, una serie de casos, para analizar todas las referencias que llegan al Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, en el periodo comprendido entre el 1 de Julio al 31 de Septiembre del 2012.

Se elaboró un formulario pre-codificado de fácil llenado y comprensión, con las variables de Red de donde procede la referencia, el nivel de atención del que fue referido, justificación de las referencias, calidad de las mismas, diagnóstico establecido antes de la referencia, tratamiento recibido antes de la referencia y durante el traslado, el lugar de donde proceden con mayor frecuencia, personal de salud que acompañó al paciente referido, cómo se realizó el traslado del paciente, la coordinación de las referencias, la necesidad de internación de los pacientes referidos, y el fallecimientos en caso de haberlo existido.

Se realizó un análisis de los resultados ingresándolos al programa de Excel, con métodos de estadística básica, sacando porcentajes, promedios e interrelacionando variables.

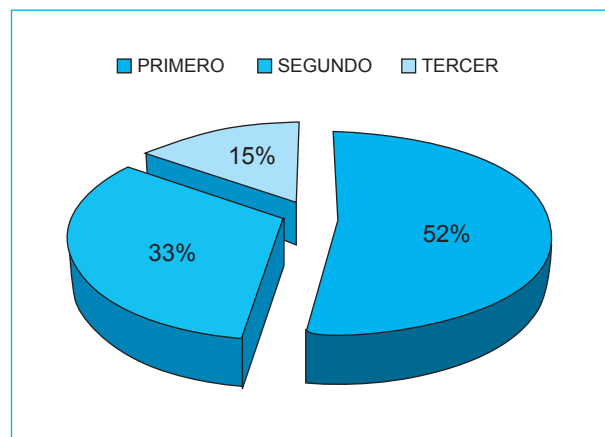
Resultados

Ingresaron al presente estudio 300 referencias realizadas entre 1 de Julio al 30 de septiembre del año 2012, de las cuales 97% corresponden al departamento de La Paz, y el 3% al resto de los departamentos.

De las referencias del departamento de La Paz: el 58% correspondieron a la ciudad de La Paz; 15% a la ciudad de El Alto y 24% procedieron del área rural del departamento.

De todas las referencias, 52% fue referido del primer nivel, 33% del segundo nivel y 15% del tercer nivel de atención, ver figura # 1.

Figura # 1. Referencias según el nivel de atención de donde se refieren.

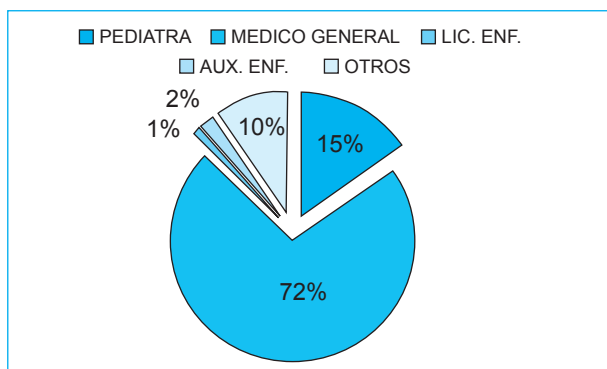


De las 300 referencias del estudio, 51% fueron justificadas y 49% injustificadas, independientemente del nivel de atención de donde llegaron.

De las referencias injustificadas, el 63.5% fueron de la ciudad de La Paz, 7% de la ciudad de El Alto y 13% del área rural.

Respecto al personal de salud que realizó la referencia, la distribución de los profesionales en salud fue de la siguiente manera; ver figura # 2.

Figura # 2. Distribución por personal que realiza la referencia en el primer nivel de atención.

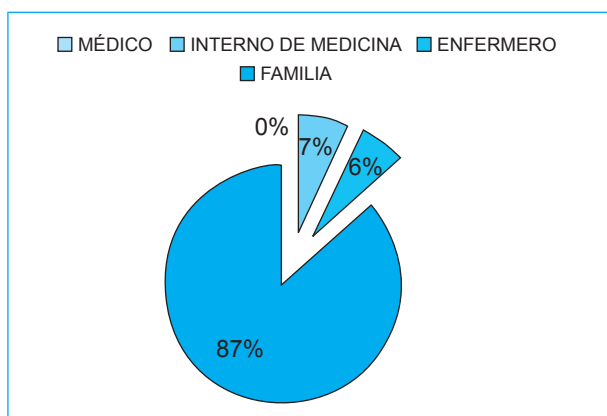


El 61% de las notas de referencia eran legibles, 92% tenían un diagnóstico establecido, 73% tenían un manejo pre-referencia errado de los pacientes (por ejemplo: niños con neumonía sin oxígeno terapia o una EDA con deshidratación grave sin vía periférica, etc.), 40% tenían un diagnóstico que no coincidía con el diagnóstico establecido en el Hospital del Niño; a su vez, de todas las referencias que llegaron de este nivel, sólo el 22% tenían un diagnóstico de acuerdo a la clasificación del AIEPI-Nut.

De las 157 referencias del primer nivel, 59% fueron injustificadas, pudiendo por tanto, haberse resuelto en el primer nivel de atención. El 92% fueron referidas oportunamente (es decir los pacientes llegaron dentro de las 24 horas de haber sido referidos).

En cuanto al personal que acompañó a la referencia, la distribución fue como se muestra en la figura # 3.

Figura # 3. Distribución de las referencias según personal de salud que la acompaña.



De todas las referencias del primer nivel de atención, ninguna fue coordinada. En cuanto a la necesidad de internación, de todas las referencias que llegaron del primer nivel de atención, 27% requirió internación en nuestro nosocomio; de los cuales, 2 pacientes rechazaron la misma y el 73% de las referencias no requirieron internación, 1 paciente falleció en el servicio de emergencias.

Discusión

La decisión de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutoria puede salvar la vida de una persona y el éxito en la calidad del sistema de referencia requiere organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención. Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos con los que se cuenta, sean estos humanos o físicos.

Se verificó que la mayoría de las referencias que llegan a nuestro hospital son del primer nivel de atención, de estas referencias, la mayor parte son injustificadas, y saltan niveles de atención (segundo nivel), ya indicados en nuestra Norma Nacional de Referencias y Retorno⁴ hace varios años.

Llama la atención que prácticamente la mitad de las referencias que llegan al Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria”, son injustificadas y saturan nuestro hospital. Muchas provienen del segundo y tercer nivel, con patologías que pudieron haber sido resueltas en los centros de referencia.

En cuanto al personal que refiere a los pacientes, la mayoría de las referidas por un pediatra, fueron justificadas, en cambio, de las referencias injustificadas la mayoría fueron referidas por un médico general, siguiendo en frecuencia a otro personal como el personal de enfermería.

De acuerdo a la calidad de las notas de referencia, se recibieron muchas notas de calidad, legibles, que se encontraban identificadas, con datos del paciente útiles para manejo inicial en el tercer nivel, sin embargo, existieron otras ilegibles, sin identificación

del médico u otro personal que los refiere, sin datos del manejo realizado en el paciente, incluso sin un diagnóstico de referencia, cosa que es muy llamativa, tomando en cuenta que fue un personal médico quien realizó la referencia y que las normas de referencia y retorno ya fueron establecidas hace varios años en nuestro país.

En el primer nivel de atención, existieron muchas referencias con tratamientos y manejos incorrectos, con diagnósticos equivocados, que fueron trasladados de forma errada, sin ambulancia, e incluso sin un personal médico que los acompañe para brindar atención durante el traslado. Siendo de importancia destacar que (ninguna transferencia del primer nivel fue acompañada por el médico del Centro de Salud), esto aconteció incluso en pacientes que se encontraban en mal estado general.

En muchos casos, tanto del primer, segundo y tercer nivel, los pacientes no tenían ningún tratamiento realizado, o por lo menos no estaba indicado en la nota de referencia.

Fueron muy pocas las referencias que se coordinaron, (independientemente del nivel de atención), pero lo que llama la atención es que ninguna fue coordinada del primer nivel, podríamos inferir que pudo haber sido por falta de teléfonos o quizá por temor a su rechazo en el segundo o tercer nivel, pero aún al ser incoordinadas, acudiendo con una nota de referencia incompleta e ilegible, lo que dificultó el rápido manejo del paciente, incrementando su riesgo a complicaciones e incluso disminuyendo su pronóstico de vida, y en el momento del manejo del paciente, el tercer nivel debe incluso hasta adivinar en manejo realizado en dicho paciente por la mala calidad (letra ilegible y notas incompletas) de las notas de referencia que envían.

Se pudo comprobar a su vez, que muchos pacientes fueron trasladados sin una estabilización previa y llegaron al Hospital del Niño descompensados, incrementando el riesgo a complicaciones, incluso la mortalidad de los pacientes. Estos resultados, de-

muestran que es importante establecer protocolos de estabilización y traslado del paciente pediátrico.

Dentro de la variable de justificación de referencia, prácticamente la mitad de los casos fueron referencias injustificadas, y fueron referidas en más del 90% de forma oportuna, es decir dentro de las primeras 24 horas, pero no fueron referidas de forma correcta, ya que sólo menos del 50% de todas las referencias fueron referidas en una ambulancia, sin importar el grado de complejidad de los pacientes; muchos fueron referidos de forma injustificados y por tanto el riesgo de los pacientes era mínimo al acudir de forma particular y sin un personal médico que acompañe a la referencia, pero en los casos que eran justificados, o sea, que tenían un nivel de complejidad que correspondía al tercer nivel de atención, el riesgo de los paciente era muy elevado y justamente ellos acudieron sin ambulancia y sin algún personal médico que acompañe al paciente, para asistirlo en caso de que así lo requiriera.

Recomendaciones

A partir de todo lo analizado, se recomienda, al igual que en muchos otros estudios¹⁷⁻¹⁸, tomar políticas de salud en el SEDES, para poder mejorar el sistema de referencia y retorno de nuestro país, ya que las normas actuales, no son conocidas por todo el personal de salud que trabaja en el Sistema Nacional de salud, y por esto, no se cumplen a cabalidad, de esta forma nuestro Sistema de Salud retrocede en vez de mejorar.

Recomendamos que el Ministerio de Salud y el SEDES, reorganicen la zonificación de las redes de referencia, y que las den a conocer para que sean acatadas por todos los hospitales del país.

Recomendamos realizar capacitaciones del personal de salud para poder resolver problemas básicos de salud, que puedan ser resueltos según su nivel de complejidad en el 1° y el 2° nivel de atención y creemos muy necesario realizar protocolos de estabilización y traslado del paciente pediátrico para los

diferentes niveles de atención. Por otro lado, sugerimos que las autoridades pudieran equipar de forma adecuada las ambulancias de cada nivel de atención (diferenciadas entre ambulancias para pacientes pediátricos y de adultos), para mejorar el traslado del paciente y así, mejorar el pronóstico del paciente.

Referencias

1. Pardo L, Zabala C, Gutierrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S, et al. Sistema de referencia-contrareferencia en Pediatría. Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Med Urug* 2008;24:69-82.
2. Terrazas ML. Red de servicios. Referencia y Contra referencia. *Archivo del Hospital La Paz* 2007;5:30-3.
3. Pérez A, Febrel M, Domeco H. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gacsanit* 2000;14:122-30.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Retorno 2008. Serie Técnico – Normativos. La Paz-Bolivia.
5. República de Colombia. Fondo de pasivo social de ferrocarriles Nacionales de Colombia. Plan de Beneficios para prestación de servicios de salud Anexo 20. Protocolo de referencia y contra-referencia. Disponible en: http://www.contratos.gov.co/archivospuc1/DA/124004000/07-2-7212/DA_PROCESO_07-2-77212_124004000_242552.pdf.
6. García J. Sistema de referencia y contra-referencia de pacientes 2006. Disponible en: <http://garciaserven.blogspot.com/2006/10/sistema-de-referencia-contrareferencia.html>.
7. Royal College of Nursing. Developing referral criteria for district nursing services. *Guia dancefor Nurses* 2003;1:1-5.
8. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. Guía Para La Operación De Sistema De Referencia Y Contrareferencia en los centros de salud de nivel primario del servicio de salud metropolitano sur oriente. Disponible en: <http://www.ssmsoc.cl/protocolos/Guia-RefContrarefeAd.pdf>
9. Gobernación del Valle Del Cauca, Secretaria Departamental De Salud. Manual. Operativo del sistema de referencia y contra-referencia de Urgencias 2010;1:1-15.
10. Ministry Of Health – Belize. Director of Health Services. National referral system. Policy, Guidelines and Protocols. 2006:1-29.
11. Silberman M. Optimización del Proceso de Referencia – Contra-referencia entre niveles de atención de la salud. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de La Plata. 1-86. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>
12. Nebot C, Rosales C, Borrell RM. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2009;1:176-83.
13. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y retos futuros. Washington, DC: PAHO 2003.
14. Ortún V, Del llano J, Moreno M, Millán J, Gené J. La articulación entre niveles asistenciales. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona. 1998;1:349-57.
15. Arteaga J, Roa E. Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de cooperación Alemana, República Bolivariana de Venezuela 2002.