



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“CARACTERÍSTICAS DE LAS REFERENCIAS Y
DIAGNÓSTICOS DE EGRESO DE EMERGENCIA DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL
DOCENTE BELÉN-LAMBAYEQUE”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

BACH. SAYAGO GRANDA LUIS ALBERTO

ASESOR:

DR. ULCO ANHUAMAN SEGUNDO FELIPE

LAMBAYEQUE, FEBRERO 2018



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“CARACTERÍSTICAS DE LAS REFERENCIAS Y DIAGNÓSTICOS
DE EGRESO DE EMERGENCIA DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
BELÉN-LAMBAYEQUE”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**BACH. SAYAGO GRANDA LUIS ALBERTO
AUTOR**

**DR. SEGUNDO FELIPE ULCO ANHUAMÁN
ASESOR**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“CARACTERÍSTICAS DE LAS REFERENCIAS Y DIAGNÓSTICOS
DE EGRESO DE EMERGENCIA DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
BELÉN-LAMBAYEQUE”**

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR:

DR. ELMER ORLANDO HUANGAL NAVEDA
PRESIDENTE

DR. JUAN ANTONIO SALAZAR HUERTA
SECRETARIO

DRA. INGRID ROSA QUEZADA NEPO
VOCAL

DRA. COOPER ARIAS MARIA DEL ROSARIO
SUPLENTE

LUGAR DE EJECUCIÓN

- ❖ Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

- ❖ Gestión en salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

- ❖ Administración en salud

DURACIÓN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:

- ❖ 18 meses

FECHA DE INICIO

- ❖ Septiembre del 2016

FECHA DE TÉRMINO

- ❖ Febrero del 2018.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradecer a Dios por darme años de vida, guiarme, protegerme, tener una hermosa familia, amigos, por permitir que haya terminado una hermosa carrera que es la medicina.

A mi formadores de mi flamante Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, personas que con su gran sabiduría además de conocimientos me han hecho mejor persona, haciéndome saber que no todo es conocimiento, que no siempre se gana, que los errores también nos hacen crecer y sobre todo que no me dé por vencido y que luche por mis sueños.

Al Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuamán, que además de docente, asesor, me ha sabido guiar, apoyar, criticar de forma positiva durante el desarrollo de la tesis y por ser una gran persona, docente e investigador

A mi familia por formarme, protegerme, guiarme para poder ser y estar donde ahora estoy.

A mi enamorada, quien me ha apoyado, al igual que mi familia, en las buenas y en las malas, y darme fuerzas cuando más lo necesitaba.

DEDICATORIA

A nuestro padre Dios por siempre estar a mi lado, por no abandonarme y darme la fortaleza necesaria para seguir adelante

A mi madre, que a pesar que no la tengo físicamente, desde pequeño me enseñó del amor, del respeto, de la perseverancia y que sé que te sientes muy orgullosa de mí

A mi padre, hermanos y enamorada que me han alentado a seguir adelante, apoyándome en todo lo que han podido siempre para poder llegar a una meta más, la primera más grande de mi vida, ser médico.

A todos mis amigos y mis maestros, especialmente al Dr. Felipe Segundo Ulco Anhuamán, que con su apoyo ha sido posible la culminación de éste trabajo.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

RESUMEN..... 0

ABSTRACT 2

I. INTRODUCCIÓN..... 3

II. MATERIAL Y MÉTODOS..... 20

III. RESULTADOS..... 24

IV. DISCUSIÓN..... 31

V. CONCLUSIONES..... 35

VI. RECOMENDACIONES..... 37

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 39

VIII. ANEXOS 42

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características de las referencias y los diagnósticos de egreso de emergencia del servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque.

MÉTODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo analítico, retrospectivo en emergencia del servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque en el año 2017. Se hizo la revisión de 220 historias clínicas de pacientes que habían sido aceptadas por emergencia. Se determinaron características de las hojas de emergencia y el diagnóstico de emergencia con ayuda de una ficha recolectora.

RESULTADOS: El 19% de historias clínicas no contaron con hoja de referencia. Todas las historias contaron con diagnósticos, pero no con CIE10. El 61% de los pacientes fueron derivados de centros con Funciones Obstétricas y neonatales Primarios. El 58% de los pacientes no fueron acompañados por personal de salud. El 88% de los diagnósticos de referencia justificaron su derivación, pero el 28% de los diagnósticos de referencia y la de emergencia no estuvieron relacionados.

CONCLUSIONES: Los diagnósticos que tuvieron los pacientes que fueron referidos difieren en el 28% del diagnóstico que se realizó en el hospital Belén; además de ello llamó la atención que los pacientes aparte de que: algunos no tuvieron hoja de referencia, ver diagnósticos sin CIE 10, pacientes sin compañía de por personal de salud en más de la mitad de los casos, lo que podría condicionar a que la morbimortalidad del paciente tenga mal pronóstico, puntos que debemos de mejorar por el bienestar de nuestra población.

Palabras claves: *Derivación y Consulta, Diagnóstico, Registros Médicos (Fuente: DeCS BIREME)*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the characteristics of the references and the diagnosis of emergency discharge of the obstetrics service to the Provincial Teaching Hospital Belén of Lambayeque

METHODOLOGY: A descriptive, analytical, retrospective study was carried out in emergency of obstetrics service to the Provincial Teaching Hospital Belén of Lambayeque in the year 2017. It a review of 220 clinical histories was made of patients who had been accepted by emergency. Characteristics of the emergency sheets and the emergency diagnosis were determined with the help of a data collection sheet.

RESULTS: 19% (42) of clinical histories did not have a reference sheet. All the histories had diagnosis, but not with CIE 10. The 61% of the patients were derived from centers with obstetric and Neonatal functions Primary. 58% of the patients were not accompanied by health personnel. 88% of the reference diagnosis justified their referral, but 28% of the reference and emergency diagnoses were not related.

CONCLUSIONS: the diagnostics that had the patients who were referred differ in 28% of the diagnosis that was made in the Belen hospital; In addition, it was noted that patients apart from: some did not have a reference sheet, see diagnoses without CIE 10, patients without company of health personnel in more than half of the cases, which could condition that the morbidity and mortality of the patient have a poor prognosis, points that we must improve for the well-being of our population.

KEYWORDS: Referral and Consultation, Diagnosis, Medical Records
(Source: DeCS BIREME)

I. INTRODUCCIÓN.

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Constitución de la OMS de 1948 y el programa Salud para todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata declara que la salud es un derecho humano fundamental (1), pero para el 2012 la OMS refiere que a escala mundial existe una ineficacia en el uso de recursos para la salud que varían entre el 20% al 40%, siendo las causales, la falta de motivación sanitaria, la duplicación de servicios y el uso impropio o excesivo de medicamentos y tecnologías(2).

En el 2012 la OMS refiere que las causas principales de muerte a nivel mundial son las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y relacionadas con la nutrición representan en conjunto el 23% (3); por lo que en “La estrategia mundial de salud para la mujer, niño y adolescente 2016-2030” refiere en uno de sus apartados que la reducción de la mortalidad neonatal requerirá de una mejor prevención y gestión de los nacimientos prematuros, hospitalización para soporte en recién nacidos enfermos y pequeños(4)

En cuanto a la cobertura nacional, la meta fijada es que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud, pese a los recursos insuficientes para brindar servicios de manera eficiente (2); como se corrobora en el Reforma de Financiamiento en salud 2015-2017, donde menciona que en el año 2014 en Perú el gasto total de salud en relación al producto bruto interno fue del 5,47% (del cual el 60,64% proviene del sector público y el 39,36% del gasto es privado)(5), valor inferior según el Acuerdo político en Salud 2006 que asciende al 7.7%(6)

A nivel mundial, unos 150 millones de personas sufren catástrofes financieras anuales, mientras que 100 millones son empujados por debajo del umbral de la pobreza (7). En el año 2008 en Perú el cuidado de la salud representó el 9,6% del total de gasto mensual de los hogares(8), la cual conduce a un desvío de fondos de la alimentación o alquiler de viviendas, poniendo en peligro la salud.

Los factores que impiden a las mujeres que reciben atención médica adecuada durante el embarazo y el parto son de disponibilidad limitada y la mala calidad de los servicios de salud, la falta de información sobre los servicios disponibles, ciertas creencias culturales y actitudes, y la pobreza.(4)

En el 2015 refleja que la mortalidad más de la mitad (52%) en los países de ingresos bajos se debieron a enfermedades del grupo I, que abarca las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales. Sin embargo, en los países de ingresos altos el grupo I causa solamente solo el 7% de las defunciones (3). En cuanto a la mortalidad materno infantil tenemos:

La razón de muerte materna (RMM) a nivel mundial fue de 216 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. Esto se traduce en aproximadamente 830 mujeres que mueren cada día debido a las complicaciones del embarazo y el parto. Los principales causas de muerte materna son condiciones médicas pre existentes exacerbadas por el embarazo: 28%; hemorragia severo (en su mayoría después del parto): 27%; hipertensión durante el embarazo(pre eclampsia y eclampsia): 14%; sepsis o infecciones generalmente después del parto: 11%; aborto complicado: 8%; coágulos sanguíneos: 3% y otros: 9% (4).

En el Perú datos del año 2015 la RMM fue de 68 cada 100 000 nacidos vivos, siendo sus causas básicas de muerte: causas obstétricas indirectas 33%, hemorragias obstétricas 24%, enfermedades hipertensivas del embarazo 21%,

sepsis y otras infecciones obstétricas 15%, y el 7% debido a otras causas obstétricas directas (9).

En el mismo año a nivel mundial murieron 5,9 millones de niños menores de 5 años, de los cuales el 45% son recién nacidos vivos, con una tasa de mortalidad neonatal de 19 por cada 1 000 nacidos vivos, siendo sus causas la prematuridad, complicaciones relacionadas al parto (asfisia al nacer) y sepsis neonatal (4). En nuestro país el Subsistema nacional de Vigilancia Epidemiológica Prenatal y Neonatal (SNVEPN) notificó que entre los años 2011-2012 la Tasa de mortalidad Neonatal fue de 12,8 cada mil nacidos vivos(10), siendo sus principales causas las infecciosas (23,9%), la prematuridad (18,4%), la asfisia y el trauma (16,0%) y las anomalías congénitas (15,1%), todas patologías que en conjunto representan más del 70,0% del total de muertes(11).

1.2. ANTECEDENTES

En el Hospital del Niño “Dr, Oviedo Aliaga Uria”- Bolivia, analizaron y describieron las referencias de pacientes tomando en cuenta la red de referencia, el nivel de atención de donde es referido, justificación de las referencias, su calidad, diagnóstico, tratamiento indicado, coordinación y la necesidad de internación de los pacientes. Entre julio y septiembre de 2012, se realizaron 300 referencias, de las cuales 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 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), 40% tenían un diagnóstico que no coincidía con el diagnóstico establecido en el Hospital del Niño. 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 (12)

En un estudio de tipo observacional prospectivo entre los años 2008-2010 en la unidad de terapia intensiva y pediátrica (UTIP) del Hospital El Cruce, haciendo uso de encuesta a todos los jefes de servicio pediátricos de la red analizaron el conocimiento y los indicadores vinculados al ingreso y egreso de pacientes. Durante el periodo se internaron 1677 pacientes; 83,9% fueron derivados desde la red. Se aceptaron 71,1% de las derivaciones solicitadas. El 9,4% (156 pacientes) fueron contrarreferidos al centro de origen. En la encuesta, 70% de las respuestas de los jefes de servicios pediátricos expresaron desconocimiento del menú prestacional de la red. El intercambio asistencial se basó predominantemente en la aceptación de pacientes derivados desde centros de segundo nivel de atención hacia el Hospital El Cruce y escasa contrarreferencia hacia los centros derivadores, con una dinámica de funcionamiento radiada, generando una sobreocupación de camas en el nivel de mayor complejidad por patologías que pueden ser resueltas en un nivel anterior; además hubo escaso conocimiento de la disponibilidad de subespecialidades pediátricas para la atención de pacientes en la red(13)

En el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de San Miguel Chapultepec, se realizó un estudio para identificar las causas más frecuentes de referencia para resolución obstétrica de mujeres embarazadas atendidas donde se encontró una falta de orden en cuanto al registro de las pacientes, lo que dificulta el seguimiento de las mismas; concluyendo que se debe reevaluar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, fortalecer la capacitación, supervisión y vigilancia del personal de salud y administrativo en materia de

atención obstétrica, así como establecer las medidas correctivas pertinentes para que este sistema funcione adecuadamente y así generar estadísticas confiables ya que la investigación se vio limitada por registro incompleto de pacientes y un seguimiento inadecuado de las mismas(14)

En el 2012 México, analizaron el sistema de referencias y contrarreferencias en materia de atención obstétrica y los posibles mecanismos institucionales que enmascaran un fenómeno de rechazo hospitalario. Para ello se realizó un seguimiento a 35 mujeres en puerperio en una institución hospitalaria de segundo nivel de atención de la ciudad de México; donde el 57% de las mujeres tuvieron que buscar más de un sitio para su resolución obstétrica: 25% visitó dos, 17% tres, 15% a más de tres. La mujer que más hospitales visitó, acudió a nueve nosocomios a lo largo de 24 horas. Del total además se identificó que el 41% la atención prenatal se realizó en el primer trimestre, mientras que el 59% fue a partir del segundo trimestre no fueron debidamente valoradas en todos los casos antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención, además se identificó que las complicaciones que presentaron algunas de las mujeres debido a la demora en la atención que se generó a través de la referencia y contrarreferencia. Concluyendo que las condiciones actuales del sistema de referencia y contrarreferencia representa un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna, al enmascarar un fenómeno de multi-rechazo hospitalario que, a su vez, tiene un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y finalmente en la salud de las mujeres (15)

En el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) a través del Departamento de Emergencia (DEP) y de la Policlínica Pediátrica General de Referencia (PPGR); se analizaron las derivaciones de pacientes a partir de registros del triaje de las interconsultas de atención primaria a los

servicios de neuropediatría, neumología y gastroenterología realizados en la PPGR desde agosto del año 2005 a diciembre de 2006. Luego del triaje, 69% del total de interconsultas fueron derivadas a la policlínica de referencia. Neuropediatría fue la especialidad más solicitada en 60% de los casos. Luego de realizado el triaje del total de niños con pase a neuropediatría, 30% fue derivado a esta especialidad, a gastroenterología 0,05% y a neumología 0,03%. La calidad de los datos en la hoja de referencia fue buena en 30% de los casos. La derivación fue oportuna en 89% de los casos. El motivo de la derivación más frecuente fue por requerimiento de especialista, 29,6%. De los pacientes derivados, el 74% no requería éste nivel de atención. Concluyendo de ésta manera la ineficiente utilización de los recursos, proponiendo establecer medidas para racionalizar el sistema de atención y promover su eficacia. Se proponen medidas para mejorar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia y la derivación oportuna y adecuada a especialista en el HP-CHPR (16)

En las consultas de atención primaria de un área de salud de Madrid, se estudiaron 349 derivaciones de tres centros urbanos, siendo las especialidades más demandadas (65%) las áreas de ginecología, oftalmología, dermatología, otorrinolaringología, rehabilitación, traumatología y cirugía general. De las derivaciones fueron dirigidos al centro de especialidades (92,3%), el 4,9% a las consultas externas del hospital y el 2,6% a urgencias, los médicos que sintieron algún grado de presión por parte del paciente para que lo refiriera a un especialista fue en el 18,3%. Del total, en el 18% el médico sintió algún grado de presión por parte del paciente para ser derivado(17) .

1.3. BASE TEÓRICA.

Sistema de Salud

El sistema nacional de salud es el resultado dinámico de múltiples factores que modifican el perfil epidemiológico de un territorio, conformado por la interrelación de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, incluidos aquellos vinculados a otros sectores que realizan acciones de salud. A la vez la conforman todas las personas que actúan en él y todas las actividades que se realizan. Consta de cuatro funciones principales definidos como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión (18).

Complejidad de los Establecimientos de Salud

La complejidad está determinada por la Capacidad Resolutiva Cualitativa y el Nivel Tecnológico de los recursos (19,20).

Nivel de Complejidad

Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos (19,20).

Nivel de Atención

Conjunto de Establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se reconocen tres niveles de atención(19,20).

Primer Nivel: Donde se atiende el 70-80% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos. En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes (19,20).

Segundo Nivel: Donde se atiende el 12 al 22 % de la demanda, portadora de necesidades de salud que requieren atención de complejidad intermedia (19,20).

Tercer Nivel: Donde se atiende el 5 al 10% de la demanda, la cual requiere de una atención de salud de alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación (19,20).

Nivel de atención	Nivel de complejidad	Ministerio de Salud	EsSalud	Recursos Humanos
Primer nivel de atención	1° nivel de complejidad	Puesto de Salud		<ul style="list-style-type: none"> • Lic. enfermería u obstetricia • Técnico de enfermería
	2° nivel de complejidad	Puesto de Salud con médico	Posta Médica	<ul style="list-style-type: none"> • Médico general • Lic. enfermería u obstetricia • Técnico de enfermería
	3° nivel de complejidad	Centro de salud sin internamiento	Centro Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Médico general o médico familiar, odontólogo • Lic. enfermera u obstetricia • Técnico en farmacia, enfermería y laboratorio
	4° nivel de complejidad	Centro de Salud con internamiento	Policlínico	<ul style="list-style-type: none"> • Médico especialista: Gineco-obstetra, pediatra; médico general o médico familiar, odontólogo • Lic. enfermera u obstetricia • Técnico de enfermería, farmacia, laboratorio, estadística, administrativo

Segundo nivel de atención	5° nivel de complejidad	Hospital I	Hospital I	<ul style="list-style-type: none"> • Médico internista, cirujano general, anestesiólogo, Gineco-obstetra, pediatra, químico farmacéuta, odontólogo, tecnólogo médico • Lic. En obstetricia, enfermería, psicología, trabajo social, nutrición • Técnico de enfermería, farmacia, laboratorio, estadística, administrativo, servicios generales
	6° nivel de complejidad	Hospital II	Hospital II	<p>Además de lo consignado en la categoría II-1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico especialista: Cardiólogo, Medicina de Rehabilitación, Neurólogo, Neumólogo, Gastroenterólogo, Dermatólogo, Endocrinólogo, Reumatólogo, Psiquiatra, Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo, Traumatólogo, Urólogo, Patólogo Clínico, Radiólogo, Anatómo-Patólogo. • Otros profesionales: Profesional de la salud con post grado en epidemiología (maestría o Programa de Epidemiología de Campo-PREC). Profesionales de las ciencias administrativas o afines. Profesional de estadística. Contador. Ingeniero clínico, gestión tecnológica o afín. Profesional capacitado en Educación para la salud. • Otros Técnicos: Técnicos especialistas en Informática. Técnicos en medicina física y rehabilitación.

Tercer nivel de atención	7° nivel de complejidad	Hospital III	Hospital III	Además de lo consignado en la categoría II-2: <ul style="list-style-type: none"> • Médico especialista: Hematólogo, Infectólogo, Oncólogo, Cirujano Oncólogo, Cirujano de Tórax y Cardiovascular, Cirujano plástico, Cirujano de cabeza y cuello, Neurocirujano, Neonatólogo, Nefrólogo, Emergenciólogo, Intensivista, Geriatra, Cirujano Pediatra • Otros profesionales: Odontólogo especializado. Ingeniero de sistemas Economista o profesional afin. Profesional capacitado en investigación.
	8° nivel de complejidad	Instituto especializado	Instituto	Especialidades correspondientes al instituto especializado

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive. (21)

Referencia de usuarios

Se define referencia a un proceso administrativo mediante el cual el personal de un establecimiento de salud (médico, personal no médico o técnico de salud), transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud a otro establecimiento de mayor complejidad resolutive. La responsabilidad de la referencia termina hasta que se inicie la atención en el establecimiento destino de la referencia. (21)

Los destinos a los que pueden ser referidos los usuarios son:

- a) Consultorio externo: cuando el problema de salud requiera de la atención en consulta extrema de otro establecimiento de salud de mayor complejidad (21)
- b) Emergencia: cuando el paciente presente signos y síntomas que indiquen riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes, requiriendo atención inmediata para estabilizar(21)
- c) Apoyo al diagnóstico: cuando el paciente requiera confirmación diagnóstica, seguimiento o control de una prueba o examen que no se practique en el establecimiento de origen (21)

Los criterios para la selección del establecimiento destino de la referencia son(21)

- a) Capacidad resolutive: El establecimiento destino debe tener los servicios para resolver el motivo de la referencia (21)
- b) Accesibilidad: El establecimiento destino debe ser el más cercano y más accesible a través de comunicación y transporte convencional, no necesariamente dentro de su microred, red o dirección de salud (21)
- c) Oportunidad: El usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado, evitando riesgos de complicación o muerte de paciente(21)

Sistema de Referencia y contrarreferencia en Salud Materna

El sistema de referencia y contrarreferencia debe estar operativo en todos los niveles de atención, para facilitar el acceso y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas a establecimientos con capacidad resolutive (22)

Funciones Obstétricas y Neonatales

Son las actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado de los procesos de gestación, parto, puerperio, atención del recién nacido y planificación familiar, de acuerdo al nivel de complejidad de establecimiento de salud considerando las normas actuales y que su evaluación, nos permite conocer la capacidad resolutive que el establecimiento tiene como actividad, comprendiendo: (23)

FON	CATEGORIZACIÓN
Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)	I-1,I-2, I-3
Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)	I-4
Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I)	II-1
Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE II)	II-2
Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)	III-1, III-2

Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)

Comprenden las actividades en el área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos que brindan atenciones sanitarias principalmente preventivas y promocionales así como recuperativas al individuo, la familia y la comunidad. Éste tipo de establecimiento representa el 80% de los establecimientos del MINSA. (23,24)

Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)

Comprenden las actividades en el área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos de salud. Éste tipo de establecimiento representa el 18% de los establecimientos del MINSA(23,24)

Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE)

Comprenden las actividades en el área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos de salud que cuenten con atención ambulatoria y hospitalaria especializada. Representan el 2% de los establecimientos del MINSA y se dividen en tipo I y II, éste último consta de UCI general(23,24)

Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)

Comprenden las actividades en el área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos de tercer nivel de atención, que brindan atención ambulatoria y hospitalaria altamente especializada y que proponen normas, estrategias e innovaciones tecnológicas y científicas basadas en la investigación, en la docencia y en la prestación de servicios altamente calificados. Corresponde a los Hospitales III e Instituto Especializado, representando el <1% de establecimientos del MINSA (23,24)

1.4. PROBLEMA

¿Cuáles son las características de referencias y diagnósticos de egreso de emergencia del servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque?

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVOS GENERAL

- Determinar las características de las referencias y los diagnósticos de egreso de emergencia del servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer la frecuencia de asertividad entre el diagnóstico de referencia y el diagnóstico de egreso de emergencia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque
- Verificar si los diagnósticos del establecimiento de origen justifican la referencia basándose en las FON en el servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque
- Verificar si los diagnósticos de referencias y egresos de emergencia servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque cuentan con el CIE 10
- Precisar la frecuencia con la que un establecimiento público o privado y según en FON realiza una referencia al servicio de emergencias de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque
- Precisar la frecuencia con la que el personal de salud: médico, enfermero, obstetriz; acompaña a la paciente al momento de realizar la referencia a emergencia del servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque

1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y CONCEPTOS.

Referencia: Proceso administrativo mediante el cual el personal de un establecimiento de salud (médico, personal no médico o técnico de salud), transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud a otro establecimiento de mayor complejidad resolutive.

Referencia injustificada: Se habla de una referencia injustificada cuando el establecimiento de origen si contaba con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de referencia o cuando el establecimiento destino no cuenta con la capacidad resolutive para resolver el motivo de la referencia.

Diagnóstico de referencia: Es el diagnóstico con el que la paciente es enviada desde su establecimiento de origen al establecimiento destino.

Funciones Obstétricas y neonatales: Son las actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado de los procesos de gestación, parto, puerperio, atención del recién nacido y planificación familiar, de acuerdo al nivel de complejidad de establecimiento de salud.

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10° Edición. Determina la clasificación y codificación de enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgo anormales, denuncias, circunstancias, sociales y causas externas de daño y/o enfermedad.

II. MATERIAL Y MÉTODOS.

II. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. Tipo de Investigación.

Estudio descriptivo analítico, retrospectivo.

2.2. Lugar y fecha.

Hospital Provincial Docente Belén durante el período enero – diciembre 2017.

2.3. Población de estudio.

2.3.1. Población Universo:

Fueron todas las gestantes y puérperas que hayan sido atendidas por emergencia en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén durante el período enero – diciembre 2017

2.3.2. Población de Estudio:

Fueron 408 pacientes entre gestantes y puérperas registradas en la oficina de referencias y contrareferencias, que hayan sido referidas por emergencia al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén durante el período enero – diciembre 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

➤ Criterios de Inclusión

Paciente gestantes o puérperas con hoja de referencia a emergencia
Hoja de referencia con diagnóstico

➤ Criterios de Exclusión:

Pacientes auto referidas
Pacientes que no hayan tenido diagnóstico antes de su salida de la emergencia: alta voluntaria, trabajo de parto en expulsivo, paciente hemodinamicamente inestable, paciente con inminente muerte materno-infantil que necesitaron ser atendidas inmediatamente.

2.4. Muestra de estudio

a) Unidad de Análisis

Estuvo constituido por la historia clínica de cada gestante o puérpera que ha sido referida por emergencia al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén durante el período enero – diciembre 2017 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

b) Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica de cada gestante o puérpera que ha sido referida por emergencia al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén durante el período enero – diciembre 2017 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

c) Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó el programa EPIDAT 4.2 (para proporción), con un nivel de confianza del 95% con una proporción de 50%.

[4] Tamaños de muestra. Proporción:	
Datos:	
Tamaño de la población:	408
Proporción esperada:	50,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0
Resultados:	
Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	198

A éste valor le sumamos el 10% de la muestra que correspondería a las pérdidas probables al momento de hacer la recolección de los datos, teniendo al final el total de historias clínicas mínimas con lo que trabajaremos.

$$198 + 198 \times \frac{10}{100} = 217.8 \sim 218$$

En el trabajo se recolectaron datos de 220 historias clínicas.

2.5. Técnica e instrumentos de recolección de Datos.

Técnica

1. Se solicitó la autorización del hospital para poder realizar el trabajo.
2. Se procedió a hacer uso del registro de la oficina de referencias y contrareferencias de emergencia y
3. Se extrajo el total de gestantes y puérperas que iban a ser atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén durante el período enero – diciembre 2017.
4. Se enumeró a los pacientes que se encontraban registradas en cuaderno de referencias al hospital
5. Se hizo el sorteo en Excel para extraer la muestra
6. Se ingresó el nombre de los pacientes al sistema general para poder extraer el número de historia clínica
7. Se realizó la recolección de las historias clínicas.
8. Se recogió los datos pertinentes con la hoja de recolección de datos (Anexo 1) con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.
9. Para evaluar la capacidad resolutive del centro de salud de origen se hizo uso del anexo 3.
10. Para evaluar si la referencia se justifica se corroboró con los diagnósticos de referencia y las funciones obstétricas y neonatales según la capacidad resolutive que debe de cumplir los establecimientos tanto de origen como de destino.

2.6. Análisis Estadístico de los Datos

El registro de datos que están consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico Microsoft Excel 2010® SPSS VESION 18, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

2.7. Aspectos éticos

La presente investigación respetó la confidencialidad de los datos de las pacientes.

III. RESULTADOS.

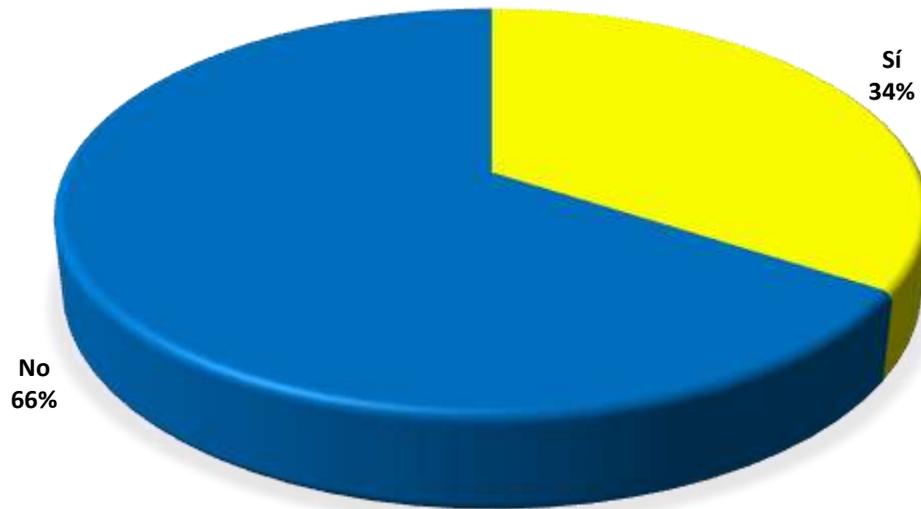
III. RESULTADOS

Se evaluaron 220 historias clínicas de gestantes y puérperas que fueron referidas por emergencia al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén durante el período enero – diciembre 2017.



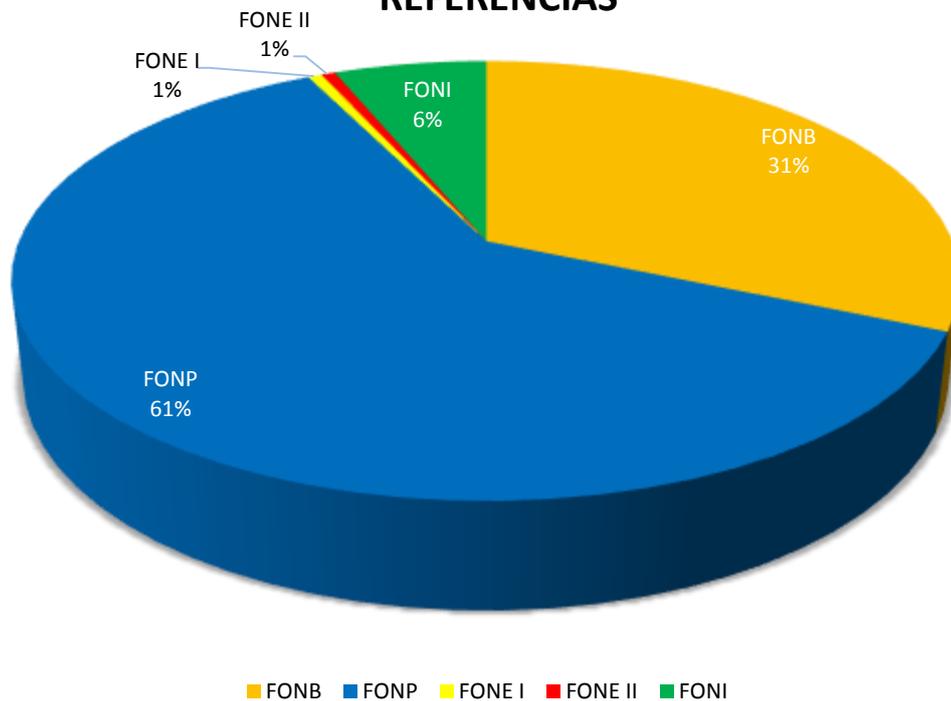
La gráfica 1 refleja que el 19% (42) de las historias clínicas no contaron con la hoja de referencia, lo que excluyó de nuestro trabajo y se trabajó al final con 81% (178) historias clínicas para la recolección de datos.

GRÁFICA 2. DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA QUE CUENTAN CON CIE 10



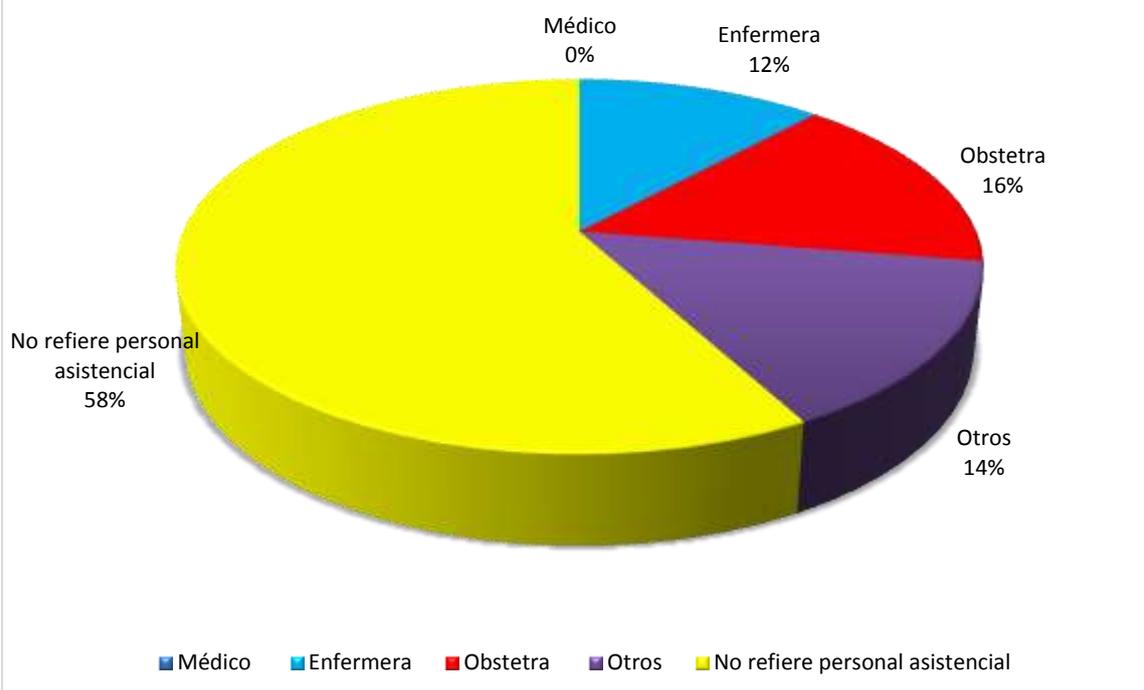
Todos los pacientes que tuvieron la hoja referencia tuvieron su diagnóstico de referencia, pero no todos tuvieron su CIE 10. Solamente el 34% (61) de las hojas de referencia contaron con CIE 10 y el resto no.

GRÁFICA 3. CENTRO DE ORIGEN DE LAS REFERENCIAS



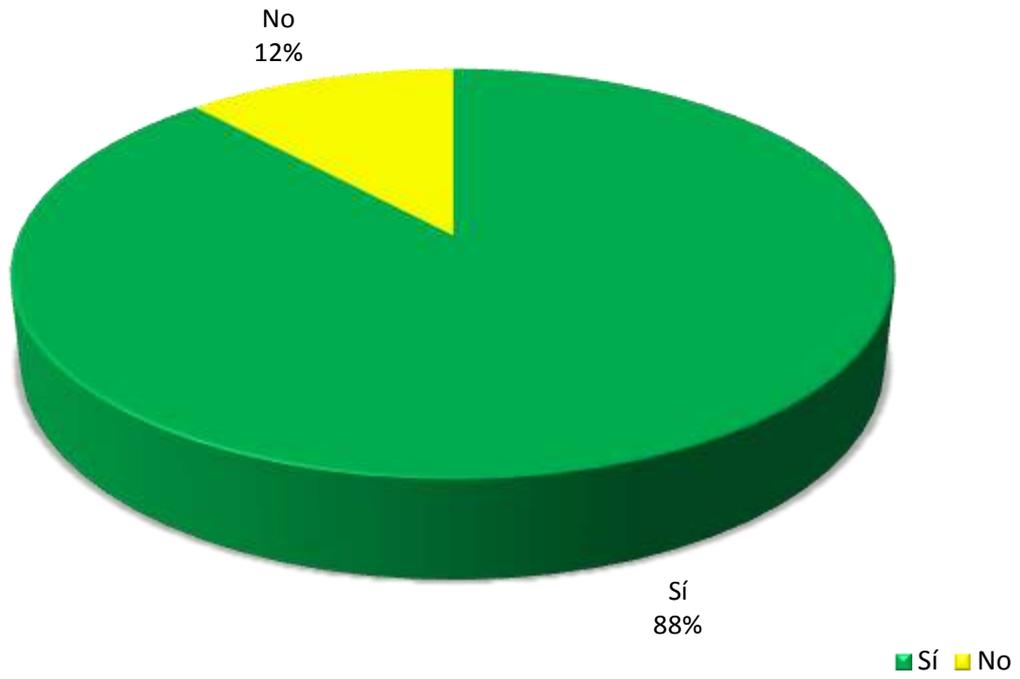
El 31% (56) de los pacientes fueron derivados que de centros de salud cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas. El 61% (109) de los pacientes fueron referidos de centros de salud con que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias. Los hospitales que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales Escenciales: el I refirió el 1% (1) y el II refirió el 1% (1) de pacientes. El hospital que cumple Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas refirió el 6% (11) pacientes.

GRÁFICA 4. PERSONAL QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE



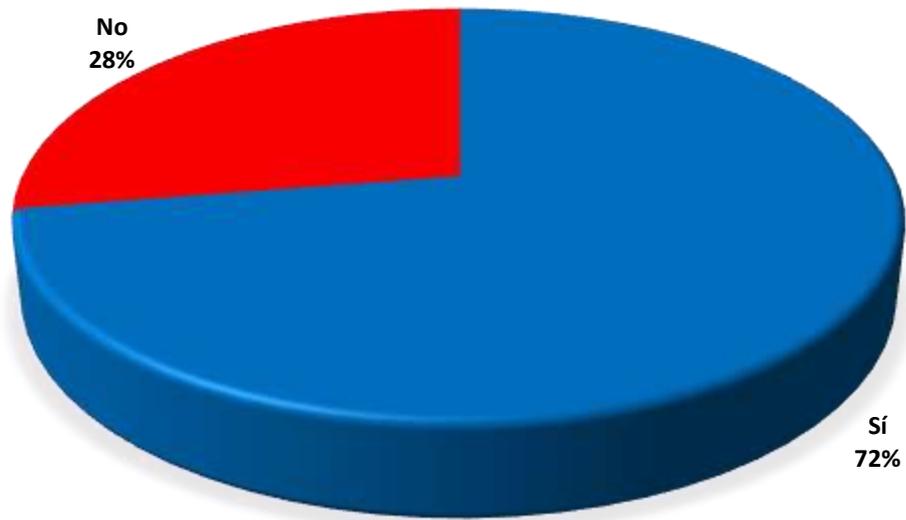
Al momento de la referencia, tenemos: el 58% (103) de las pacientes no fueron acompañados por personal de la salud; el 16% (28) de las pacientes fueron acompañadas por un obstetra; el 12% (21) de las pacientes fueron acompañadas por licenciados de enfermería; el 14% (26) pacientes fueron acompañados por personal no médico, licenciado, obstetra o licenciado en enfermería al momento de la referencia. El personal médico no acompañó a las pacientes.

GRÁFICA 5. JUSTIFICA LA REFERENCIA



El 88% (157) de los diagnósticos con el que fueron referidas las pacientes se justificó su atención para el centro de destino y el resto no.

GRÁFICA 6. RELACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA Y EL DIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL



El 72% (129) de los diagnósticos de referencia tuvieron relación con el diagnóstico que se hizo en el hospital destino y resto no.

Un hallazgo en el trabajo es que todos los diagnósticos que en emergencia no tuvieron CIE 10.

IV.DISCUSIÓN.

IV. DISCUSIÓN.

El sistema de salud a nivel mundial aún tiene deficiencias, y Perú no es ajeno a ese problema, que va desde la inversión, infraestructura, recursos humanos y administrativo hasta el su uso adecuado. En el sistema de referencias cumple un rol muy importante que tiene como finalidad que el paciente tenga una atención optima pese a que su centro de atención no tenga pueda resolver su problema, de ésta manera solamente debería de derivarse a aquellos pacientes que realmente lo necesiten, en el momento que lo necesiten, para evitar el colapso de hospitales de mayor complejidad como ocurre en muchas temporadas del año.

En el estudio donde se evaluaron las hojas de referencia y el diagnóstico que se hace en emergencia en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén, se hicieron varios hallazgos, que mencionaremos a continuación.

En el registro de los pacientes que les fueron aceptados las referencias, el 19% de las historias clínicas no contaron con la hoja de referencia y se relaciona al hallazgo Collado S. y col. que también refieren que cuando las mujeres son “referidas”, no siempre reciben la hoja de referencia que documente que fueron evaluadas correctamente (15); Tena Huerta encontró que los pacientes no estaban inscritos en un registro, lo que limitó el control y seguimiento (14); dichos hallazgos nos muestran realidades que comparten el mal pronóstico de morbimortalidad de las pacientes.

Otro hallazgo fueron los códigos de la CIE10 en el 34% (61) de las hojas de referencia y la totalidad de las hojas de atención de emergencia, no fueron

escritas, quizás con la premura de la atención o por el desconocimiento de la importancia de la misma. Como sabemos La Clasificación Internacional de Enfermedades, 10° Edición nos ayuda en la realización de análisis situacional, de fácil entendimiento para la población mundial para poder planificar la financiación de los sistemas de salud y hacer seguimiento a las tendencias sanitarias(25), lo cual enlentece la atención in situ y a la larga empobrece la base de datos al limitar su ingreso al sistema general, ya que éstos son ingresados en muchos casos por personal no médico, la vez su análisis nos deriva una realidad diferente y la planificación a ciegas a nuestra población.

Del 100% (178) de referencias que se hicieron en el año 2017 de los centros con Funciones Obstétricas y Neonatales (FON), el 31%, de los pacientes fueron derivados FON Básicas. El 61% del FON Primarias, el 1% del FON Esenciales I, el 1% del FON Esenciales II refirió el 1% (1) de pacientes y el 6% del FON Intensivas, lo que refleja que la referencia no solamente se hace de un hospital de menor a mayor capacidad resolutive, o que las referencias son en escala, sino que hacen al centro que tenga capacidad resolutive para los problemas que necesitan ser atendidos.

Otro hallazgo es que más de la mitad (58%) de los pacientes referidos no fueron acompañados por personal de la salud y que los médicos no acompañaron a las pacientes en ninguna referencia, muy parecido a los hallazgos de Quimbert R. y col. Que refieren que al momento de la referencia ningún médico estuvo acompañando al paciente y que el 87% de las pacientes fueron acompañados por sus familiares (12); sin embargo otro estudio hecho por Pardo L. y col. Refieren que los médicos acompañaron al 68,2% de sus referencias (16). Puede

que el personal médico tenga muchas emergencias, o que el personal de atención esté muy atareada, pero ello no justifica que la paciente sea derivado sin personal que lo atienda; recordemos que los pacientes son diferentes, que su estado hemodinámico puede cambiar abruptamente y que muchas veces son 2 vidas las que se exponen al peligro, la de la madre y la del producto.

El 88% (157) de los diagnósticos con el que fueron referidas las pacientes se justificó su atención para el centro de destino, sin embargo la relación en el diagnóstico de referencia y el diagnóstico hecho en el Hospital Belén fue del 72%. Éste es un hallazgo muy importante, ya que si bien es cierto el diagnóstico de la referencia justifica que el paciente sea atendido en un hospital de diferente complejidad, al tener discordancia con el diagnóstico de realizado en el hospital hace que la referencia no sea justificada, haciendo que las referencias injustificadas aumenten hasta incluso más de 28%. Sin embargo en diferentes estudios es variable los hallazgos, como la de Quimbert R. y col. Quienes hallaron que de sus referencias 49% injustificadas, independientemente del nivel de atención de donde llegaron y que el 40% de los pacientes tenían un diagnóstico diferente al establecido en el hospital destino(16). Pardo L. y col. En su trabajo encontraron que las referencias fueron justificada en 89% de los casos (16).

V. CONCLUSIONES.

V. CONCLUSIONES

- El 19% de las referencias coordinadas, no contaban con sus hojas de referencias al llegar a la emergencia. Además de ello, no todas las historias clínicas contaban con CIE 10, en algunos casos si bien es cierto el diagnóstico justificaba la referencia, cuando fue evaluado en el Hospital Belén, algunos diagnósticos fueron diferentes al de referencia, que a su vez condicionaron a que la paciente pudo ser atendido en el centro de origen.
- La asertividad entre el diagnóstico de referencia y el diagnóstico realizado en el Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque fue del 72%.
- Según los diagnósticos de referencia el 88% de los pacientes justificó su atención en el Hospital Provincial Docente Belén.
- Todos los pacientes que fueron evaluados, contaron con diagnósticos tanto en la hoja de referencia como en la hoja de emergencia del Hospital Docente Belén; sin embargo el 66% de los diagnósticos de referencia y la totalidad de los diagnósticos de emergencia no contaron con al CIE 10.
- Las referencias realizadas al Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque fueron en su totalidad de centros de entidades públicas.
- La frecuencia con la que el personal de salud acompaña a la paciente en la referencia fue del 42%, del cual los enfermeros, obstetras y otro personal de salud representan: 12%, 16% y 14% respectivamente. Cabe precisar que los médicos no acompañaron a ninguna paciente al momento de la referencia al Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque.

VI.RECOMENDACIONES.

VI. RECOMENDACIONES.

- Realizar capacitaciones y evaluaciones sobre el sistema de referencias y contra referencias al personal de salud para hacer un diagnóstico clínico más preciso y realizar una referencia oportuna a pacientes que realmente necesiten una atención especializada.
- Mejorar la organización de la oficina de referencias y contra referencias, así como realizar capacitaciones y evaluaciones sobre el sistema de referencias y contra referencias al personal administrativo y encargados de ésta oficina, a fin de contar con datos más precisos que mejoren las políticas de salud basados en sus hallazgos y poder disminuir la morbilidad tanto materno-infantil como de otras especialidades.
- Realizar el llenado adecuado de las historias de atención, tanto de referencias como de atención en emergencia, especialmente el llenado del CIE 10, para posteriormente determinar la casuística de morbilidad y poder así orientar las políticas de salud a fin de disminuirla tanto en la población materno infantil como la general.

FINANCIAMIENTO

- Los gastos fueron asumidos por los investigadores

CONFLICTO DE INTERESES.

- Los investigadores niegan conflicto de intereses

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud OMS. ¿Que es la cobertura sanitaria universal? [Internet]. 2012. Disponible en:
http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
2. Organización Mundial de la Salud OMS. Diez datos acerca de la cobertura sanitaria universal [Internet]. 2012. Disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/es/
3. Organización Mundial de la Salud OMS. Las 10 causas principales de defunción en el mundo [Internet]. Centro de prensa. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
4. Organización Mundial de la Salud OMS. World Health Statistics. 2016.
5. Organización Mundial de la Salud OMS. Indicadores del gasto sanitario por país 1995-2014 [Internet]. Repositorio de datos del Observatorio Mundial de Salud. Disponible en:
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOPER?lang=en>
6. USAID del pueblo de los estados Unidos de América. La reforma del financiamiento en salud – el espacio fiscal en salud 2015-2017. Vol. I. 2014.
7. Organización Mundial de la Salud OMS. Health Systems Financing. The path to universal coverage. 2010.
8. USAID from the American people. Financiamiento del aseguramiento universal en salud: Experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú. 2009.
9. Dirección General de Epidemiología. Situación Epidemiológica de la muerte materna en el Perú 2015. Boletín Epidemiológico (Lima-Perú). enero de 2016;24(4):66-74.
10. Ávila J, Tavera M, Carrasco M. Características Epidemiológicas de la Mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(3):423-30.
11. Organización Internacional del Trabajo OIT. El Sistema de Salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. 2013.
12. Quimbert Montes R, Mejía Salas H. Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. Rev Soc Boliv Pediatría. 2013;52(1):8-12.
13. García Munitis P, de Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montali C, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. Arch Argent Pediatr. 2013;111(5):405-11.

14. Tena Huerta AF. Causas de referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el centro especializado de atención primaria a la salud de San Miguel Chapultepec "Bicentenario" durante el 2012. [México]: Universidad Autónoma del Estado de México-Facultad de Medicina; 2012.
15. Collado Peña SP, Sánchez Brngas Á. ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo. Rev CONAMED. 2012;17(1):23-31.
16. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría. Rev Médica Uruguaya. 2008;24(2):69-82.
17. de Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en la atención primaria. Aten Primaria. 2005(35):3.
18. Organización Mundial de la Salud OMS. Sistemas de Salud [Internet]. Temas de Salud. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_systems/es/
19. N T N° 0021- MINSA / DGSP V.01. Norma Técnica Categorías de establecimientos de Sector Salud. Ministerio de Salud-Perú; 2006.
20. Salaverry O, Cárdenas Rojas D. Establecimientos asistenciales del Sector Salud, Perú 2009 2009. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 267 de 264d. C.;2009(26):2.
21. NT N° 018- MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de Salud. Ministerio de Salud-Perú; 2004.
22. Resolución Ministerial 827-2013. Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Materna. Ministerio de Salud-Perú; 2013.
23. Dirección General de Salud. Documento Técnico: Funciones Obstétricas y Neonatales en Establecimientos de Salud. Resolución Ministerial N° 1001/2005 MINSA; 2005.
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática- INEI. Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales 2013. 2014.
25. Observatorio de Salud Pública de Santander: OSPS. La importancia de la CIE para la salud mundial [Internet]. 2017. Disponible en: <https://web.observatorio.co/la-importancia-de-la-cie-para-la-salud-mundial/>
26. MINISTERIO DE SALUD. Listado Nacional de Establecimientos de Salud Estratégicos- RM 9632-2012. 2012.
27. Ministerio de Salud. Necesidades de Inversión de los Establecimientos Estratégicos- Región Lambayeque. 2013.

VIII. ANEXOS.

FICHA RECOLECTORA DE DATOS

Nombre: _____

Número de Historia Clínica: _____

CARACTERÍSTICAS DEL LLENADO DE LAS REFERENCIAS			
Diagnóstico de referencia	de	CIE 10	Sí No
Tipo de centro de salud: Sistema		Sistema pública	
		Sistema privada	
Tipo de centro de salud: Funciones Obstétricas y neonatales		Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)	
		Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)	
		Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I)	
		Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE II)	
		Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)	
Personal de salud que acompaña a la paciente		Médico	
		Enfermera	
		Obstetra	
		Otro	
		No refiere personal asistencial	
Se justifica la referencia en cuanto a Funciones Obstétricas y Neonatales			Sí No
Diagnóstico de referencia se relaciona al diagnóstico de egreso de emergencia			Sí No
Diagnóstico de egreso de emergencia	de	CIE 10	Sí No

ANEXO N° 02.

PRINCIPALES FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES QUE EVALÚAN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (24)

Las funciones obstétricas y neonatales son actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado del proceso de gestación, parto, puerperio, atención del recién nacido y planificación familiar, de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento de salud y al rol que cumple en el sistema local de salud para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna.

FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES BÁSICAS FONB

Los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales cumplen con 16 actividades o funciones obstétricas y neonatales en el área materna perinatal. Los casos de complicaciones obstétricas y neonatales que requieran de atención especializada, tratamiento quirúrgico o con hemoderivados, se diagnostican, estabilizan y refieren a establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I, esenciales II o intensivas para su manejo.

Las funciones obstétricas y neonatales básicas son:

- a) Atención prenatal preconcepcional.
- b) Atención prenatal reenfocada.
- c) Parto eutócico y atención del recién nacido normal o con problemas menores
- d) Trabajo de parto distócico o complicado (diagnóstico, estabilización y referencia)
- e) Recién nacido con complicaciones (diagnóstico, estabilización y referencia).
- f) Atención de la placenta retenida no complicada.
- g) Retención de placenta complicada (diagnóstico, estabilización y referencia).

- h) Hipertensión inducido por el embarazo: Preeclampsia y eclampsia (diagnóstico, estabilización y referencia).
- i) Hemorragia leve, moderada, severa y shock hipovolémico (diagnóstico, estabilización y referencia).
- j) Sepsis materna y neonatal y enfermedades infecciosas intercurrentes en el embarazo (diagnóstico, estabilización y referencia).
- k) Aborto incompleto (diagnóstico, estabilización y referencia).
- l) Atención del desgarro vaginal grado I y grado II.
- m) Atención del desgarro grado III y grado IV (diagnóstico, estabilización y referencia).
- n) Reparación del desgarro de cuello uterino.
- o) Cirugía obstétrica (diagnóstico, estabilización y referencia).
- p) Planificación familiar y anticoncepción post parto o post aborto.

A continuación se describen las funciones obstétricas y neonatales que evalúan la disponibilidad de recursos de los establecimientos de salud para la atención de las principales complicaciones obstétricas que son causa de muerte materna, y las que están relacionadas con la atención prenatal y de planificación familiar.

a. Atención Prenatal Reenfocada

Atención prenatal reenfocada, atención integral que busca la participación de la gestante, pareja y familia en la preparación para el parto institucional, puerperio y cuidados del recién nacido.

b. Atención del Parto Eutócico y del Recién Nacido Normal o con Problemas Menores

Atención del parto eutócico, comprende el conjunto de actividades y procedimientos para la atención del parto de inicio y evolución normal, que culmina con la expulsión por

vía vaginal del bebé. La atención del recién nacido normal, implica acciones que permiten una adaptación adecuada del recién nacido de la vida fetal a la extrauterina.

c. Atención de Retención de Placenta Complicada (Diagnóstico, Estabilización y Referencia).

Se considera retención de placenta complicada si luego de haberse producido el nacimiento, la placenta no ha sido expulsada antes de los 30 minutos o 15 minutos si se usó oxitocina, y presenta complicaciones como hemorragia severa. En este caso, se debe iniciar tratamiento con cloruro de sodio y oxitocina, y referir inmediatamente a un establecimiento de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I, esenciales II o intensivas, para el tratamiento quirúrgico o con hemoderivados.

d. Aborto Incompleto (Diagnóstico, Estabilización y Referencia).

Aborto incompleto, interrupción del embarazo de manera espontánea o provocada, con o sin expulsión del producto de la concepción antes de las 22 semanas de gestación o con peso menor de 500 gramos, con sangrado persistente que pone en peligro la vida de la paciente. Si cuentan con médico capacitado, se realiza legrado uterino o aspiración manual endouterina (AMEU), de lo contrario o si está complicado, se refiere a un establecimiento de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I, esenciales II o intensivas para tratamiento especializado, quirúrgico o con hemoderivados.

e. Hipertensión Inducida por el Embarazo, Preeclampsia y Eclampsia (Diagnóstico, Estabilización y Referencia)

Preeclampsia, hipertensión arterial y presencia de proteínas en orina después de las 20 semanas de gestación, puede ser leve o severa; eclampsia, presencia de convulsiones en pacientes con preeclampsia.

Si durante la evaluación se encuentran valores elevados de presión arterial, se inicia tratamiento con cloruro de sodio, sulfato de magnesio, metildopa, nifedipino según corresponda, y se refiere inmediatamente a un establecimiento de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I, esenciales II o intensivas para tratamiento especializado o quirúrgico.

f. Hemorragia Leve, Moderada, Severa y Shock Hipovolémico

La hemorragia por aborto, embarazo ectópico, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, etc., puede ser leve, moderada o severa. Los casos de hemorragia leve son tratados en estos establecimientos de salud y los casos de hemorragia moderada, severa y shock hipovolémico después de iniciar tratamiento con cloruro de sodio, oxitocina, oxígeno u otros según corresponda, se debe referir inmediatamente a un establecimiento de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I, esenciales II o intensivas, para el manejo especializado, quirúrgico o con hemoderivados.

g. Sepsis Materna y Neonatal y Enfermedades Infecciosas Intercurrentes en el Embarazo (Diagnóstico, Estabilización y Referencia)

La sepsis materna se produce por manipulación de la vía genitourinaria para procedimientos terapéuticos o maniobras abortivas, parto domiciliario, ruptura prematura de las membranas, etc. La sepsis neonatal, puede ser secundaria a la sepsis materna, por contaminación del líquido amniótico, por aspiración o ingestión de secreciones vaginales. En los establecimientos con funciones obstétricas y neonatales básicas después de iniciar el tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina, se debe referir a un establecimiento de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I, esenciales II o intensivas.

h. Planificación Familiar y Anticoncepción Post Parto o Post Aborto

Planificación familiar, es el derecho de mujeres y hombres de decidir en forma libre y responsable cuándo y cuántos hijos tener, así como cuando y con qué frecuencia tenerlos. Durante la atención se brinda orientación y consejería sobre salud sexual y reproductiva, y la usuaria o usuario elige libremente el método anticonceptivo que le permita aplazar la gestación hasta que se encuentren preparados física, emocional y económicamente.

FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ESENCIALES I FONE I

Los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I FONE I son centros de referencia de los establecimientos salud con funciones obstétricas y neonatales primarias FONP y básicas FONB de su ámbito, brindan atención las 24 horas, garantizando la atención del parto y recién nacido con complicaciones. Para lo que cuentan con personal profesional especializado en gineco obstetricia, pediatría, cirugía, anestesiología y medicina interna, obstetras y enfermeras/os capacitados en la atención de gestantes, partos, puérperas y neonatos; para ello cuentan con los servicios de centro quirúrgico, sala de legrado uterino o AMEU, área de diagnóstico por imágenes, monitoreo fetal y banco de sangre.

Los establecimientos de salud cumplen con 13 actividades o funciones obstétricas y neonatales en el área materna perinatal. Los casos de complicaciones obstétricas y neonatales que requieran de tratamiento especializado, atención en cuidados intensivos generales para adultos y cuidados intermedios para neonatos, se diagnostican, estabilizan y refieren a establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales II o intensivas para su atención.

Las funciones obstétricas y neonatales esenciales I son:

- a) Atención prenatal preconcepcional.

- b) Atención prenatal reenfocada.
- c) Atención del parto distócico o complicado y atención del recién nacido con complicaciones.
- d) Atención de la placenta retenida complicada.
- e) Atención del aborto incompleto complicado.
- f) Atención de la hipertensión inducida por el embarazo leve, moderada, severa y eclampsia.
- g) Atención de la hemorragia severa y shock hipovolémico.
- h) Atención de la sepsis materna y neonatal y enfermedades infecciosas intercurrentes en el embarazo.
- i) Atención del desgarro vaginal de III y IV grado.
- j) Cesárea.
- k) Laparotomía.
- l) Histerectomía abdominal.
- m) Planificación familiar y anticoncepción post parto o post aborto.

a. Atención Prenatal Reenfocada

Atención prenatal reenfocada, vigilancia y evaluación integral especializada de la gestante con factores de riesgo asociado y del feto, de manera periódica, destinada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

b. Atención del Parto Distócico o Complicado y del Recién Nacido con Complicaciones

La atención del parto distócico comprende el conjunto de actividades y procedimientos para el monitoreo y atención del parto con progresión anormal por alteraciones de la frecuencia o intensidad de las contracciones uterinas, por posición anormal del feto, desproporción entre la cabeza del bebé y la pelvis de la madre, etc.

c. Atención de la Placenta Retenida Complicada

Atención de emergencia para manejar la hemorragia causada por la retención de la placenta. A este nivel se realiza extracción manual de la placenta, extirpación del útero (histerectomía) por inserción anormal de la placenta (acretismo placentario) y tratamiento con hemoderivados en caso de hemorragia severa y shock hipovolémico.

d. Atención del Aborto Incompleto Complicado

El tratamiento del aborto incompleto complicado con hemorragia severa, infección, perforación uterina, etc., incluye el manejo de la complicación, realización de procedimientos quirúrgicos y tratamiento con hemoderivados, En caso de requerir evaluación especializada y atención en cuidados intensivos generales para adultos o cuidados intensivos maternos se refiere a hospitales con funciones obstétricas y neonatales esenciales II o intensivas.

e. Atención de la Hipertensión Inducida por el Embarazo Leve, Moderada, Severa y Eclampsia

La hipertensión inducida por el embarazo es la aparición de hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Los casos de preeclampsia leve son monitorizados, en los casos de preeclampsia moderada, severa y eclampsia se evalúa la edad gestacional y condiciones maternas para terminar el embarazo por la mejor vía. Si las complicaciones requieren de evaluación especializada y atención en cuidados intensivos generales de adulto o cuidados intensivos maternos se refieren a establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales II o intensivas.

f. Atención de la Hemorragia Severa y Shock Hipovolémico

A este nivel se atiende la hemorragia severa y shock hipovolémico de patologías que complican el embarazo en la primera o segunda mitad; dependiendo de la causa y

complicación se trata la anemia severa con hemoderivados y tratamiento quirúrgico para casos que requieran de histerectomía. Si se requiere de atención en cuidados intensivos generales se refiere a hospitales con funciones obstétricas y neonatales esenciales II FONE II.

g. Atención de Sepsis Materna y Neonatal y Enfermedades Infecciosas Intercurrentes en el Embarazo

A este nivel se atienden casos referidos y los propios de procesos infecciosos de la madre y el recién nacido, que requieran de atención especializada y hospitalización para el tratamiento médico (antibióticos, fluidos, etc.) y quirúrgico, según sea el caso.

h. Cesárea

Cesárea, procedimiento quirúrgico en el que se practica una incisión en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés, cuando existen indicaciones fetales (sufrimiento fetal agudo, posiciones anormales, etc.) y/o maternas (placenta previa, preeclampsia severa, eclampsia, etc.) que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones maternas y fetales.

i. Histerectomía Abdominal

Histerectomía, procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del útero después de la cesárea o parto vaginal, en caso de hemorragia incontrolable para preservar la vida de la madre.

j. Planificación Familiar y Anticoncepción Post Parto o Post Aborto

Planificación familiar, es el derecho de decidir cuándo y cuántos hijos tener. En este nivel los establecimientos de salud además de proveer a los usuarios los métodos de planificación temporales orales o parenterales y los de barrera, realizan la anticoncepción quirúrgica voluntaria a varones y mujeres, vasectomía y ligadura de trompas durante la cesárea o después del parto vaginal.

FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ESENCIALES II FONE II.

Los hospitales con funciones obstétricas y neonatales esenciales II FONE II, son centros de referencia de los establecimientos salud con funciones obstétricas y neonatales primarias FONP, básicas FONB y esenciales I FONE I, de su ámbito, brindan atención las 24 horas, garantizando la atención de las complicaciones de la gestante, del parto, puérperas y del recién nacido, para ello cuentan con profesionales especializados en gineco obstetricia, pediatría, cirugía, anestesiología, medicina interna y medicina intensiva; obstetras y enfermeras/os capacitados en la atención obstétrica y neonatal. Dispone de los servicios de centro quirúrgico, área de diagnóstico por imágenes, monitoreo fetal, banco de sangre, anatomía patológica, cuidados intensivos generales para adultos y cuidados intermedios para neonatos.

Los establecimientos de salud cumplen con 12 actividades o funciones obstétricas y neonatales en el área materna perinatal:

- a) Atención prenatal preconcepcional.
- b) Atención prenatal reenfocada en gestantes que requieran múltiples especialidades.
- c) Atención del parto distócico o complicado y del recién nacido con complicaciones que requiere cuidados intermedios neonatales.
- d) Atención de la placenta retenida complicada que requiere cuidados intensivos generales.
- e) Atención del aborto incompleto complicado que requiere cuidados intensivos generales.
- f) Atención de la hipertensión inducida por el embarazo severo y eclampsia que requiere cuidados intensivos generales.
- g) Atención de la hemorragia severa y shock hipovolémico que requiere cuidados intensivos generales.

- h) Atención de la sepsis materna y neonatal y enfermedades infecciosas intercurrentes en el embarazo que requiere cuidados intensivos generales.
- i) Cesárea complicada que requiere cuidados intensivos generales.
- j) Laparotomía complicada que requiere cuidados intensivos generales.
- k) Histerectomía abdominal complicada que requiere cuidados intensivos generales.
- l) Planificación familiar y anticoncepción post parto o post aborto.

a. Atención Prenatal Reenfocada en Gestantes que requieren Múltiples Especialidades.

La atención prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que requieren la atención de múltiples especialidades de manera periódica, destinada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad y mortalidad materna o neonatal.

b. Atención del Parto Distócico o Complicado y del Recién Nacido con Complicaciones que requiere Cuidados Intermedios Neonatales.

Parto distócico, parto con progreso anormal debido a la alteración de la frecuencia o intensidad de las contracciones uterinas, posición anormal del feto, desproporción cefalopélvica o por anomalías del canal del parto y que culmina por vía vaginal o cesárea. Además de las complicaciones en donde la madre o el recién nacido requieran la atención en cuidados intermedios para neonatos o cuidados intensivos generales.

c. Atención de la Placenta Retenida Complicada que requiere Cuidados Intensivos Generales.

Atención de la hemorragia intraparto causada por la retención de la placenta, con tratamiento médico, hemoderivados y/o quirúrgico, cuentan con cuidados intensivos generales para el monitoreo de las pacientes críticas.

d. Atención del Aborto Incompleto Complicado que requiere Cuidados Intensivos Generales.

A este nivel se manejan los casos de aborto incompleto complicados con shock hipovolémico y/o séptico, falla de múltiples órganos, alteraciones de los factores de coagulación, etc., que requieran evaluación especializada, atención en cuidados intensivos generales, tratamiento quirúrgico o con hemoderivados.

e. Atención de la Hipertensión Inducida por el Embarazo Severa y Eclampsia que requiere Cuidados Intensivos Generales.

La atención de la hipertensión inducida por el embarazo severa y eclampsia; implica el manejo especializado de las complicaciones en cuidados intensivos generales. Se evalúa la edad gestacional y condiciones maternas y neonatales para terminar el embarazo por la mejor vía.

f. Atención de la Hemorragia Severa y Shock Hipovolémico que requiere Cuidados Intensivos Generales.

La atención en cuidados intensivos generales de la hemorragia severa y shock hipovolémico, implica la evaluación especializada, reposición de la sangre perdida y tratamiento de las complicaciones. Según sea la causa se realizará el tratamiento médico o quirúrgico para su resolución definitiva en las mejores condiciones.

g. Atención de Sepsis Materna y Neonatal y Enfermedades Infecciosas Intercurrentes en el Embarazo que requiere Cuidados Intensivos Generales.

La atención de las pacientes y neonatos con sepsis en cuidados intensivos generales para adultos o cuidados intermedios para neonatos, implica el manejo multidisciplinario del proceso infeccioso, de las complicaciones como la falla de múltiples órganos, insuficiencia renal aguda que requiera diálisis, etc.

h. Cesárea Complicada que requiere Cuidados Intensivos Generales.

La cesárea, se realiza cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones maternas y fetales. Además de ello son pacientes que requieren de atención en cuidados intensivos generales, es decir gestantes que presentan complicaciones como preeclampsia severa, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, etc.

i. Histerectomía Abdominal Complicada que requiere Cuidados Intensivos Generales.

La realización de histerectomía en pacientes que requieren de cuidados intensivos generales, es el procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del útero para preservar la vida de la madre, en casos de hemorragia que no se puede controlar por ruptura uterina no reparable, acretismo placentario, atonía uterina, sepsis, etc.

FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES INTENSIVAS FONI.

Los hospitales del tercer nivel de atención que cumplen funciones obstétricas y neonatales intensivas FONI, atienden complicaciones obstétricas de su jurisdicción y las referencias a nivel nacional de los establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales esenciales I FONE I y esenciales II FONE II, brindan atención las 24 horas, garantizando la atención de las complicaciones de la gestante, del parto, púerperas y del recién nacido. Cuentan con profesionales especializados en la atención obstétrica y neonatal. Asimismo, disponen de centro quirúrgico, área de diagnóstico por imágenes, monitoreo fetal, banco de sangre, anatomía patológica, cuidados intensivos maternos y cuidados intensivos para neonatos.

Cumplen con 11 actividades o funciones obstétricas y neonatales en el área materna perinatal:

- a) Atención prenatal preconcepcional.

- b) Atención prenatal reenforcada en gestantes que requieran múltiples especialidades.
- c) Atención del parto de gestantes que recibieron atención prenatal reenforcada y de recién nacido con complicaciones que requiere cuidados intensivos especializados.
- d) Atención del aborto incompleto complicado que requiere cuidados intensivos especializados.
- e) Atención en cuidados intensivos especializados de la hipertensión inducida por el embarazo; síndrome Hellp.
- f) Atención en cuidados intensivos especializados de la hemorragia severa y shock hipovolémico.
- g) Atención en cuidados intensivos especializados de sepsis materna y neonatal y enfermedades infecciosas intercurrentes en el embarazo.
- h) Cesárea de gestantes que recibieron atención prenatal reenforcada.
- i) Laparotomía complicada que requiere cuidados intensivos especializados.
- j) Histerectomía abdominal complicada que requiere cuidados intensivos especializados.
- k) Atención en planificación familiar y anticoncepción post parto o post aborto.

a. Atención Prenatal Reenforcada en Gestantes que requieren Múltiples Especialidades.

La atención prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que requieren la atención de múltiples especialidades (medico gineco obstetra, cardiólogo, neumólogo, endocrinólogo, nutricionista, etc.), de manera periódica, destinada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad y mortalidad materna o neonatal.

b. Atención del Parto de Gestantes que recibieron Atención Prenatal Reenfocada y del Recién.

Nacido con Complicaciones que requiere Cuidados Intensivos Especializados

Realizan la atención del parto, con progreso normal o anormal en gestantes que por algún factor de riesgo identificado recibieron atención prenatal con múltiples especialidades y atención del recién nacido con complicaciones identificados durante la gestación (hidrocefalia, mielomeningocele, etc.) o post parto (recién nacido pretérmino, asfixia severa, etc.)

c. Atención del Aborto Incompleto Complicado que requiere Cuidados Intensivos Especializados.

El aborto incompleto complicado es la expulsión del producto de la concepción antes de las 22 semanas o con peso menor de 500 gramos y que presenta complicaciones como shock hipovolémico o séptico, perforación uterina, disfunción de múltiples órganos, etc., que requieren atención en cuidados intensivos especializados, tratamiento médico, quirúrgico (histerectomía) y con hemoderivados (anemia aguda severa). y que requieren atención en cuidados intensivos neonatales.

d. Atención en Cuidados Intensivos Especializados de la Hipertensión Inducida por el Embarazo Síndrome Hellp.

El síndrome Hellp, complicación severa de la preeclampsia, caracterizado por presentar anemia hemolítica, elevación de enzimas hepáticas y disminución del recuento de plaquetas. Requiere de la evaluación de múltiples especialidades y atención en cuidados intensivos especializados, para su tratamiento.

e. Atención en Cuidados Intensivos Especializados de la Hemorragia Severa y Shock Hipovolémico.

Atención en cuidados intensivos especializados de la paciente con hemorragia severa y shock hipovolémico, por patologías que complican el embarazo en la primera o segunda mitad y que requieren la evaluación de múltiples especialidades.

f. Atención en Cuidados Intensivos Especializados de Sepsis Materna y Neonatal y Enfermedades Infecciosas Intercurrentes en el Embarazo.

Atención en cuidados intensivos especializados materno o neonatal, de los casos de gestantes, puérperas o neonatos con sepsis, en donde se trata el proceso infeccioso, manejo de la injuria pulmonar aguda, coagulación intravascular diseminada, etc.

g. Cesárea en Gestantes que recibieron Atención Prenatal Reenfocada.

Cesárea en gestantes que recibieron atención prenatal reenfocada, procedimiento quirúrgico en gestantes que por algún factor de riesgo identificado durante el embarazo o parto requieren de cesárea, por estar contraindicada la vía vaginal, evitando así riesgos y complicaciones maternas y fetales.

h. Histerectomía Abdominal Complicada que requiere Cuidados Intensivos Especializados.

Procedimiento quirúrgico, que consiste en la extirpación del útero por hemorragia incontrolable con otros medios, para preservar la vida de la madre. Estas pacientes requieren de evaluación especializada multidisciplinaria y atención en cuidados intensivos especializados.

ANEXO 3: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ESTRATÉGICOS (26)

Región	Provincia	Distrito	Estratégico aprobado
Chiclayo	Cayaltí	C.S. Cayaltí	I-4
	Chongoyape	C.S. Víctor Enrique Tirado	I-3
	José Leonardo Ortiz	José Leonardo Ortiz	I-4
	La Victoria	C.S. El Bosque	I-4
	Monsefú	C.S. Monsefú	I-4
	Oyotún	C.S. Oyotún	I-3
	Pátapo	C.S. Posope Alto	I-4
	Reque	C.S. Reque	I-4
Ferreñafe	Ferreñafe	Hosp. Referencial Ferreñafe	II-1
	Incahuasi	C.S. Moyán	I-4
	Incahuasi	P.S. Uyurpampa	I-3
	Pítipo	P.S. Batangrande	I-3
Lambayeque	Illimo	C.S. Illimo	I-3
	Lambayeque	Hosp. Provincial Docente Belén	II-1
	Lambayeque	C.S. Toribia Castro	I-4
	Morrope	C.S. Morrope	I-4
	Motupe	C.S. Motupe	II-E
	Olmos	C.S. Olmos	I-4

Establecimientos estratégicos (27)

EESS estratégico	Establecimientos de referencia para emergencias no quirúrgicas (P2)
CS MOTUPE	PS. TONGORRAPE PS. ANCHOVIRA PS. MARRIPON PS. ARROZAL PS. CHOCHOPE C.S SALAS P.S HUMEDADES PS. EL SAUCE PS.KERGUE PS PENACHI PS. LA RAMADA PS. TALLAPAMPA C.S KAÑARIS PS LA SUCCHA PS CHIÑAMA PS CORRAL DE PIEDRA PS HIERBABUENA PS HUAYABAMBA PS LAGUNAHUANAMA PS MAGMAPAMPA PS PSNDACHI P S CHILAQUE PS HUACA PAMPA PS QUIRICHIMA PS COLAYA C.S JAYANCA PS.LA VIÑA
C,S IILIMO	PS.CHIRIMOYO PS. SAN PEDRO C.S PACORA PS.HUACARIVERA C.S TUCUME PS.TUCUME VIEJO PS.GRANJA SASAPE

	PS.LOS BANCES PS. LA RAYA PS.LOS SAMCHEZ
C.S OLMOS	PS.LAS NORIAS PS. PLAYA CASCAJAL PS. TRES BATANES PS. PUEBLITO PS. LA ESTANCIA PS. EL PUENTE PS. ANCOL CHICO PS.FICUAR PS. CALERA SANTA ROSA PS.INCULAS PS. QUERPON PS.CAPILLA CENTRAL PS.ÑAUPE PS.EL VIRREY PS.VEGA SANTA ROSA
C.S TORIBIA CASTRO	C.S SAN MARTIN PS. MUY FINCA PUNTO 9 PS,SIALUPE HUAMANTANGA C.S MOCHUMI PS, MARAVILLAS PS.PUNTO CUATRO PS, PAREDONES MUY FINCA
C.S MORROPE	PS. PAMPAS PS. ANNPE PS,EL ROMERO PS. MONTE HERMOZO PS.CARACUCHO PS.FANUPE BARRIO NUEVO PS.TRANCA FANUPE PS.POSITOS PS.SANTA ISABEL PS.ARBOSOL PS.QUEMAZON

	PS. LAGARTERA PS,CRUZ DE PAREDONES PS.TRAPICHE BRINZE PS.SEQUION C.S CRUZ DE MEDANO PS.HUACA DE BARRO PS,LAGUNAS PS,CHEPITO PS.LAS PAMPAS PS. LA COLORADAD
--	---