

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**“CARACTERIZACIÓN DE LAS REFERENCIAS DEL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, LIMA 2018”**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER EN MEDICINA HUMANA
JOSÉ CHRISTOPHER PAZ VARGAS**

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd, MCR, MD
DIRECTOR DE TESIS**

**Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Dr. Jorge Oswaldo Gálvez Vallenás
ASESORES DE TESIS**

LIMA, PERÚ 2021

AGRADECIMIENTOS

A Reina Vargas Guevara y Jose Algemiro Paz Ramirez, mis padres, por su apoyo, soporte y amor brindado a lo largo de mi vida.

A Vivian Andrea Paz Vargas, mi hermana, por ser un soporte fundamental durante mi carrera universitaria.

Al Dr. Jorge Gálvez Vallenos y Dra. Consuelo Luna Muñoz por su asesoramiento, motivación, confianza, apoyo y su exigencia para el desarrollo de esta tesis.

Al Dr. Jhony De La Cruz por brindarnos el curso taller de tesis ya que me permitió aprender mucho más sobre investigación.

A la Universidad Ricardo Palma por haberme permitido conocer excelentes docentes y compañeros de aula que fueron parte mi crecimiento profesional durante los años de carrera.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi familia por su amor infinito y por darme las fuerzas necesarias para salir adelante frente a cada adversidad. A mis amigos y a todas las personas que contribuyeron en la realización de esta investigación.

Dedico también esta tesis a todos mis familiares y amigos caídos a lo largo de esta Pandemia y a todos aquellos que siguen luchando día a día.

RESUMEN

Introducción: Existe poca evidencia científica sobre las referencias en pacientes pediátricos en el Sistema de Salud Peruano. **Objetivo:** Determinar las características de las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas (HEP) durante el año 2018. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Población objetivo referencias realizadas por el HEP - 2018. Se utilizó la base de datos de las referencias del HEP. **Resultados:** Del total de referencias, 601 fueron del sexo femenino (53,6%) y la edad más frecuente de 1 a 4 años (33,3%). La categoría del Establecimiento de salud (EESS) de destino fue Nivel III (60%), sigue sin categoría establecida (36,7%). Predomino referencias a EESS-Ministerio de Salud (59,8%) en relación a otros sistemas de salud (37,2%). Los destinos fueron emergencia (78,1%), hospitalización (14,6%), consulta externa (4,2%) y apoyo al diagnóstico (3,1%). El motivo de referencia fue la falta de cama (79,2%), falta de especialista (9,6%), no contar con capacidad resolutive (7,5%) y contar con atención en otro sistemas de salud (3,7%). El 99,2% de las referencias fueron justificadas y la mayoría de pacientes que son referidos eran de prioridad II (91.6%). Las especialidades/subespecialidades requeridas fueron pediatría (72,5%), siguen cirugía pediátrica (3,7%), gastroenterología (3,4%), traumatología (2,9%), radiología (2,7%), cardiología (2,4%) y neurología (2,3%). **Conclusiones:** Las características predominantes fueron el sexo femenino, la edad de 1 a 4 años, las referencias a EESS III-MINSA, destino Emergencia, motivo de referencia la falta de cama, referencias justificadas, predominio de la prioridad II y especialidades/subespecialidades requeridas Pediatría, Cirugía Pediátrica y Gastroenterología.

Palabras Claves: Referencia, pediatría, hospital de emergencia

ABSTRACT

Introduction: There is little scientific evidence on referrals in pediatric patients in the Peruvian Health System. **Objective:** To determine the characteristics of the references of the Pediatric Emergency Hospital (HEP) during the year 2018. **Materials and Methods:** Qualitative, descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study. Target population references made by HEP - 2018. The HEP reference database was used. **Results:** Of the total of references, 601 were female (53.6%) and the most frequent age was 1 to 4 years (33.3%). The category of the destination Health Facility (EESS) was Level III (60%), there is still no established category (36.7%). References to EESS-Ministry of Health predominate (59.8%) in relation to other health systems (37.2%). The destinations were emergency (78.1%), hospitalization (14.6%), outpatient consultation (4.2%) and diagnostic support (3.1%). The reference reason was the lack of a bed (79.2%), lack of a specialist (9.6%), not having resolution capacity (7.5%) and having care in other health systems (3.7 %). 99.2% of the referrals were justified and the majority of patients who are referred were priority II (91.6%). The required specialties / subspecialties were pediatrics (72.5%), pediatric surgery (3.7%), gastroenterology (3.4%), trauma (2.9%), radiology (2.7%), cardiology (2.4%) and neurology (2.3%). **Conclusions:** The predominant characteristics were female sex, age 1 to 4 years, references to EESS III-MINSA, Emergency destination, reason for referral lack of bed, justified references, predominance of priority II and required specialties / subspecialties Pediatrics, Pediatric Surgery and Gastroenterology.

Key Words: Referral, pediatrics, emergency hospital

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3 LINEA DE INVESTIGACIÓN DE LA URP VINCULADA	10
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
2.1.1 Antecedentes Internacionales	12
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	16
2.2 BASES TEÓRICAS	17
2.3 Definiciones de Conceptos Operacionales.....	23
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	25
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	25
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
3.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
4.1 RESULTADOS.....	27
4.2 DISCUSION.....	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
5.1 CONCLUSIONES	36

5.2 RECOMENDACIONES.....	36
BIBLIOGRAFIA	37

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO 10: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

LISTA DE TABLAS

- **Tabla 1.** Edad y sexo de los pacientes referidos del Hospital de Emergencias pediátricas durante el año 2018.
- **Tabla 2.** Características del destino de las referencias del HEP durante el año 2018
- **Tabla 3.** Motivo de referencia, referencia justificada y prioridad del paciente referido del HEP durante el año 2018
- **Tabla 4.** Especialidades/subespecialidades requeridas en las referencias del Hospital de Emergencia Pediátricas durante el año 2018
- **Tabla 5.** . Estado de referencia y condición del paciente aceptado del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud peruano está fraccionado ya que cuenta con 5 entidades de atención sanitaria descentraliza tales como Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (ESSALUD), las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional del Perú (PNP) y el sector de salud privado que incluye a las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros brindados por las diferentes ideologías religiosas¹.

Debido a un sistema de salud fraccionado, que generó mucho desorden al momento de la referencias, el MINSA actualizaa la Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V.01 “Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) de los Establecimientos del Ministerio de Salud” en el año 2005, con el objetivo de garantizar la prestación de servicio de salud².

Las Oficinas de Referencia y Contrarreferencia (ORC) en los distintos establecimientos de Salud (EESS) son las encargadas de la referencia de pacientes así como las contrarreferencias. Las referencias son definidas como la transferencia de responsabilidad de un EESS de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive o cuando un paciente es trasladado desde la comunidad hacia algún EESS del primer nivel de atención².

El Hospital de Emergencias Pediátricas (HEP) es un establecimiento III-E³, perteneciente al MINSA que cuenta con una cartera de servicios y clientes que requieren de una cama hospitalaria y de una atención especializada o subespecializada, algunas veces esta demanda no puede ser atendida, motivo por el cual se requiere de la referencia de los pacientes a otros EESS. Este estudio tiene como objetivo determinar las características de las referencias del HEP durante el año 2018.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú, existe el sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR) que es definido como un grupo de procesos tanto asistenciales como administrativos, por la cual se asegura que continúe la atención a los pacientes, transfiriéndolo de un centro de salud de menor a otra de mayor capacidad resolutive. Además, se define Sistema de referencia como la transferencia de responsabilidad de atención de un paciente a otro centro de salud con capacidad resolutive mayor, dicho proceso es realizado por un personal de un establecimiento de salud o también es definido cuando se reconocen signos de alarma y/o factores de riesgo por parte de un agente comunitario, y son trasladados desde la comunidad hasta un centro de primer nivel de atención para que puedan ser tratados oportunamente².

Un estudio realizado en 16 países de América Latina, reportó que en nuestro país, si bien contamos con un SRCR, no es un sistema sólido a nivel nacional sino es más que todo institucional. Además, en Perú, se indicó que los pacientes podían acceder a especialistas sin antes haber sido atendidos por un médico general o de familia, muy en lo contrario como ocurre en Bolivia, Brasil entre otros, donde es obligatorio pasar por un establecimiento de primer nivel de atención para ingresar al sistema de salud. En Perú, es el médico general quien es el responsable de hacer la referencia. Sin embargo, en otros país como Bolivia, Chile, Cuba entre otros, hay un ente rector que valida y autoriza las referencias hacia el segundo nivel de atención⁴.

Actualmente, se está hablando mucho acerca de la tecnología médica, sólo Essalud cuenta con un sistema electrónico para seguir todo el proceso del SRCR; lo contrario ocurre en el MINSA que aún no cuenta con este instrumento. A nivel país, aún no se han reportado ni protocolos diagnóstico ni guías de prácticas clínicas para la referencia de usuarios. Por otro lado, Perú incluye las mediciones del SRCR para la acreditación de establecimientos de salud, por lo mencionado es importante conocer del tema⁴.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018?

1.3 LINEA DE INVESTIGACIÓN DE LA URP VINCULADA

El estudio forma parte de la línea de investigación número 11 llamada “Medicina del estilo de vida, medicina preventiva y salud pública”.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las referencias realizadas en medicina son un tema frecuente; dentro de estas, encontramos las referencias injustificadas las cuales han sido reportadas hasta un 66,7% en pacientes oncológicos⁵, en pacientes pediátricos se han reportado hasta un 49%⁶. Es importante mencionar que las referencias injustificadas podrían generar mayor gasto por parte del sector salud y por el paciente. Por tanto, es de vital importancia conocer la tasa de referencias injustificadas que se realizan a este Hospital. Por otro lado, conocer las patologías derivadas más frecuentes nos podría ayudar a buscar más estrategias para trabajar en temas de prevención y/o información.

En un estudio, realizado en Estado Unidos se reportó que aquellos pacientes que presentaron un diagnóstico final diferente del que fueron derivados tuvieron un mayor costo. Es necesario mencionar que debemos lograr hacer un diagnóstico correcto para evitar complicaciones en el paciente referido y para que los pacientes con algún grado de gravedad no evolucionen desfavorablemente, ya que generaría mayor inversión de presupuesto⁷.

En Perú, no contamos con muchos estudios sobre el SRSC, más aún sobre referencias. El HEP tiene gran cantidad de pacientes que recibe de otras instituciones y pacientes que son derivados del hospital hacia otras instituciones. Por lo cual, es importante definir las características de las referencias del HEP durante el año 2018.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El HEP, hospital III-E³, es el lugar donde se realizó el estudio; se consideró a todos los pacientes que fueron referidos durante el año 2018.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de las referencias del HEP durante el año 2018.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la edad y sexo de los pacientes referidos del HEP
- Identificar las características del destino de las referencias del HEP
- Determinar el motivo de referencia, referencia justificada y prioridad del paciente referido del HEP
- Identificar las especialidades/subespecialidades más requeridas en las referencias del HEP
- Determinar el estado de la referencia y la condición del paciente aceptado del HEP

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Treleaven et al.⁽⁸⁾ Realizó una investigación que incluyó a 557 niños que fueron referidos a un hospital en Vietnam. El 67,7% de los pacientes fueron del sexo masculino y el 68,4% de la población eran menores de 2 años. El diagnóstico más frecuente fue la neumonía (23,7%). Se les clasificó a los pacientes según gravedad. El estudio reportó que los pacientes que eran referidos de un establecimiento de menor nivel tenían más agudeza de su cuadro al momento de llegar ($p=0,000$), tenían mayor probabilidad de ingresar a UCI ($p=0.009$) y tenía más posibilidades de morir a lo largo de su hospitalización. Además, se encontró mayor probabilidad de agudeza, el ser referidos de un nivel de atención menor [$OR=3.42, (1.78-5.88)$]⁸.

Munitis et al.⁽⁹⁾ En su investigación realizada a 1677 pacientes que ingresaron al servicio de cuidados intermedios pediátricos (SCIP) del Hospital El Cruce (HEC) durante los años 2008 y 2010. Los pacientes que fueron transferidos de otros hospitales representaron el 62,8% de la población. Las referencias aceptadas fueron el 71,1% del total de las realizadas al SCIP. Además, desde que se apertura el SCIP, se reportó que el número de referencias realizadas fuera de la red tuvo un incremento significativo de 2,3, 18,5, 16,3% en 2008, 2009 y 2010 respectivamente⁹.

Yáñez.⁽¹⁰⁾ En su tesis realizada en un hospital de tercer nivel en Ecuador, donde se encuestó a 100 padres de pacientes entre 0 y 17 años, se reportó que los menores de 5 años fueron los que con mayor frecuencia asisten al servicio de urgencias pediátricas. Los motivos de consulta más frecuentes fueron las respiratorias, diarrea y afecciones por cuerpos extraños. De todas las atenciones, se encontró que las referencias realizadas de otros centros de salud fueron 44%. Además, una referencia puede demorar desde 30 minutos hasta 24 horas en caso de urgencias¹⁰.

Di Guglielmo et al.⁽¹¹⁾ En su investigación realizada más de 300 pediatras y 2139 pacientes sobre sus experiencias de las referencias y los factores que influyen. La mayoría de pacientes tenían entre 5-8 años, 1332 pacientes tenían seguro privado y 1438 pacientes fueron referidos por un doctor de atención primaria. En relación a las referencias, se reportó que el aumento del número de referencias se asoció a que los pediatras vivían en lugares con mayor cantidad de población infantil y con mayor cantidad de ingresos medios. Las opiniones fuertes sobre referencias fueron dadas por pediatras que realizaban referencias¹¹.

McDougall et al.⁽¹²⁾ En su estudio realizado en un hospital pediátrico ubicado en Australia. Se revisaron 184 casos que se presentaron durante los años 2005-2014. La incertidumbre sobre la vía de manejo adecuado al niño (26%) y que los padres estaban en desacuerdo con las recomendaciones brindadas por el médico (22%) fueron las causas más frecuentes de referencias. La mayoría de casos fueron referidos a medicina general, cáncer y cardiología/ cirugía cardíaca. Los niños entre 14 y 15 años, y los menores de 1 año fueron los pacientes más comunes¹².

Turbitt et al.⁽¹³⁾ En su investigación que buscaba describir a los pacientes pediátricos que fueron al servicio de urgencias por sus médicos por patologías que eran menos urgentes. Para ello, se realizó una encuesta a padres de los pacientes, teniendo 1150 respuestas. La asistencia al departamento de emergencias visitando previamente a su médico de cabecera fue de 28%. De ellos, los médicos realizaron referencia al 66% de los pacientes. Además, en caso de haber asistido por primera vez a su médico, se encontró que hubo mayor cantidad de lesiones que de enfermedades (84% vs 59%; $P < 0,0001$) referidas al servicio de urgencia¹³.

Habib et al.⁽¹⁴⁾ En su estudio retrospectivo, evaluó a todos los pacientes que fueron atendidos en el departamento de emergencias del Instituto de salud infantil en Karachi durante los meses de noviembre 2014 – enero 2015. Se analizaron a 20,569 pacientes, de los cuales 6,505 pacientes estuvieron en el servicio de urgencias por más de 4 horas. De ellos, los pacientes que fueron dados de alta

inmediatamente fueron 42,38%, mientras que el 39,27% fueron a diferentes áreas del hospital y los fueron referidos a otros hospitales representaron el 1,36%. Es necesario mencionar, que 5,35% de los pacientes solo fueron para recibir medicina para ser nebulizados (IM o IV), siendo referidos por una clínica o desde su domicilio¹⁴.

Oslislo et al.⁽¹⁵⁾ En su investigación que buscaba las opiniones de los médicos para tomar decisiones en consultas referidas o autorreferidas al departamento de emergencias (DE). Se entrevistaron cara a cara a 15 médicos de cabecera en Berlín. El estudio reportó que tener disponibilidad de herramientas para el diagnóstico y tratamiento que contaba el establecimiento de salud fue importante para que los pacientes asistan al DE. Bastantes médicos generales mencionaron que referían a los pacientes porque no contaban con herramientas para el diagnóstico o tratamiento; además, algunos médicos indicaron que el equipamiento hospitalario podría lograr un trabajo más rápido. También, los médicos mencionaron que referían a los pacientes con sintomatología aguda y grave¹⁵.

Andrews et al.⁽¹⁶⁾ En su estudio realizado en un hospital pediátrico de Melbourne, Australia en el año 2012. EL estudio buscaba determinar el tiempo de estancia en el servicio de urgencias. Se registraron 120 pacientes que fueron transportadas al servicio de urgencias, 44 por afección de vías respiratorias bajas, 28 por problemas neurológicos, 16 por afección respiratoria alta y 14 por traumatismo. El tiempo promedio de estancia fue de 4,8 horas. El retraso por algún problema administrativo como el no tener acceso a una cama, fueron los responsables de mayor tiempo de estancia en el servicio¹⁶.

Van Such et al.⁽⁷⁾ En su estudio retrospectivo realizado a 286 pacientes que fueron referidos durante enero 2009 – diciembre 2010 a una Clínica de Estados Unidos. Se encontró que el 12% de los pacientes tenían el mismo diagnóstico al momento de la referencia y al momento de finalizar el diagnóstico. Además, 66% de los pacientes mejoraron o afinaron el diagnóstico final; y en los pacientes que su diagnóstico final fue contundentemente diferente al de la referencia representó

el 21%. También se evidenció que los pacientes que tenían el mismo diagnóstico al final de la referencia y los pacientes que el diagnóstico fue mejor determinado tuvo menor cantidad de costo que en aquellos con diagnóstico final diferente⁷.

Olympia et al.⁽¹⁷⁾ En una investigación prospectiva realizado a pacientes con edad menor a 21 años que fueron referidos de distintos centros de atención al Servicio de urgencias de un centro en Pensilvania. Fueron 455 pacientes, cuya edad en promedio fue de 8,7 años. De los pacientes, 76% fueron apreciados como esenciales y 9% como serios. Del total de pacientes, 83 pacientes fueron por dolor abdominal, 76 por lesión en brazos o piernas, 39 por fiebre, 29 por tos o resfrío y 29 por lesión en cabeza o cuello. Los pacientes referidos que fueron evaluados con pruebas de laboratorio representaron el 33% y los pacientes que recibieron pruebas radiológicas fue 52%. Los pacientes que se les realizo algún procedimiento fue 44%. Además, se encontró que los pacientes que recibieron el alta fue el 83%, los hospitalizados fueron 12% y los que fueron operados de manera urgente representaron el 4%¹⁷.

Tekkalaki et al.⁽¹⁸⁾ en su investigación que buscaba determinar los patrones y motivos de referencia, así como los diagnósticos de psiquiátricos 209 de pacientes menores de 19 años referidos a psiquiatría de un hospital de tercer nivel durante los años 2010 y 2015. De los 209 pacientes, el promedio de edad fue 12,15 años y el sexo masculino representó el 66,02%. Los médicos pediatras refirieron aproximadamente 54,06% de los casos. Los niños sin enfermedad física diagnosticada representaron el 72,25%. El diagnóstico más frecuente fue discapacidad intelectual con un 19,62%, seguido por desorden depresivos (14,35%) y trastornos de disociación (12,92%)¹⁸.

Quimbert et al.⁽⁶⁾ En su estudio realizado en un hospital de referencia en Bolivia. Se evaluaron 300 referencias, que fueron realizadas entre julio a setiembre 2012. Las referencias justificadas fueron 51%. Las referencias injustificadas en su mayoría fueron del nivel 1 de atención, seguidos del nivel 3 y finalmente el nivel 2. Las referencias de baja calidad fueron las realizadas desde el 1er nivel, ya que algunos no tenían ambulancias ni personal médico al momento de la referencia.

Además, de ser referidos directamente al 3er nivel sin haber ingresado al 2do nivel y sin coordinación⁶.

Biggerstaff et al.⁽¹⁹⁾ En su investigación retrospectiva, se analizó la calidad y resultados de las referencias realizadas por 10 centros de salud del 1er nivel. Se registraron 3814 referencias en un lapso de 6 meses durante el año 2015. La tasa de referencia fue alrededor de 27%. Además, se reportó que la mitad de los pacientes referidos no sacaron cita con el especialista que se les brindó. Si bien no se encontró muchas referencias, se reportó que gran proporción de los pacientes no completaban sus referencias y las tasas de referencias se encontraban más alto de lo que se esperaba¹⁹.

Puetate.⁽²⁰⁾ En su tesis descriptiva, se realizaron encuestas al personal que participan del sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR) de un hospital en México. El estudio reportó que el 58% de personal no manejaba el SRCR de manera correcta, 43% consideraban que el SRCR era bueno y el tiempo promedio que consideraban para la admisión de pacientes fue de 20-30 minutos. Además, el 88% consideraban que se debía medir el impacto del SRCR y el 93% consideraba que la medición serviría para incrementar la calidad del SRCR. También, el 57% consideraba que sabía cuáles eran los factores que influían en el SRCR. El estudio reportó que la mayor cantidad de pacientes que fueron parte del SRCR fueron por motivos de traumas (60%), seguido de accidentes (20%) entre otros. El 83% del personal consideró que solo los médicos deben realizar las referencias²⁰.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Narvaez.⁽²¹⁾ en su tesis realizada en el Hospital Regional de Abancay, se solicitó información sobre referencias y contrarreferencias realizadas por el hospital durante los años 2015 y 2017. Se reportó un aumento de las contrarreferencias a lo largo de los años. En cuanto a las referencias, hubo 79 en el 2015, 157 en el 2016 y 120 en el 2017. Además, se encontró que las referencias a emergencias habían disminuido debido a que se puso un mapa sobre el flujo de estas en los distintos centros de salud de primer nivel. Se observó que 9081 pacientes fueron al Servicio de Emergencia autoreferidos sin formato de referencia, mientras que 2528 fueron

con el formato de referencia. De todos los pacientes con formato, se evidencio que el 40% eran considerados de prioridad I, prioridad II fue de 35%, prioridad III fue de 20% y prioridad IV fue 5%²¹.

Zapana.⁽²²⁾ En su tesis descriptiva realizada en Arequipa-Perú, se analizó la situación de referencias y contrareferencias de un hospital en Puno-Perú durante enero-junio 2015. La muestra fue de 120 pacientes, de los cuales 2,5% fueron pacientes entre 0 y 5 años, y 5% fueron pacientes de 6 a 17 años. En relación al sexo, 71,7% fueron mujeres. Según el tipo de asegurado, 65,8% fueron los titulares, 25,8% fueron los cónyuges válidos y 8,3% fueron hijos. Del total de referencias realizadas por otros EESS, 97,5% fueron a consulta externa y 2,5% a emergencia. También se encontró que las referencias para visitar un especialista fue aceptado por 93% de los asegurados²².

Ojeda.⁽⁵⁾ En su tesis realizada en las referencias realizadas a la especialidad de oncología del hospital Sabogal durante el año 2014. Del total de 2299 referencias, 67,7% eran referencias no justificadas. El promedio de tiempo para lograr una cita por una referencia justificada es más bajo que el de las referencias no justificadas ($p=0,00$). Además, se observó que el Hospital Barton es quien realiza la mayor cantidad de referencias (39,2%). Mientras que el Hospital Molina tiene mayor cantidad de referencias no justificadas en comparación con los demás dentro de la red. De todas las patologías oncológicas referidas, los problemas gastrointestinales son lo más frecuentes con 24.9%⁵.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 REFERENCIAS

- **DEFINICION DE REFERENCIA**

Es un proceso mediante el cual el personal de salud transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivas, cuando se detecta signos de peligro, alarma o factores de riesgo que ponen en peligro

al paciente y es necesario su traslado de la comunidad a un centro de salud de primer nivel².

- **RESPONSABLE DE LA REFERENCIA**

- **Nivel comunal**

- El agente comunitario Tiene como responsabilidad identificar los signos de peligro, alarma y/o factores de riesgo para trasladar al paciente a un establecimiento de salud más cercano².

- **Nivel del establecimiento de salud**

- La responsabilidad corresponde al personal de salud que brindará la atención, la cual llega a terminar una vez que el paciente inicie la atención en el establecimiento del destino de la referencia².

- **ORIGEN DE LA REFERENCIA**

- **Nivel comunal**

- Cuando se detecte en algún integrante de la comunidad signos de alarma, factores de riesgo o cualquier problema de salud que necesite atención de un establecimiento de salud².

- **Nivel del establecimiento de salud**

- Cuando el problema de salud, requiere evaluación, tratamiento médico- quirúrgico y/o procedimiento de apoyo al diagnóstico, que no corresponda a la capacidad resolutive del establecimiento de salud².

- **ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA**

Es el establecimiento de salud a la cual se refiere al paciente para su atención de su necesidad y/o problema de salud previamente identificado en las unidades productoras de servicios, los cuales pueden ser: Puestos de Salud, Centro de Salud, Hospital I, Hospital II, hospital III, Instituto especializado. Considerándose también los laboratorios referenciales de las direcciones de salud².

- **UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DESTINO DE LA REFERENCIA**
 - **Consulta externa**

Cuando el problema de salud del paciente requiere la atención en consulta externa en otro establecimiento de salud que sea de mayor complejidad².
 - **Emergencias**

Cuando el paciente según criterio de clasificación de emergencia, presenta signos y síntomas de gravedad, riesgo de muerte o posibilidad de quedar con secuelas de invalidantes, y se requiera su atención inmediata para estabilizarlo y luego referirlo en caso se complique y/o no se pueda manejar adecuadamente por la escasa capacidad resolutive del establecimiento salud. Así también se recepcionará algunos casos que requieran continuar con su hospitalización y manejo especializado².
 - **Apoyo al diagnóstico**

Cuando el paciente requiera para la confirmación de su diagnóstico, seguimiento o control de un examen que no se practica en dicho establecimiento de salud y requiere ser enviado a una unidad productora de servicio de apoyo al diagnóstico en un establecimiento de mayor complejidad².

- **CRITERIO PARA LA SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO DE LA REFERENCIA**
 - **Capacidad resolutive**

El paciente debe ser referido al establecimiento de salud que tenga la cartera de servicios para resolver el motivo por el que se realizó la referencia².

- **Accesibilidad**

El establecimiento de salud que ha sido elegido para la referencia debe ser el más cercano y el más accesible a través de vías de comunicación y transporte convencionales. Esto significa que no necesariamente se va a quedar en los límites de su micro red o dirección de salud².

- **Oportunidad**

El paciente debe ser referido conforme lo establezca las guías de atención, evitando riesgos de complicación o muerte del paciente. Garantizando los derechos del paciente².

- **REFERENCIAS INJUSTIFICADAS**

Es aquella en la que el paciente no debió ser referido a otro establecimiento de salud. Todas las referencias injustificadas serán evaluadas por la oficina de unidad de seguros quien informa los resultados y propone las medidas correctivas pertinentes².

2.2.2 CLASIFICACIÓN DE PRIORIDADES

Según la NT N°042-MINSA/DGSP-V.01²³ clasifica a los pacientes según gravedad, los cuales son:

- **Prioridad I:** Son pacientes catalogados de emergencia y que requieren ser atendidos inmediatamente, ya que se encuentran en con un estado de salud crítico y riesgo de muerte inminente²³.
- **Prioridad II:** Aquí encontramos a las patologías de urgencia mayor, son aquellas que deben ser atendidas en un tiempo menor o igual de 10 minutos, debido a que suelen ser cuadros súbitos, agudos que comprometen la vida del paciente, incluso pueden dejar complicaciones severas²³.

- **Prioridad III:**

Las patologías de urgencia menor se encuentran dentro de este grupo, ya que no comprometen la vida del paciente, ni hay riesgo de secuelas. El tiempo estimado para su atención es superior a 20 minutos²³.

- **Prioridad IV:**

Los pacientes no tienen afección mortal, ni riesgo de alguna complicación, suelen ser patologías agudas comunes. El tiempo para su atención suele ser igual o superior a 01 hora. Suelen ser atendidos en consultorios externos²³.

2.2.3 CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

1. SEGÚN MINSA

El MINSA categoriza a los EESS en 3 niveles de atención cada una con sus particularidades. Además tiene en consideración al Primer Nivel de Atención como punto de entrada para la atención²⁴.

1.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

1.1.1 NIVEL I-1: No cuenta con Médico-Cirujano pero sí con otros profesionales de la salud (Enfermera y/u obstetriz) con o sin personal técnico²⁴.

1.1.2 NIVEL I-2: Cuenta con un médico cirujano con o sin otro profesional. El tiempo de funcionamiento del EESS es de 6hrs²⁴.

1.1.3 NIVEL I-3: Cuenta con 2 médicos cirujanos lo cual asegura una atención de 12 horas. Además de enfermera, obstetriz, odontólogo, tecnólogo médico, biólogo, patología clínica y personal de rayos X²⁴.

1.1.4 NIVEL I-4: Cuenta con todo lo del NIVEL I-3 más un pédiatra y ginecólogo. Además, de contar con nutrición, psicología, farmacia y sala de parto. Este establecimiento debe tener un internamiento de corta instancia (48-72hrs)²⁴.

1.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

1.2.1 NIVEL II-1: Cuenta con sala de operaciones, cirujano, anesthesiólogo, pediatra, ginecólogo, médico internista más servicio de hospitalización así como puede contar como no con otras especialidades²⁴.

1.2.2 NIVEL II-2: Cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos (General), con Anatomía Patológica con médico patólogo y con otras especialidades quirúrgicas²⁴.

1.2.3 NIVEL II-E: Cuenta con atención especializada solo a una patología específica o a un grupo etario. No cuentan con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)²⁴.

1.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

1.3.1 NIVEL III-1: Se cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Especializada más otras especialidades²⁴.

1.3.2 NIVEL III-2: Son los Institutos Nacionales donde su característica principal es el protagonismo de la Oficina de Docencia e Investigación²⁴.

1.3.3 NIVEL III-E: Cuenta con atención especializada solo a una patología específica o a un grupo etario. Deben contar con UCI²⁴.

2.3 Definiciones de Conceptos Operacionales

- **Referencia:** Son casos solicitados por parte de un centro de salud a otro centro de mayor capacidad resolutive
- **Referencias concretadas:** Son casos solicitados y que se realiza la atención
- **Referencias no concretadas:** Son casos solicitados y que no se realizó la atención
- **Capacidad resolutive:** La capacidad de un EESS para resolver el motivo de la afección del paciente
- **Referencia justificada:** Son pacientes que ameritaban ir a otro centro con mismo o mayor complejidad por falta de capacidad resolutive.
- **Prioridad:** Clasificación del paciente según la gravedad de la patología que presenta.
 - **Prioridad I:** Paciente en paro cardiorrespiratorio que es necesaria la atención inmediatamente²³
 - **Prioridad II:** Paciente que sufre una afección aguda, que compromete su vida y debe ser atendida en un tiempo menor o igual a 10 minutos²³
 - **Prioridad III:** Paciente que su afección no compromete su vida y que puede ser atendido hasta en 20 minutos²³
 - **Prioridad IV:** Paciente con afección que no compromete su vida y que debe ser atendido en un tiempo mayor o igual a 1 hora²³
- **Estado de la referencia:** Condición que determina el EESS de destino.
 - **Aceptado:** EESS de destino admite la referencia
 - **No aceptado:** EESS de destino no admite la referencia
 - **Suspendido:** Referencia queda interrumpida por EESS de destino o paciente
 - **Pendiente al corte:** Referencias pendientes del mes
- **Condición del paciente aceptado:** Clasificación de paciente según funciones vitales
 - **Estable:** Con funciones vitales conservados

- **Inestable:** Con funciones vitales alteradas
- **Fallecido:** Sin funciones vitales

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio forma parte del Curso-Taller por Titulación por tesis 2019, según metodología publicada²⁵. El estudio es de tipo cualitativo, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

- **Descriptivo:** Se describirá el comportamiento de las referencias del HEP
- **Observacional:** No se manipulan variables
- **Transversal:** Se realizará una sola medición del evento
- **Retrospectivo:** El objeto de estudio ya ocurrió.

La unidad de información será la base de datos de los pacientes referidos del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Universo del estudio:** Población de las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018.
- **Población de estudio:** Todas las referencias realizadas por Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018.
- **Muestra:** No se incluye muestra porque se evaluará al total de la población.
- **Unidad de análisis:** Referencias realizadas por el Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1 Criterios de inclusión

- Las referencias realizadas otros EESS
- Las referencias concretadas y no concretadas

3.3.2 Criterios de exclusión

- No se consideró ningún criterio de exclusión porque la información se encuentra en una base digitalizada.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Para el presente estudio se tomaron en cuenta distintas variables, las cuales nos ayudó a realizar la caracterización de las referencias del HEP. La operacionalización de las variables que se construyó se encuentra adjunta al final del trabajo. (ANEXO 2)

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para generar la caracterización de las referencias del HEP, se solicitó el permiso a la Oficina de Docencia e investigación para acceder a la base de datos digitalizadas del año 2018. La base de datos fue enviada en una hoja Excel en donde se encontraban las variables usadas en esta investigación.

3.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez que obtuvimos la base digitalizada en una hoja Excel, se revisó por segunda vez para prevenir confusiones en el número de pacientes. Luego, se procedió a realizar el análisis descriptivo de los resultados donde se utilizó frecuencia y porcentajes (%).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de investigación pasó por comité de ética de la Universidad Ricardo Palma y posteriormente, se otorgó el permiso correspondiente por parte de la Oficina de Docencia e Investigación del HEP. Los registros fueron tomados sin ninguna modificación.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

De los resultados de las variables analizadas en el presente estudio, se observó que la ORC del HEP refirió a 1121 de pacientes de otros hospitales o EESS de mayor complejidad durante el año 2018. Del total de referencias, 601 fueron del sexo femenino (53,6%) y la edad más frecuente entre 1 a 4 años (33,3%).

Tabla 1. Edad y sexo de los pacientes referidos del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018 (N=1121).

VARIABLE	N	%
SEXO		
Masculino	520	46,4%
Femenino	601	53,6%
EDAD		
Hasta 28 días	32	2,9%
<1 año	336	30,0%
1 a 4 años	373	33,3%
5 a 9 años	208	18,6%
10 a 14 años	105	9,3%
15 a 19 años	29	2,6%
>19 años	38	3,3%

Fuente: Hospital de Emergencias Pediátricas.

En relación al destino de las referencias realizadas por el HEP, se obtuvo que la mayoría fueron realizadas a EESS tipo III con 60%, seguido de EESS sin categoría establecida 36,7%. En relación al sector del EESS de destino se encontró que MINSA representó el 59,8% de las referencias mientras que otros sistemas de salud fueron el segundo lugar en frecuencia con 37,2%. Además, los destinos de referencias realizadas fueron a emergencia (78,1%), hospitalización (14,6%), consulta externa (4,2%) y apoyo al diagnóstico (3,1%).

Tabla 2. Características del destino de las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018 (N=1121).

VARIABLE	N	%
CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE DESTINO		
Establecimiento de salud Tipo I	1	0,1%
Establecimiento de salud Tipo II	35	3,1%
Establecimiento de salud Tipo III	673	60%
Establecimiento de salud Tipo IV	1	0,1%
Establecimiento de salud sin categoría	411	36,7%
SECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE DESTINO		
Ministerio de Salud	670	59,8%
Seguro Social de Salud	34	3%
Otros Sistemas de Salud	417	37,2%
DESTINO DE REFERENCIA		
Emergencia	875	78,1%
Hospitalización	164	14,6%
Consulta externa	47	4,2%
Apoyo al diagnóstico	35	3,1%

Fuente: Hospital de Emergencias Pediátricas

Del total de 1121 pacientes referidos, la falta de cama fue el motivo de referencia más frecuente (79,2%) seguidos de falta de especialista (9,6%), no contar con capacidad resolutive (7,5%) y que cuenta con atención en otro sistemas de salud (3,7%). El 99,2% de las referencias fueron justificadas y la mayoría de pacientes que son referidos eran de prioridad II (91.6%).

Tabla 3. Motivo de referencia, referencia justificada y prioridad del paciente referido del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018 (N=1121).

VARIABLE	N	%
MOTIVO DE REFERENCIA		
Falta de cama	888	79,2%
Falta de especialista	108	9,6%
No capacidad resolutive	84	7,5%
Otros sistemas de salud	41	3,7%
REFERENCIA JUSTIFICADA		
Sí	1112	99,2%
No	9	0,8%
PRIORIDAD DEL PACIENTE		
Prioridad I	23	2,1%
Prioridad II	1027	91,6%
Prioridad III	37	3,3%
Prioridad IV	34	3%

Fuente: Hospital de Emergencias Pediátricas.

En relación a las especialidades/subespecialidades requeridas para realizar la referencia, las más solicitadas fueron pediatría con 72,5%, seguido por cirugía pediátrica (3,7%), gastroenterología (3,4%), traumatología (2,9%), radiología (2,7%), cardiología (2,4%) y neurología (2,3%).

Tabla 4. Especialidades/subespecialidades requeridas en las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018 (N=1121).

ESPECIALIDADES/ SUBESPECIALIDADES REQUERIDAS		
Pediatría	813	72,5
Cirugía Pediátrica	42	3,7
Gastroenterología	38	3,4
Traumatología	33	2,9
Radiología	30	2,7
Cardiología	27	2,4
Neurología	26	2,3
Otras	112	10,1

Fuente: Hospital de Emergencias Pediátricas.

De un total de 1121 referencias realizadas, solo 674 fueron aceptadas que representan el 60,1% mientras que 38,2% fueron suspendidas, 1,3% fueron pendiente al corte y 0,4% no fueron aceptadas. Del total de referencias aceptadas, 93,6% de los pacientes se encontraban estables, 6,4% inestable y ninguno falleció.

Tabla 5. Estado de referencia y condición del paciente aceptado del Hospital de de Emergencias Pediátricas durante el año 2018 (N=1121).

VARIABLE	Nº	%
ESTADO DE REFERENCIA		
Aceptada	674	60,1%
No aceptada	4	0,4%
Suspendida	428	38,2%
Pendiente al corte	15	1,3%
CONDICION DEL PACIENTE ACEPTADO		
Estable	631	93,6%
Inestable	43	6,4%
Fallecido	0	0%

Fuente: Hospital de Emergencias Pediátricas.

4.2 DISCUSION

El SRCR es un pilar fundamental dentro de nuestro sistema de salud ya que nos permite brindar una atención oportuna y efectiva en función a la capacidad resolutoria del establecimiento de salud. El presente estudio describe las características de 1121 referencias del HEP a otros EESS durante el año 2018.

Desde Octubre-2013, el HEP es considerado un hospital de nivel III-E, esto quiere decir que es especialista en atención de pacientes pediátricos. Además, cuenta con atención subespecializada como cirugía neonatal, cirugía pediátrica, cirugía plástica, medicina intensiva neonatal, medicina intensiva pediátrica, neonatología, neumología pediátrica, neurocirugía pediátrica y traumatología pediátrica³.

Del total de las referencias, el sexo femenino representó 53,6% de la población esto puede ser debido al predominio de las mujeres en Perú²⁶; de manera similar se encontró en un trabajo realizado en Estados Unidos donde las mujeres representaron el 50,6% de la población pediátrica¹¹ y en un estudio realizado en Puno-Perú donde 71,7% de la población eran mujeres que eran referidas a otros EESS²². Sin embargo, un estudio que fue desarrollado en Australia en el año 2012 refiere que los varones representaron el 60% de la población estudiada¹⁶; así mismo, se encontró en una investigación realizada a pacientes pediátricos psiquiátricos donde se mostró que el 66,2% de la población referida eran varones¹⁸.

En relación a la edad de la población estudiada, se mostró que la edad más afectada fue entre 1 a 4 años (33,3%) seguido de menores de 1 año (30%). Esto es reforzado por un estudio realizado en Estados Unidos durante los años 2011-2014, donde también predominó la misma edad¹¹. En un estudio realizado en Australia se reportó que los menores de 1 año fue el grupo más común referido¹² al igual que en otro estudio realizado en el mismo país donde se mostró que el grupo etéreo más frecuente fueron los menores de 5 años¹³. A pesar de ello, en una tesis realizada en Puno-Perú se reportó que la población de 6 a 17 años fue de 5% mientras que de 0 a 5 años fue 2,5%²². Es necesario remarcar que

mientras los niños tengan menor edad, se incrementa el riesgo de morbilidad a nivel mundial⁸.

En relación a la categoría del EESS de Destino se encontró que la mayoría de referencias son realizadas a EESS TIPO III con un 60%. Esto puede ser debido a que el HEP no cuenta con todas las subespecialidades pediátricas como cardiología pediátrica (2,4%), gastroenterología pediátrica (3,4%) entre otras (Tabla 4.) y por no contar con camas hospitalarias disponibles; además de que otros hospitales son centros de referencias de patologías específicas. Por otro lado, en relación al sector del EESS de destino se encontró que la mayoría pertenecen al MINSa con 59,7%, esto puede ser debido a que el HEP pertenece ese sector del sistema de salud¹.

Por otro lado, en una investigación realizada en Pakistán entre los años 2014 y 2015 reportó que el 1,36% de la población fue referida de centros de urgencias a nosocomios de mayor complejidad¹⁴. En nuestro estudio, predominó la referencia a Emergencia Pediátrica seguida de Hospitalización, Consulta Externa y Apoyo al Diagnóstico con 78,1%, 14,6%, 4,2% y 3,1% respectivamente. En un estudio realizado en Puno-Perú en el 2015, el 97,5% de las referencias realizadas por EESS fueron a la Consulta Externa²².

Una investigación en Berlín nos reporta que la mayoría de doctores consideraban que algunos motivos para referir pacientes son la necesidad de pruebas diagnósticas o algunos tratamientos que no están disponibles en urgencias así como la presencia de mayor agudeza y severidad de la sintomatología¹⁵, de la misma forma en pacientes psiquiátricos pediátricos donde la externalización de síntomas fue el principal motivo de referencia¹⁸. Sin embargo, en nuestra investigación se identifica que el principal motivo de referencia fue la falta de camas (79,2%), seguido de falta de subespecialistas pediátricos (9,6%), la no capacidad resolutoria (7,5%) y el seguro de salud de los usuarios diferente al SIS - MINSa (3,7%). Algo similar ocurre en otro estudio que se realizó en México donde solo el 5% fueron derivados por exámenes de laboratorio que comparando con nuestro estudio estaría en capacidad resolutoria²⁰. La falta de camas es el principal

motivo de referencia a pesar de que cuenta con 50 camas hospitalarias, y esto es debido a la falta de infraestructura en el HEP.

En relación a la justificación de las referencias, estudios reportaron que más del 30% eran referencias no justificadas^{5,6}; mientras que otro informa que pocas referencias recibidas era innecesarias y que podían ser manejados en el primer nivel de atención^{10,19}. En nuestro estudio se encontró que solo el 0,8% eran referencias no justificadas con lo que se deduce que su Sistema de Referencia es óptimo.

Los pacientes catalogados de Prioridad II fueron lo más frecuente referidos del HEP. Caso contrario a lo que ocurre en un estudio realizado en Abancay-Perú en un hospital II-2 entre los años 2015 y 2018, se reportó que la mayoría de pacientes referidos eran de Prioridad I con 40% mientras que Prioridad II representó el 35%²¹. Mientras que en otra investigación remarcan que 9% de los pacientes referidos fueron graves¹⁷, lo cual comparándolo con nuestra norma representarían Prioridad I o II. Es necesario remarcar la importancia de la atención y referencia oportuna en pacientes graves si es que no se cuenta con capacidad resolutive o con la instrumentaria necesaria.

Algunos estudios reportan que las principales patologías referidas son problemas respiratorios, politraumatizados, problemas neurológicos, etc^{10,16}. En un estudio realizado en un hospital psiquiátrico de referencia se encontró que el departamento de Pediatría fue quien refirió aproximadamente 54.06% de los pacientes a ese hospital¹⁸. En nuestro estudio, se encontró que los pacientes fueron referidos principalmente para la atención en los Servicios de Pediatría, Gastroenterología Pediátrica y Cirugía pediátrica con 72,5%, 3,4% y 3,7% respectivamente. En México reportan como motivos de referencias: traumas, accidentes y heridas expuestas²⁰. La referencia de los pacientes se explica porque el Hospital de Emergencias Pediátricas no cuenta con la subespecialidad de Gastroenterología Pediátrica y respecto a Pediatría y Cirugía pediátrica, si bien el Hospital de Emergencias Pediátricas cuenta con estas subespecialidades la

probable referencia sería por falta de cama hospitalaria o en el caso de Cirugía Pediátrica por no contar probablemente con subespecialidades quirúrgicas

De las referencias realizadas en nuestro estudio, 60,1% fueron aceptadas y 38,2% quedaron suspendidas, sería importante indagar más respecto al motivo por el cual quedaron suspendidas. Por otro lado, una investigación en Bolivia nos muestra que no hubo coordinación en relación a las referencias realizadas por el 1° nivel de atención ya que tenían miedo a ser rechazadas⁶. Es importante mencionar la importancia de una comunicación eficaz y oportuna al momento de referir a un paciente, sobretodo si se trata de una emergencia y corre riesgo la vida del paciente.

Los pacientes referidos y aceptados por el EESS de destino se encontraban estables 93,6%, inestables 6,4% y no se reportaron fallecidos. Sin embargo, un estudio reportó que la mayoría de pacientes que son derivados de un establecimiento de menor nivel son más agudos al llegar al otro establecimiento y eso les da mayor probabilidad de fallecer al momento de ser hospitalizados⁸.

El estudio realizado presenta algunas limitaciones, una de ellas es que al realizarse un estudio de bases secundarias, solo nos limitamos a la información recopilada. Otra limitación es que no se han encontrado muchos estudios en el país al respecto, lo cual generó una limitación al momento de la búsqueda bibliográfica y debido a no contar con estudios previos en el hospital no se pudo avanzar con un estudio analítico. Sin embargo, el presente estudio recopila los datos de 1121 referencias realizadas durante el 2018.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El sexo más frecuente fue el femenino y la edad entre 1 a 4 años.
- El destino de las referencias fue EESS tipo III, sistema de salud MINSA y el destino de la referencia más frecuente fue Emergencia.
- El motivo de referencia más frecuente fue la falta de cama, la referencia justificada y la Prioridad II la que predominó en el paciente referido.
- Las especialidades/subespecialidades más requeridas fueron Pediatría, Cirugía Pediátrica y Gastroenterología
- El estado de la referencia que predominó fue aceptado y la condición del paciente aceptado fue estable.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se insta a realizar más investigaciones sobre sistema de referencia y contrareferencia ya que se ha encontrado muy poca cantidad de evidencia al momento de realizar la búsqueda bibliográfica.
- Se recomienda realizar un estudio de tendencias relacionado a las referencias realizadas por el Hospital de Emergencias Pediátricas con el fin de evaluar el progreso del sistema de referencias y contrareferencias.
- Se recomienda realizar más investigaciones buscando las causas por las que las referencias son suspendidas o rechazadas ya que servirá para prevenir estas situaciones a futuro.
- Continuar capacitando al personal sobre la norma técnica de referencias y contrarreferencias. Así como la difusión de material al personal asistencial y administrativo

BIBLIOGRAFIA

1. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Pública México. Enero de 2011;53:s243-54. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019
2. Ministerio de Salud. Norma Técnica del “Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud” [Internet]. 2005 [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf
3. RD N° 1666/2013/DG-DESP-DISA V-LC. Perú: Ministerio de salud; 2013.
4. Ortega MÁF, Prato JBR, Coria AEI, Lara SB, Barrell AE, Téllez VMJ. Los Sistemas de Referencia y Contrareferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;37–45. [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1384/782>
5. Ojeda N, Franz F. Referencias no justificadas y tiempos de espera para una consulta médica en el servicio de oncología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2014 [Internet]. 2016 [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/5029>
6. 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. [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752013000100003
7. Such MV, Lohr R, Beckman T, Naessens JM. Extent of diagnostic agreement among medical referrals. J Eval Clin Pract. 2017;23(4):870–4. [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28374457/>

8. Treleaven E, Pham TN, Le DN, Brooks TN, Le HT, Partridge JC. Referral patterns, delays, and equity in access to advanced paediatric emergency care in Vietnam. *Int J Equity Health*. 15 de 2017;16(1):215. [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5732379/>
9. 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 Pediatría*. octubre de 2013;111(5):404–10. [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/471>
10. Collaguazo Y, Fernanda P. Sistema de referencia, contrarreferencia y derivación en Urgencias Pediátricas. Estudio de caso en el Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo Junio del 2015 a Febrero del 2016. 2017 [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11972>
11. Di Guglielmo MD, Greenspan JS, Abatemarco DJ. Pediatrician preferences, local resources, and economic factors influence referral to a subspecialty access clinic. *Prim Health Care Res Dev*. noviembre de 2016;17(6):628–35. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5065399/>
12. McDougall RJ, Notini L. What kinds of cases do paediatricians refer to clinical ethics? Insights from 184 case referrals at an Australian paediatric hospital. *J Med Ethics*. 2016;42(9):586–91. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://jme.bmj.com/content/42/9/586>
13. Turbitt E, Freed GL. Paediatric emergency department referrals from primary care. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. enero de 2016;40(6):691–5. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26954901/>
14. Habib MI, Khan KM. Overcrowding and possible solutions for a busy paediatric emergency department. *JPMA J Pak Med Assoc*. septiembre de

- 2017;67(9):1398–403. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28924282/>
15. Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Möckel M, Schenk L, Holzinger F. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *BMJ Open*. el 2 de abril de 2019;9(4):e026786. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30944138/>
 16. Andrews SL, Lewena S, Oberender F, Babl FE, West A, Hopper SM. Management of retrieval service patients within a paediatric emergency department. *Emerg Med Australas EMA*. diciembre de 2014;26(6):596–601. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25330909/>
 17. Olympia RP, Wilkinson R, Dunnick J, Dougherty BJ, Zauner D. Pediatric Referrals to an Emergency Department From Urgent Care Centers. *Pediatr Emerg Care*. diciembre de 2018;34(12):872–7. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27753717/>
 18. Tekkalaki B, Patil V, Chate S, Patil N, Patil S, V S. Pediatric referrals to psychiatry in a Tertiary Care General Hospital: A descriptive study. *J Ment Health Hum Behav*. el 14 de julio de 2018;22:40–4. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318430002_Pediatric_referrals_to_psychiatry_in_a_Tertiary_Care_General_Hospital_A_descriptive_study
 19. Biggerstaff ME, Short N. Evaluation of specialist referrals at a rural health care clinic. *J Am Assoc Nurse Pract*. julio de 2017;29(7):410–4 [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28695714/>
 20. Jimbo P, Elizabeth L. Medición del Nivel de Impacto del Sistema de Referencia y Contra Referencia del Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017. abril de 2018 [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/8088>

21. Narvaez Bustinza A. “Evaluación del flujo de referencia y contrareferencias del servicio de emergencias del hospital regional Guillermo Diaz De La Vega, Abancay, 2015-2018”. Repos Inst – UNAC [Internet]. 2018 [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/3063>
22. Zapana Pineda R. Analisis de la oficina de referencia y contrareferencia en el centro de atencion primaria cap III metropolitano Puno Essalud 2015. Univ Nac San Agustín [Internet]. 2015 [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2152>
23. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia [Internet]. 2006. [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
24. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del sector salud”. [Internet]. 2011. [citado el 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://190.102.131.45/moperaciones/index.php/normativas/file/13-norma-tecnica-de-salud-nro-021-minsaldgsp?tmpl=component>
25. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatrística-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica. el 1 de julio de 2019;20(4):199–205. [citado el 14 de noviembre de 2019]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
26. INEI. Perú Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017. Inst Nac Estad E Informática. 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/

ANEXOS

ANEXO 01: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**CARACTERIZACIÓN DE LAS REFERENCIAS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, LIMA 2018**”, que presenta el SR JOSÉ CHRISTOPHER PAZ VARGAS, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dra. Consuelo Luna Muñoz
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 04 de Mayo de 2021

ANEXO 02: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. José Christopher Paz Vargas, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz

Lima, 15 de octubre de 2019

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana

Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°773-2021-FMH-D

Lima, 14 de mayo de 2021

Señor

PAZ VARGAS JOSÉ CHRISTOPHER

Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para hacer conocimiento que el proyecto de tesis "**CARACTERIZACIÓN DE LAS REFERENCIAS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, LIMA 2018.**" Presentado ante la facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el consejo de Facultad en sesión de fecha 13 de mayo de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Hilda Jurupe Chico
Mg. Hilda Jurupe Chico.
Secretaria Académica

ANEXO 04: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR SEDE HOSPITALARIA CON APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

La Victoria, 28 de abril de 2021.

CARTA N° 020-DG-N°007-2021-OADI-HEP/MINSA.

JOSE CHRISTOPHER PAZ VARGAS

Investigador.

Correo electrónico: josepazvargas@hotmail.com.

Presente. -

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación.

De mi mayor consideración.

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en coordinación con la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, comunicarles que se ha aprobado la realización del Protocolo de Investigación "*Caracterización epidemiológica de la referencia del paciente en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018*", que usted realizará en conjunto con:

- Jorge Oswaldo Gálvez Vallenias, médico asistente Hospital de Emergencias Pediátricas.

Este permiso implica que los solicitantes cuentan con doce meses para la ejecución del proyecto. En caso no culminarse en el periodo establecido; los investigadores deberán solicitar una ampliación del plazo, detallando específicamente los motivos del retraso.

Así mismo he de informarles que al culminar la investigación se debe entregar el Informe Final de dicho trabajo en medio físico y electrónico; además que el publicar la investigación en medio escrito o virtual, obliga a los investigadores a señalar el nombre del Hospital de Emergencias Pediátricas como el lugar donde se realizó el mismo.

Sin otro particular, hago propicia esta oportunidad para expresarles las muestras de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

M.C. FERNANDO W. RAMOS NEYRA
C.M.P. 18741
DIRECTOR GENERAL

PWRN/NYCP/rmc
CC: Archivo
DG

www.hep.gob.pe

Av. Miguel Grau N° 854
La Victoria – Lima 13, Perú
Telf: 012158838

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “CARACTERIZACIÓN DE LAS REFERENCIAS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, LIMA 2018”, que presenta el Sr. José Christopher Paz Vargas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
PRESIDENTE

Dra. Maria Elena Loo Valverde
MIEMBRO

Dr. Germán Victor Martin Rossani Alatriza
MIEMBRO

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
Director de TESIS

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Asesor de Tesis

Lima, 18 de Mayo de 2021

ANEXO 06: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

CARACTERIZACIÓN DE LAS REFERENCIAS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, LIMA 2018

ORIGINALITY REPORT

5%

SIMILARITY INDEX

5%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repositorio.ucv.edu.pe

Internet Source

2%

2

Submitted to Universidad Ricardo Palma

Student Paper

1%

3

repositorio.uandina.edu.pe

Internet Source

1%

4

docslide.net

Internet Source

1%

5

repositorio.upt.edu.pe

Internet Source

1%

6

documentop.com

Internet Source

1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On

ANEXO 07: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VI CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

JOSÉ CHRISTOPHER PAZ VARGAS

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis durante los meses de agosto, setiembre octubre, noviembre, diciembre del 2019, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

CARACTERIZACIÓN DE LAS REFERENCIAS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS, LIMA 2018

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 14 de mayo de 2021



ANEXO 08: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVO GENERAL	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
¿Cuáles son las características de las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018?	Determinar las características de los pacientes referidos del HEP durante el año 2018.	Referencias Sexo Edad Categoría del Establecimiento de salud de destino Sector del Establecimiento de salud de destino Destino de referencia Motivo de referencia Referencia justificada Prioridad del paciente Las especialidad/subespecialidades requeridas Estado de la referencia Condición del paciente aceptado	El estudio es de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.	Población de estudio: Todas las referencias realizadas por Hospital de Emergencias Pediátricas durante el año 2018. Muestra: No se incluye muestra porque se evaluará al total de la población.	Se solicitará a la oficina de Referencias y Contrareferencias de la base de datos de las referencias realizadas por el hospital.

ANEXO 09: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Categoría
Referencia	Transporte de un paciente a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive	Aquellos pacientes que son referidos del Hospital	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	1= Recibida 2= Enviada
Sexo	Género orgánico	Género encontrado en la base de datos	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	1= masculino 2=femenino
Edad	Rango de edades en el que se encuentra el paciente desde su nacimiento	Rango de edad donde se encuentra la edad del paciente	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Hasta 28 días 2= < 1 año 3= 1 a 4 años 4= 5 a 9 años 5= 10 a 14 años 6= 15 a 19 años 7= >19años
Categoría del Establecimiento de salud de destino	Condición del EESS al cual es realizada a referencia	Condición del EESS al cual se refiere	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Establecimiento de salud Tipo I 2= Establecimiento de salud Tipo II 3= Establecimiento de

					salud Tipo III 4= Establecimiento de salud Tipo IV 5= Establecimiento de salud Sin Categoría
Sector del Establecimiento de salud de destino	Sub sistema de salud al cual se realizada la referencia	Sub sistema de salud al que se refiere	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Ministerio de Salud 2= Seguro Social de Salud 3= Otros Sistemas de salud
Destino de referencia	Servicio al cual el paciente acude para atender su molestia.	Servicio al cual se refiere al paciente	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Emergencia 2= Apoyo al diagnóstico 3= Consulta externa 4= Hospitalización
Motivo de referencia	Causa por la cual el paciente es derivado a otro establecimiento de salud.	Causa por la que se refiere del Hospital.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Falta de cama 2= Falta de especialista 3= No capacidad resolutive 4= Otros sistemas de salud
Referencia justificada	Proceso de derivación del paciente que	Paciente con patología que	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	1= Sí 0= No

	ameritaba ir a otro centro de mayor complejidad.	necesitaba sí o sí ser tratado en otro establecimiento de salud.			
Prioridad del paciente	Clasificación según la gravedad de la patología	Paciente clasificado según la necesidad de atención	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Prioridad I 2= Prioridad II 3= Prioridad III 4= Prioridad IV
Estado de la referencia	Condición que determina el EESS de destino	Condición que determina el EESS de destino	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Aceptada 2= No aceptada 3= Suspendida 4= Pendiente al corte
Condición del paciente	Categorización del paciente según signos vitales	Clasificación de paciente según funciones vitales	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Estable 2= Inestable 3= Fallecido
Especialidades/ subespecialidades requeridas	Rama de la medicina a la cual acude el paciente referido	Servicio del médico especialista al cual acude el paciente referido	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Pediatría 2= Cirugía Pediátrica 3=Gastroenterología 4= Traumatología 5= Radiología 6= Cardiología 7= Neurología

					8= Otras
--	--	--	--	--	----------

ANEXO 10: BASE DE DATOS

La base de datos del trabajo se encuentra disponible en el siguiente link:

<https://drive.google.com/drive/folders/19fbwXcBhVcAo4iVIVVgrOzpZyr6gzTIZ?usp=sharing>