PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA EL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIA A LA DISERTACION PARA LA OBTENCIÓN DE TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNTARIA.

TEMA: Capacidad resolutiva en la atención de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus por los servicios de Medicina Familiar del distrito 10d01 de la ciudad de Ibarra, mediante el análisis del proceso de referencia y contrareferencia en el sistema de salud en el período 2017 a 2020.

Autoras:

Md. Eliana Elizabeth Espinosa Rodríguez

Md. Verónica Cristina Tinajero Vásconez

Directora:

Dra. Elva Beatriz Arias Terán

Ibarra – Ecuador

2021

DEDICATORIA

A Dios por ser la luz que ha guiado mi camino

A mi esposo Alvaro, mis hijos Benjamín y Joaquín por su amor infinito y su apoyo incondicional en todo este proceso de formación.

A mis padres Violeta y Marco, por haberme inculcado el ejemplo de superación, persistencia y por todo su apoyo para ser cada día mejor.

Verónica Cristina Tinajero Vásconez

Esta investigación está dedicada principalmente a Dios, por ser quien me permite levantarme día a día y continuar cumpliendo este sueño tan deseado, ser médico especialista para poder mediante el, sanar las dolencias y brindar atención a mis pacientes con la sabiduría y el amor necesarios.

A mi esposo e hijos por su paciencia, amor y apoyo incondicional en este trayecto.

A mis padres, es un orgullo y privilegio de ser una de sus hijos, son los mejores padres, a mis hermanos porque son mi razón de ser una gran profesional.

Eliana Elizabeth Espinosa Rodríguez

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos nuestros tutores de la PUCE, quienes nos han ayudado y guiado durante todo el proceso de formación y desarrollo de la especialidad

A nuestra querida familia: padres, hermanos, esposo, hijos por su apoyo incondicional

A nuestros pacientes y compañeros de equipo.

Cristina y Eliana

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA 2

AGRADECIMIENTOS 3

LISTA DE TABLAS 7

LISTA DE GRAFICOS 8

ABREVIATURA 9

LINEA DE INVESTIGACIÓN 11

RESUMEN 12

ABSTRACT 13

INTRODUCCION 14

JUSTIFICACION 19

CAPITULO II 20

MARCO TEORICO 20

2. 1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 20

2.1.1 Declaración de Alma-Ata 20

2.1.2 Carta de Ottawa 21

2.2 NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD 24

2.3 EL MÉDICO FAMILIAR EN EL ECUADOR 25

2.4 PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR 26

2. 5.1 Normas técnicas para la referencia y contrareferencia 29

2.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL 32

2.6.1 Definición 32

2.6.2 Epidemiología 33

2.6.3 Factores de riesgo 34

2.6.4 Diagnóstico 35

2.6.5 Tratamiento 38
2.6.6 Criterios de Referencia de Hipertensión Arterial 40
2.7 DIABETES MELLITUS 41
2.7.1 Definición 41
2.7.2 Clasificación 41
2.7.3 Epidemiología 41
2.7.4 Diagnóstico 42
2.7.5 Tratamiento 43
2.7.6 Criterios de referencia y contrareferencia en Diabetes Mellitus tipo 2 43
CAPITULO III 45
METODOS 45
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 45
3.2 OBJETIVO GENERAL 46
3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS 46
3.4 HIPÓTESIS 47
3.5 METODOLOGÍA 48
3.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 48
3.5.2 MUESTRA 51
3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS 52
3.7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS 52
3.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 52
3.8.1 Criterios de inclusión 52
3.8.2 Criterios de exclusión 52
3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS 53
CAPITULO IV 54
RESULTADOS 54
4.1 PREVALENCIA ANUAL DE REFERENCIAS 54

4.2 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES REFERIDOS 55
4. 3 CRITERIOS DE REFERENCIAS DE HIPERTENSION ARTERIAL 56
4.4 CRITERIOS DE REFERENCIAS DE DIABETES MELLITUS 57
4.5 REFERENCIA REALIZADAS POR MEDICO FAMILIAR 58
4.6 REFERENCIAS ENVIADAS POR UNIDADES DE SALUD 59
4.7 CUMPLIMIENTO DE REFERENCIAS 60
4.8 CUMPLIMIENTO DE CONTRAREFERENCIAS 61
4.9 DISTRIBUCION DE REFERENCIAS CUMPLIDAS ENTRE EL AÑO 2017 A 2020 . 62
4.10 REFERENCIAS CUMPLIDAS ENTRE MEDICO FAMILIAR Y MEDICO GENERAL 63
4.11 DISTRIBUCION DE CONTRAREFERENCIAS ENTRE EL AÑO 2017 A 2020 64
CAPITULO V 65
DISCUSIÓN 65
CAPITULO VI 67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 67
6.1 CONCLUSIONES: 67
6.2 RECOMENDACIONES 68
BIBLIOGRAFÍA 70
ANEXOS 72
ANEXO 1: FORM 053 - HOJA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA 72
ANEXO 2: FORM 053 - HOJA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA 73
ANEXO 3: FORM 007 – HOJA DE INTERCONSULTA 74

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión arterial 35

Tabla 2. Distribución anual de referencias 54

Tabla 3. Edad de pacientes referidos 55

Tabla 4. Género de pacientes referidos..... 55

Tabla 5. Criterios de referencia de hipertensión arterial 56

Tabla 6. Criterios de referencia de diabetes mellitus tipo 2 57

Tabla 7. Distribución de referencias enviadas por médicos familiares y médicos generales ……58

Tabla 8. Referencias enviadas por unidades de salud..... 59

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1. Cumplimiento de referencias realizadas 60

Grafico 2. Cumplimiento de contrareferencias realizadas 61

Grafico 3. Distribución de referencias cumplidas anuales 62

Grafico 4. Referencias cumplidas entre médico familiar y medico general 63

Grafico 5. Distribución de contrareferencias cumplidas anuales 64

ABREVIATURA

APS: Atención primaria de salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

WONCA: Organización Mundial de Médicos de Familia

MAIS- FCI: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

APS-R: Atención primaria en salud renovada

GPC: Guías de práctica clínica

CIE-10: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental

HTA: Hipertensión Arterial

PA: Presión Arterial

PAS: Presión Arterial Sistólica

PAD: Presión Arterial Diastólica

MAPA: Monitoreo ambulatorio de presión arterial

AMPA: Automedida de presión arterial

CV: Cardiovascular

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud

DASH: Alimentación saludable para disminuir la Hipertensión

IMC: Índice de masa corporal

SRA: Sistema renina angiotensina

BB: Betabloqueantes

IM: Infarto de miocardio

ADA: Asociación Americana de diabetes

ENT: Enfermedades no transmisibles

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

PUCE: Pontificia universidad católica del ecuador

TEMA: Capacidad resolutiva en la atención de pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus por los servicios de Medicina Familiar del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra, mediante el análisis del proceso de referencia y contrareferencia en el sistema de salud en el período 2017 a 2020.

LUGAR: Unidades medicas del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra.

Autoras:

Md. Eliana Elizabeth Espinosa Rodríguez CI: 171421794-8

Md. Verónica Cristina Tinajero Vásconez CI: 100286162-1

Estudiantes Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Directora de Trabajo de Investigación

Dra. Elva Beatriz Arias Terán: CI 1713858387

Docente PUCE-Facultad de Medicina

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Vida Digna y Salud Integral

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Salud y grupos vulnerables

RESUMEN

La medicina familiar es una especialidad médica que nace en el mundo desde la mitad del siglo XX, y en el Ecuador en el año 1987, con un programa educativo enfocado en la atención al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. El presente estudio trata sobre el proceso de referencias y contrareferencias de dos enfermedades frecuentes como son la hipertensión arterial y diabetes mellitus de las unidades de salud de la ciudad de Ibarra de la provincia de Imbabura. **Propósito:** Evaluar la capacidad resolutiva de los especialistas en medicina familiar de las unidades de salud mediante el análisis del sistema de referencia y contrareferencia. **Metodología:** Mediante un estudio transversal retrospectivo se reviso 384 registros de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, de los cuales se identificaron las variables socio demográficas, criterios de referencia y contrareferencia indicadas por médicos de familia en las unidades del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra. **Resultados:** De los datos obtenidos se encontró que las referencias de adultos mayores y sexo femenino prevalecieron en relación a las otras variables socio demográficas, además que no existe diferencia estadísticamente significativa en el número de referencias enviadas entre médicos de familia y médicos generales.

Palabra claves: Medicina familiar, referencia, contrareferencia, hipertensión arterial, diabetes mellitus

ABSTRACT

Family medicine is a medical specialty that was born in the world since the mid-twentieth century, and in Ecuador in 1987, with an educational program focused on care for the individual in the context of the family and the family in the context of the community of which it is part. The present study deals with the process of referrals and counterreferences of two frequent diseases such as arterial hypertension and Diabetes mellitus in the health units of the city of Ibarra in the province of Imbabura. **Purpose:** Evaluate the resolution capacity of family medicine specialists in health units through the analysis of the referral and counter-referral system. **Methodology:** Through a retrospective cross-sectional study, 384 records of patients diagnosed with Arterial hypertension and / or diabetes mellitus were reviewed, from which the socio-demographic variables, reference criteria and counter-reference indicated by family doctors in the 10D01 district units of the city were identified of Ibarra. **Results:** From the data obtained, it was found that the referrals of older adults and female sex prevailed in relation to the other socio-demographic variables, in addition that there is no statistically significant difference in the number of referrals sent between family doctors and general practitioners.

Key word: Family medicine, referral, counter referral, high blood pressure, diabetes mellitus

INTRODUCCION

El sistema de salud engloba todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que proveen iniciativas, mientras que, el sistema de atención sanitaria proporciona las prestaciones de atención de salud a las personas, siendo su objetivo, mejorar el principal recurso de la salud. (OMS, Sistemas de salud, 2003)

En el año 1978, la OMS haciendo énfasis en la atención primaria, la convirtió en la política central con la aceptación de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Después de veinticinco años, los valores que representan la atención primaria continúan apacentando de un gran respaldo internacional. (OMS, Sistemas de salud, 2003)

En Astaná, Kazajistán, el 25 de octubre del 2018, afirmó el director general de la Organización Mundial de la Salud "Todos tenemos la solemne responsabilidad de garantizar que la declaración de hoy sobre atención primaria de salud permita a todas las personas, en todas partes, ejercer su derecho fundamental a la salud", por lo que, los países de todo el mundo firmaron la Declaración de Astaná, en la cual se comprometieron fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud como un avance fundamental para cumplir con la meta de mantener una cobertura universal de salud. (OMS, Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná, 2018)

El Estado se encargará de garantizar el derecho a la salud a través de políticas económicas, culturales, sociales, educativas y ambientales; así como la accesibilidad continua, oportuna y sin excepción a programas, acciones y servicios de promoción y prevención basados en atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva; el derecho a la salud está basado en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional. Según el **"**Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, para poder cumplirlo, se asocia al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, la seguridad social, el trabajo, los ambientes sanos y otros que respaldan el buen vivir. (Ecuador, 2008)

La red pública integral de salud al formar parte del sistema nacional de salud deberá estar conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros prestadores que pertenecen al Estado; con vínculos operativos, jurídicos y de complementariedad, como se menciona en el “Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, comunitarias, autónomas y adicional las que practiquen medicina ancestral alternativa y complementaria”. Los servicios de salud serán confiables, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de los pacientes. Además, serán universales y gratuitos los servicios públicos estatales de salud en todos los niveles de atención brindando los siguientes servicios, de diagnóstico, tratamiento, emisión de medicina y procedimientos de rehabilitación requeridos. (Ecuador, 2008)

Se define como atención primaria de salud a la asistencia sanitaria fundamental y accesible a todo el grupo familiar y a cada uno de los integrantes de la comunidad a través de medios admisibles para ellos, con su plena interacción y a un precio accesible para la comunidad y el país. (OMS, De Alma-Ata a Astaná 2018, 2018)

La Organización Mundial de la Salud (Alma Ata, 1978) precisa la atención primaria, como el ámbito de trabajo en equipo preferencial de los Médicos Familiares destinados a una comunidad específica. (Casado, 2018)

A partir del siglo XX, en la historia de la medicina, los estudiantes lo consideraron como la era de la especialización, en donde se requería un profesional que considere e involucre la mayor parte de los requerimientos y necesidades de la población y que atendiera al individuo en su total complejidad. En base a estas condiciones en la década de 1960 nació la Medicina Familiar como especialidad y se extendió en la década de 1970 hacia diferentes países. (Casado, 2018)

Se considera a la especialidad de Medicina Familiar como la efectora de la atención primaria, se encarga de prestar atención integral al individuo y la familia en el ámbito de la comunidad. En el Ecuador tuvo su inicio en 1987, teniendo como antecedente una historia tradicional de más de 40 años de existencia mundial, en el que se mencionaba al médico de cabecera. Actualmente la práctica de la Medicina Familiar requiere un cambio de paradigma, del biomédico al biopsicosocial y sustentarse en los principios de la

integralidad, continuidad, coordinación en el cuidado y orientación a la familia y comunidad. Hoy, esta especialidad, al igual que la atención primaria de salud, es indispensable más que nunca. (Collado, 2013).

El objetivo principal de la medicina familiar es formar especialistas con un perfil amplio de actividades para solventar los desafíos a los que debe enfrentarse un profesional en el primer nivel de atención de salud y, en consecuencia, los habilita para tener competencias en base a diversas funciones. (Collado, 2013):

- Brindar atención médica a niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y gestantes, de forma integral e integrada, incluyendo a su familia y comunidad.
- Solucionar más del 80% de la consulta en atención primaria, incluyendo: el mantenimiento de salud, enfermedades diagnosticadas en su etapa inicial, control de enfermedades crónicas, además de trastornos del comportamiento, fortalecidos en base a la Medicina Basada en Evidencias.
- Prestar atención y brindar consejería a familias en riesgo o que requieran esta intervención, atención de urgencias en atención primaria, ejecución de acciones administrativas acorde a la organización de salud pública.
- Facilitar la información necesaria a la población y participar activamente brindando educación para la salud a través de la promoción de salud y prevención de la enfermedad a las personas, su familia y la comunidad.
- Poner en práctica los conocimientos adquiridos para poder diagnosticar y abordar los problemas de salud planteados por el individuo, su familia y comunidad, desarrollando un modelo de atención primaria dirigida a la comunidad.

El especialista en medicina familiar tendrá la competencia profesional clínica basada en el conjunto de conocimientos, actitudes, habilidades y valores que, fundamentados en el juicio crítico acertado, razonamiento clínico y de conformidad con el estado actual del avance científico, para tener un desempeño profesional altamente eficiente en la resolución de los problemas de salud del individuo y de la sociedad, en un contexto determinado. (Gómez-Clavelina, 2014)

Para dar cumplimiento a una adecuada atención primaria, los servicios deben ser apoyados y complementados por los diferentes niveles de atención que integran el sistema de salud, tanto ambulatorio como hospitalario, así como por el resto de la red de

protección complementaria. Por ende, los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada a través de la implementación de programas de coordinación de la atención de todos los servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrareferencia. (Ortega M. A., 2016)

La integración entre niveles de atención, funcionando como red coordinada de servicios de salud, beneficia la continuidad e integralidad en la prestación de servicios, que en la mayor parte de los países se traducen en Sistemas de Referencia y Contrareferencia de pacientes. Este es considerado como el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de salud de los tres niveles de atención médica para proporcionar el envío y recepción de pacientes, con el fin de prestar atención médica integral oportuna y de calidad, que va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud en beneficio del paciente remitido. (Ortega M. A., 2016)

Con la implementación y funcionamiento del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia en el sistema nacional de salud del Ecuador, se ha fortalecido y consolidado en la Red Pública Integral de Salud. Para esto, se debe hacer énfasis en la capacitación de prestación de servicios al personal dependiendo al nivel de atención y al perfil epidemiológico que se requiera en población específica. Tomando en cuenta que el primer contacto del paciente con el sistema de salud son las unidades de primer nivel de atención, la implementación del sistema de referencia es indispensable para evitar sobrecargar la capacidad hospitalaria y remitir adecuadamente a los usuarios de otros niveles. (MSP, Subsistema de referencia,derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014)

El procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención que no dispone de los servicios solicitados por falta de capacidad resolutiva u otros motivos que no permite resolver el problema de salud se denomina REFERENCIA, en el que se utiliza el formulario 053 vigente. (MSP, Subsistema de referencia,derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014)

Mientras que la contrareferencia es el procedimiento obligatorio por el cual un usuario luego de haber sido referido/derivado es retornado a la unidad base, después de haber

recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, con el fin de garantizar la continuidad y complementariedad de su atención. (MSP, Subsistema de referencia,derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2014)

JUSTIFICACION

La Medicina Familiar es una especialidad que se ocupa de la atención integral del paciente y su familia, principalmente del ámbito clínico ambulatorio, solucionando del 80 a 85% de los problemas de salud más frecuentes. (Ortega M. A., 2016). Su formación incluye principalmente el entrenamiento en los problemas de salud de manejo ambulatorio más frecuentes, así como el seguimiento y la atención de problemas que puedan requerir hospitalización, por ende, mediante el sistema de referencia podrá derivar a los pacientes de una unidad de primer nivel hacia una unidad de segunda nivel y mediante la contrareferencia el paciente será remitido a su unidad de salud de origen. (Ortega M. A., 2016) A partir de este punto el médico familiar podrá dar seguimiento de las patologías base de cada paciente y podrá hacer énfasis en evitar las complicaciones que puedan suscitar, garantizando un flujo continuo e integral de la atención de salud.

Con la implementación de los médicos familiares de la primera cohorte de especialistas graduados con el acuerdo, con el Ministerio de Salud – Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ibarra, en el año 2017 inicia la devengación como especialistas en centros de atención primaria de la ciudad de Ibarra, este estudio está enfocado en conocer la disminución y el óptimo manejo del sistema de referencias y contrareferencia, así como los posibles obstáculos presentes en el primer nivel de atención para el manejo de la enfermedades crónicas de mayor prevalencia, con el principal objetivo de acordar entre las diferentes unidades operativas de los niveles de atención médica la facilidad en el envío, recepción y retorno de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, y evitar la sobresaturación del segundo o tercer nivel con pacientes que pueden ser manejados en el primer nivel de atención y así garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente de acuerdo a su necesidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. 1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es importante entender que la atención primaria de salud en relación con el desarrollo de los sistemas de salud, está constituido por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, de tal manera que promuevan la equidad. Estos sistemas deben brindar atención integral, integrada y apropiada continuamente, garantizando el primer contacto del paciente con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. (Giraldo, 2015)

2.1.1 Declaración de Alma-Ata (OMS, Regreso a Alma-Ata, 2008)

La declaración de Alma-Ata hace 30 años, precisó la atención primaria de salud como un conjunto de principios que rigen sobre el sistema de salud, un conjunto de valores para la organización del desarrollo de los servicios de salud y una variedad de criterios para integrar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud.

Los objetivos de desarrollo en conjunto con la declaración del milenio infundieron nueva vida a los principios de equidad y justicia social, esta vez con el fin de lograr que los beneficios de la globalización se distribuyan de forma equitativa entre los países. La epidemia del SIDA reflejó la importancia de la equidad y el acceso universal de forma sustancial. En el principio de la aparición de la terapia antirretroviral, la capacidad de acceder a medicamentos y servicios se convirtió en el equivalente a la capacidad de sobrevivir para varias personas a nivel mundial.

El incremento de patologías crónicas ha desatado nuevos problemas, el aumento de la atención a largo plazo sobre los sistemas y repercusión económica de los sistemas de salud, los costos que colocan a los hogares por debajo del límite de la pobreza y los

requerimientos de establecer medidas de prevención en una situación en la que la mayoría de los factores de riesgo escapa al control directo del sector de la salud. Es decir, justicia, eficacia y acción multisectorial.

En agosto del 2008, la comisión sobre determinantes sociales de la salud informó su reporte final. Su principal argumento fue un llamado enérgico para que se preste gran atención a la salud en todas las políticas gubernamentales y en todos los sectores. Las lagunas existentes en los resultados sanitarios no son cosa del destino: son indicadores de fallas en las políticas. Como era lo esperado, el informe defiende la atención primaria de salud como un modelo para el desarrollo sanitario que actúa sobre las causas económicas, sociales y políticas subyacentes a las malas condiciones de salud.

En octubre del 2008, la OMS publicó su informe sobre la salud en el mundo relativo a la atención primaria de salud. Cerca de conmemorar el aniversario de Alma-Ata, dicho informe ofreció orientación práctica y técnica para las reformas que integrarían los sistemas de salud de tal manera que enfrenten los problemas de salud de complejidad sin precedentes. Hay que tener en cuenta que el informe emitido no pretende lanzar otro movimiento social, pero sí hace énfasis en el pedido a los dirigentes políticos que presten atención a las expectativas sociales, respecto a la atención de salud como una atención justa, así como eficaz, con calidad y calidez en la que se integren los principios establecidos ya desde hace 30 años.

2.1.2 Carta de Ottawa (OMS, 1986)

El día 21 de noviembre de 1986, la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud reunida en Ottawa, pronuncia la presente carta dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta al incremento de la demanda de un nuevo proyecto de la salud pública en el mundo. Si bien la planificación se centró en las necesidades de los países industrializados, también se tuvieron en cuenta los problemas que afectan a las demás regiones. Durante la conferencia se tomó como referencia de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la declaración de Alma Ata sobre el primer nivel de atención de salud, el documento “Los Objetivos de la Salud para Todos” de la

organización mundial de la salud, y el debate sobre la acción en los diferentes sectores de la salud sostenido en la asamblea mundial de la salud. (OMS, 1986)

LA ELABORACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA SANA

Para promover la salud se debe tener en cuenta más allá del cuidado de la misma. La salud al integrar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a los diferentes niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarlos así a asumir la responsabilidad que tienen en este aspecto. La política de promoción de la salud tendrá varios enfoques, siendo complementarios, entre los que figuren la legislación, el sistema tributario, las medidas fiscales y los cambios organizativos. Al mantener una acción coordinada, conllevará a practicar una política sanitaria, social y de rentas que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros. La política de promoción de la salud pretende que se identifiquen y eliminen las barreras que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser alcanzar que la opción más saludable sea también la más accesible para los responsables de la elaboración de los programas. (OMS, 1986)

LA CREACIÓN DE AMBIENTES FAVORABLES

Teniendo en cuenta que nuestras sociedades son complejas y al estar relacionadas entre sí, no existe ninguna manera de que se puedan separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable unen a las personas y su medio, componen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio orientará al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades se basan en la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio ambiente natural. Se debe resaltar que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial. El cambio de los estilos de vida, de labores y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el tiempo de recreación deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la formación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera ambientes de trabajo y de vida gratificante, segura y agradable. Es

importante que se realice una evaluación integral del impacto que los cambios del medio ambiente producen sobre la salud, especialmente en las áreas de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha valoración debe acompañarse de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección de los ambientes naturales tanto como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe ser parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud. (OMS, 1986)

EL REFORZAMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

La promoción de la salud reside en la participación efectiva y concreta de la comunidad en establecer prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y la ejecución de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso procede del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. El desarrollo de la comunidad se centra en los recursos humanos y materiales que dispone la comunidad misma para promover el apoyo social y la independencia, así como para desarrollar sistemas flexibles que fortalezcan la participación pública y el control de los asuntos sanitarios. Esto requiere un total y persistente acceso a la información y a la capacitación sanitaria, así como a la ayuda financiera. (OMS, 1986)

Por lo tanto, se considera que el primer nivel de atención actualmente desde diversos ámbitos en la comunidad refuerza su necesidad en la intervención en los factores determinantes de las patologías más relevantes, los estilos de vida, los factores sociales y el medio ambiente ya que son difícilmente modificables por una acción exclusivamente dirigida al individuo y requieren acciones en conjunto por parte de la comunidad, que serán dirigidas por un médico familiar.

La inclusión de un médico de familia en el primer nivel de atención de salud, es con el fin de que se responsabilice de la atención inicial de cualquier individuo, siendo competente clínicamente por su formación especializada para solventar la mayoría de los problemas de salud, atendiendo a la persona con un enfoque biopsicosocial en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, prestando una atención efectiva y eficiente, en la cual la relación médico-paciente prevalece un lugar

privilegiado en su práctica diaria, es básica y justifica la elección de las áreas de práctica profesional que han sido desarrolladas.

2.2 NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD

Se define como niveles de complejidad al número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial de salud y el grado de desempeño alcanzado por ésta. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad para el cual está diseñado cada establecimiento **(Véase anexo 1)**. El grado de complejidad esta instaurada según el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos planteados en la unidad asistencial, sus servicios y organización. (Vignolo Julio, 2011)

El primer nivel de atención es el nivel más cercano al individuo, su primer acercamiento a la población, en el que facilita y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y tiene como propósito la resolución de patologías en el 85% según las necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al sistema nacional de salud garantizando una referencia y derivación adecuada del paciente, asegura la continuidad de su tratamiento y complementariedad de la atención. Además, promueve acciones de salud pública acordes a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional.

El personal de salud que labore en los establecimientos de salud de atención primaria, debe tener conocimiento de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud a los que serán referidos sus pacientes. Es necesario verificar y asegurar la disponibilidad inmediata de los servicios solicitados, para poder optimizar el tiempo, evitar complicaciones del cuadro clínico, exacerbación de las enfermedades y garantizar la atención con calidad. Para esto, el primer nivel de atención se debe mantener en constante comunicación con los otros niveles de atención a través de herramientas diseñadas e implementadas para este proceso. (MSP, Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud , 2014)

2.3 EL MÉDICO FAMILIAR EN EL ECUADOR

La principal estrategia de la atención primaria de salud es la implementación de la medicina familiar, que, al ser tomada en cuenta, tiene mayor relevancia integrar los equipos de salud en los niveles primario y secundario de atención del sector público y privado. En el sector público inicialmente, se planteó estrategias y programas que servirían como partida en el modelo de medicina familiar, aun cuando todavía no existían especialistas asignados a estas plazas de trabajo. (Natalia Romero, 2006)

La sociedad ecuatoriana de medicina familiar es la agrupación que agrupa a todos los médicos que han hecho sus estudios formales de medicina familiar avalados por una universidad. Es una sociedad científica, sin fines lucrativos, autosuficientes y organizados, que ha dirigido permanentemente sus energías hacia su reconocimiento a nivel nacional por la calidad de los servicios prestados. (Rodrigo Henríquez Trujillo, 2011)

Su objetivo es crear un espacio de formación científica continua a los médicos familiares y de atención primaria en nuestro país, fomentando la práctica de la medicina familiar en el sistema nacional de salud, el cual aún se mantiene en constante actualización. Promueve, a través de sus integrantes, la atención de calidad con calidez, el trabajo en equipo, el mutuo respeto y a la diversidad, la actualización científica y humana permanente, la solidaridad y productividad para con la comunidad.

Existe un parámetro político en la sociedad ecuatoriana de medicina familiar que radica en la importancia de la especialización de los médicos generales a médicos tratante de medicina familiar y la socialización de los acuerdos mínimos en la formación de recursos humanos para que quienes promocionan estudios de cuarto nivel en el ámbito de la medicina familiar los apliquen (se refiere a la divulgación en estamentos de poder de la carta de Margarita y Santiago del CIMF-WONCA sobre formación de recursos humanos en medicina familiar). (Natalia Romero, 2006)

En el modelo de atención integral de salud con orientación familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) integra la estrategia de atención primaria de salud renovada (APS-R); que, es uno de los ejes principales del proceso de transformación del sector salud. (MSP, Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud , 2014)

Su implementación debe cubrir las demandas y necesidades de salud del país que provienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, debiendo cumplir con las metas propuestas del acceso a servicios completos de salud y fortaleciendo la capacidad de resolución a nivel de todos los establecimientos de salud.

2.4 PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

El conjunto de médicos especialistas que trabajó en el perfil definió al médico familiar como “un profesional sanitario especializado en proporcionar atención de salud integral, continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y a las familias en el contexto de su comunidad y los determinantes de la salud, utilizando el enfoque de atención primaria en salud con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales actuales”. (Rodrigo Henríquez Trujillo, 2011) Se instauró que, en Ecuador para garantizar la estrategia de atención primaria, un médico familiar debe:

1. Ser la puerta de entrada al sistema de salud, teniendo en cuenta la accesibilidad geográfica, cultural y económica.

2. Atender a todas las personas con cualquier problema de salud, complejidad de la misma, sin límite de edad, sexo y condición social.

3. Solventar los problemas de salud más recurrentes y coordinar con otros médicos especialistas la continuidad de aquellos que lo necesiten.

4. Optimizar los recursos de atención primaria de salud.

5. Solventar los problemas de salud del individuo y la familia en todos sus ámbitos, físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales, priorizando a lo comunitario como su campo de acción.

6. Mantener una comunicación efectiva y toma de decisiones compartida con el paciente, para continuar con una adecuada relación con la persona y su familia.

7. Ejecutar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de enfermedades agudas y crónicas.

8. Promover la calidad de vida de los individuos durante su ciclo vital.

9. Coordinar la atención médica según los requerimientos de la unidad de salud en las diferentes áreas, como en consulta externa, área de urgencias u hospitalización.

10. Establecer equipos de atención multidisciplinarios que formen redes integrales de salud.

11. Coordinar actividades docentes y de investigación para mantenerse en constante actualización de sus conocimientos.

También se hizo hincapié, en el ejercicio de su actividad, el médico familiar en el Ecuador es un profesional que tiene la capacidad de solventar problemas en su práctica cotidiana. Esto establece que es capaz de brindar atención personalizada al paciente y a la par no deja de cumplir su rol de guardián de la salud comunitaria.

Tiene una formación tecnológica amplia y científica, que se mantiene en permanente actualización, junto con la humildad necesaria para mantener una adecuada relación humanista y próxima con el paciente y su comunidad. Es consecuente con su responsabilidad ante los retos y limitaciones que atraviesa la situación de la salud pública actualmente en el país y procura prestar un servicio de calidad optimizando los recursos disponibles. Finalmente se hace énfasis en la importancia de mantener una visión optimista sobre las posibilidades de una atención primaria eficiente, de calidad y equitativa a pesar de ejercer en un ambiente adverso que en muchas ocasiones no tiene en cuenta al médico familiar como parte integral de los equipos de salud, por ende, tampoco se da la debida importancia a la atención primaria. (Rodrigo Henríquez Trujillo, 2011)

El médico de familia es quién concibe la idea y se responsabiliza sobre la importancia que tiene la familia, sobre qué y cómo adquieren las enfermedades sus miembros, teniendo bajo su conocimiento los parámetros de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

2.5 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia de los pacientes es el conjunto ordenado de técnicas asistenciales y administrativas que representa parte del sistema nacional de salud, que contribuye a garantizar el proceso continuo de la atención de salud, con eficacia y eficiencia en un oportuno tiempo, remitiéndolos desde el establecimiento de salud de menor a de mayor nivel de atención y complejidad o desde su comunidad y viceversa, es decir el retorno del paciente de la unidad de mayor al menor nivel de atención y de complejidad, así como enviar pacientes que necesiten atención adicional, de apoyo diagnóstico , como es el caso de la derivación entre los especialistas que integran el sistema nacional de salud. (MSP, Norma del subsistema de referencia, derivación contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, 2013)

El sistema de referencia y contrarreferencia de los usuarios está constituido acorde a las necesidades de cada país, desde el punto de vista geográfico o institucional, aunque podrían tomarse en cuenta la fusión de ambas. Además, existen diferentes niveles de estructura organizacional, que inician en el nivel nacional o federal; estatal y local (alcaldía o de municipio), que varía según las funciones y la ejecución de los procesos asignados, principalmente de contrarreferencia. (Ortega M. Á., 2016)

La atención integral de la salud a la población debe estar constituida por sistemas de referencias de usuarios, integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, con el objetivo de llegar al mejoramiento progresivo de la asistencia sanitaria completa para toda la comunidad. Si el sistema de salud elabora un mecanismo de referencia funcional entre niveles beneficiaría a las unidades de salud que tienen un primer nivel donde no se ejerce la función de triage de usuarios. Los países en los que sus sistemas de salud han logrado un adecuado desarrollo de la atención en el primer nivel de salud, logran obtener indicadores de satisfacción de los usuarios y menor inversión económica en los servicios de salud, he ahí la prioridad de la inserción de un médico familiar en la atención del primer de atención de salud, personal capacitado en todos los ámbitos. (MSP, 2014)

Durante el proceso de referencia y derivación se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

En cada establecimiento de salud, los profesionales encargados de referir/derivar y cumplir la referencia/derivación de los pacientes al nivel de atención o de complejidad que corresponde ya sea según la pertinencia clínica o según la capacidad resolutiva, es la responsabilidad netamente de cada uno de ellos, misma que deberá cumplirse desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrareferencia.

La referencia forma parte de un proceso administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud del usuario o el trámite de una prueba diagnóstica, a otra unidad de salud de mayor complejidad o de mayor capacidad resolutiva. (Vignolo Julio, 2011)

Mientras que la contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual la unidad de salud de referencia, una vez solventado el problema de salud, remite la responsabilidad del cuidado de salud del usuario o el resultado de una prueba diagnóstica, a la unidad de salud que refirió inicialmente, es decir a la de menor complejidad para su posterior control y seguimiento necesario.

La entidad receptora de la referencia y/o derivación es la unidad de salud de similar o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutiva solicitada, que recibirá al paciente con el formulario No. 053 y procede a prestar la atención.

2. 5.1 Normas técnicas para la referencia y contrareferencia

Según el Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud menciona que existen normas técnicas para la referencia y/o derivación, siendo éstas las siguientes: (MSP, 2014)

1. Las referencias y/o derivaciones serán pedidas por profesionales de la salud según su especialidad; en el caso del médico ausente y exclusivamente en condiciones de emergencia, podrá ser emitido por otro personal de salud.

2. El personal de salud encargado de referir o derivar a los pacientes, ya sea por motivo de consulta de especialidad, hospitalización o diagnósticos y tratamientos complementarios, deberán hacerlo enviando el formulario No. 053 de referencia,

derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia llenando todos los datos completos y con letra legible. **(Véase anexo 2)**.

3. Se requiere enviar al paciente con un formulario No. 053 por cada vez que requiera el usuario acudir a una consulta de especialidad.

4. En el caso de referencia o derivación de pacientes, se debe aplicar las guías de práctica clínica (GPC) y protocolos de atención indicada por la autoridad sanitaria.

5. Cumplir con el llenado adecuado de los datos del paciente en el formulario, que permita justificar el procedimiento de referencia o derivación.

6. Comunicar al paciente y a su familia la importancia y el motivo de la referencia/ derivación.

7. Definir el nivel de atención o complejidad al que el paciente será referido basado en los criterios de accesibilidad y capacidad resolutiva, incluyendo los casos de emergencia.

8. El personal administrativo, es el encargado de coordinar la referencia o derivación del paciente una vez que haya emitido el formulario el personal de salud.

9. En el caso de una emergencia, el personal administrativo deberá detallar la información oportuna del paciente a la unidad de salud a la que se realizó la referencia o derivación garantizando su atención inmediata.

10. En el caso de emergencia, si el establecimiento receptor no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del paciente, debe estabilizarlo antes de enviar a otra unidad de salud.

11. El personal administrativo que se comunicó para agendar la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones remitidas.

12. La unidad de salud deberá disponer del personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas.

13. La unidad de salud receptora procederá a agendar únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el primer nivel o del mismo nivel de atención; el paciente no podrá acudir a la unidad de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener un previo agendamiento de la cita salvo en los casos de emergencia.

14. Todo paciente que necesite recibir atención en consulta u hospitalización, requiere apertura de una historia clínica.

15. El personal administrativo que solicitó la cita debe informar a los pacientes y a sus familiares acerca del lugar, especialidad, fecha y hora de consulta de la unidad de salud al que es referido o derivado.

16. En caso de que un paciente referido o derivado sea agendado a un profesional que no le corresponde a su especialidad, el profesional tiene la obligación de realizar la interconsulta respectiva al especialista que corresponda, anexando el formulario de interconsulta No. 007/2008. **(Véase anexo 3)**.

17. El personal de salud que recibe a los pacientes referidos, es el responsable de emitir la contrareferencia respectiva a la unidad de atención o de complejidad que corresponde, independientemente de las interconsultas que hayan sido emitidas a los diferentes especialistas.

18. Se debe añadir una copia del formulario No. 053 en la historia clínica del paciente, una vez concluido el procedimiento.

19. El personal de salud debe remitir el formulario No. 053 original con el paciente al establecimiento de salud de referencia y una copia se archivará en la historia clínica.

20. El personal administrativo del primer nivel de atención se encargará de realizar la búsqueda activa para dar continuidad al paciente referido o derivado, en caso de que el paciente no regrese con la contrareferencia a la unidad de salud, debe buscar otras alternativas como la visita domiciliaria u otras formas de comunicación.

21. El profesional de salud tiene que coordinar el transporte con el sistema de ambulancias si el caso es de emergencia para derivación o referencia.

22. El personal de salud de los establecimientos que refieren o derivan emergencias deben aplicar las guías de práctica clínica, normas, manuales y otros documentos normativos emitidos por la autoridad sanitaria optimizando el tiempo del paciente que requiere resolución inmediata de patologías agudas, traumatismos, parto en curso u otras emergencias o urgencias médicas.

23. En caso de pacientes con patologías en estado crítico, el personal de salud calificado sea médico/a o enfermero/a debe acompañarlo durante su transferencia, teniendo en cuenta las implicaciones que conlleva el traslado.

24. Cuando el personal de salud acompaña la transferencia en transporte institucional o transporte comunitario a un paciente y éste fallece durante el traslado, necesariamente debe retornar a la unidad de salud de origen, para notificar legalmente el deceso.

25. El paciente podrá ser referido o derivado por el personal de la unidad de salud al nivel de atención y/o de complejidad correspondiente para la realización de exámenes de apoyo complementarios al diagnóstico, siempre y cuando el establecimiento de salud no disponga con dichas prestaciones.

26. En todos los niveles de salud, todos los profesionales que emitan referencias y contrareferencias deben indicar la codificación CIE-10 en sus diagnósticos.

27. El profesional de salud que atienda en los consultorios de establecimientos educativos y que existan pacientes que requieran ser referidos o derivados a una unidad de salud de mayor nivel de atención o de complejidad, el profesional de salud debe coordinar con el establecimiento de salud del primer nivel de atención para el oportuno agendamiento de la cita.

2.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.6.1 Definición

Elevación crónica de la presión arterial (sistólica ≥140 mmHg o diastólica ≥90 mmHg); en el 80 a 95% de los caso la causa es desconocida. (Araiza, Blengio, & Pérez, 2019)**.**

Siempre debe tenerse en cuenta alguna modalidad corregible de hipertensión secundaria, sobre todo en pacientes <30 años o que se vuelven hipertensos después de los 55 años de edad. La hipertensión sistólica aislada (sistólica ≥140, diastólica <90 mmHg) es más frecuente por distensibilidad vascular en personas de edad avanzada. (Araiza, Blengio, & Pérez, 2019)

Hipertensión Arterial en el embarazo en una gestante, previamente normotensa, a partir de la semana 20 de embarazo en dos tomas separadas al menos 6 horas, con o sin proteinuria, de valores de PAS ≥140 mmHg o PAD ≥90 mmHg. (Moliner, Domiguez, & Gonzales, 2018).

La presión arterial puede estar aumentada de forma moderada (PAS de 140-159 mmHg/PAD de 90-109 mmHg) o grave (PAS/PAD ≥160/110 mmHg). Dentro de los 42 días siguientes al parto suele resolverse en la mayoría de los casos. (Moliner, Domiguez, & Gonzales, 2018)

Hipertensión Arterial aislada en la consulta o clínica aislada o normotensión enmascarada (antes denominada "de bata blanca"). HTA encontrada solo en la consulta (PA ≥140/90 mmHg), con PA normal en la MAPA (media de 24 horas y media diurna) o en la AMPA.

Hipertensión Arterial ambulatoria aislada o hipertensión enmascarada. La PA esta normal en la consulta (<140/90 mmHg), pero sus valores están elevados en la MAPA o en la AMPA. Los pacientes que la presentan tienen mayor prevalencia de lesión en los órganos diana y de factores de riesgo metabólicos que la población normotensa. (Moliner, Domiguez, & Gonzales, 2018)

Hipertensión Arterial resistente. PAS ≥140 y/o PAD ≥90 mmHg en pacientes que reciben triple terapia farmacológica a dosis adecuada con un buen cumplimiento del tratamiento, siendo uno de los medicamentos empleados un diurético. (Moliner, Domiguez, & Gonzales, 2018)

2.6.2 Epidemiología

La prevalencia mundial de la HTA en el 2015 se ha estimado en 1.130 millones, con una prevalencia en Europa central y oriental de más 150 millones. En términos generales, se sitúa alrededor de un 30 - 45% la HTA en adultos, con una prevalencia global estandarizada por edad del 24 y el 20% de los varones y las mujeres en 2015. (MSP M. d., Hipertensión Arterial: Guía de Práctica Clínica, 2019)

La prevalencia de la HTA seguirá aumentando en todo el mundo a medida que las poblaciones envejezcan y adopten un estilo de vida más sedentario con un aumenten el peso corporal. Se calcula que el número de personas aumentará en un 15-20% con HTA en 2025, y llegará a 1.500 millones. (OMS O. M., 2012)

De acuerdo al último informe estadístico de la Organización Mundial de la Salud uno de cada tres adultos mayores de 25 años es diagnosticado de hipertensión arterial, más de 1.000 millones de individuos. (OMS O. M., 2012)

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, la prevalencia en el Ecuador de pre hipertensión arterial en la población de 10 a 17 años es de 14.2% y, la prevalencia de HTA en la población de 18 a 59 años es de 9.3%; siendo más frecuente en hombres que en mujeres (11.2% vs. 7.5%). (OMS O. M., 2012)

Según el registro estadístico de Egresos Hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el 2017 se reportaron 5.776 solo por hipertensión primaria, siendo la quinta causa de mortalidad con 3409 defunciones las enfermedades hipertensivas. (Comercio, 2019)

2.6.3 Factores de riesgo

Existen varios factores que aumentan el riesgo de presentar presión alta las cuales son:

- Diabetes mellitus
- Dieta no saludable
- Inactividad física o sedentarismo
- Obesidad
- Edad avanzada
- Ingesta alcohólica
- Tabaquismo
- Genética
- Antecedentes familiares
- Etnia afrodescendientes.

En pocas ocasiones se presenta la hipertensión arterial sola, con mucha frecuencia se añada otros factores de riesgo como:

- Intolerancia a la glucosa
- Dislipidemia, lo que incrementa el riesgo cardiovascular

Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión arterial

Categoría	**Sistólica (mmHg)**		**Diastólica (mmHg)**
Optima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal - alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140- 159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	> 180	y/o	> 110
HTA sistólica aislada	> 140	y	< 90

Fuente: Williams, B. et al (2019).Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología, 72(2), 7-8.

2.6.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la HTA es principalmente la medición de la presión arterial en la consulta médica. Por lo que se considera a un paciente como presión elevada cuando presenta por varias ocasiones cifras mayores o iguales a 140/90mmHg. (Tagle, 2018)

Según Tagle, 2018 no hay universalmente un número aceptado de mediciones ni de visitas necesarias para el diagnóstico de HTA. Conociendo que las guías internacionales no son muy específicas, indicando luego de varias “visitas”, es decir todas recomiendan varias mediciones en la consulta en días diferentes.

Así, por ejemplo: el informe norteamericano JNC VIII establece que el diagnóstico de HTA debe estar basado en el promedio de 2 o más visitas después de una inicial de tamizaje y que lecturas adicionales deberían ser tomadas en cada visita si las 2 primeras difieren en >5mmHg. (Tagle, 2018)

Medición convencional de la presión arterial en la consulta:

Para medir la presión arterial en la consulta los esfigmomanómetros semiautomáticos auscultatorios u oscilométricos son el método preferido. Estos dispositivos deben estar validados según protocolos estandarizados.(Williams, 2019)

La presión arterial debe medirse inicialmente en la parte superior de ambos brazos y el manguito de presión debe adaptarse al perímetro del brazo. Una diferencia constante y significativa (> 15 mmHg) de la PA entre ambos brazos se asocia con un incremento del riesgo cardiovascular, probablemente debido a vasculopatía ateromatosa. (Williams, 2019).

Cuando haya una diferencia de presión entre uno y otro brazo, establecida preferiblemente con mediciones simultaneas, debe utilizarse el brazo con los valores de presión más altos en todas las mediciones siguientes. (Puente, 2018)

Se recomienda medir la presión arterial tras 1 y 3 min de bipedestación para los pacientes mayores, diabéticos o con otras causas de hipotensión ortostática. La hipotensión ortostática se define como una reducción de la PAS ≥ 20 mmHg o de la PAD ≥ 10 mmHg a los 3 min de bipedestación y se asocia con un incremento del riesgo de complicaciones y mortalidad. (Williams, 2019)

Se debe registrar la frecuencia cardiaca también en el momento de medir la PA, ya que son predictores independientes de morbimortalidad cardiovascular, los valores de frecuencia cardiaca en reposo. (Williams, 2019)

Medición de la presión arterial fuera de la consulta:

La medición de la presión arterial fuera de la consulta mediante AMPA o MAPA (habitualmente durante 24 h) proporciona un número mayor de mediciones de la PA que la medición convencional en consulta y se realiza en condiciones más representativas de la vida diaria. (Williams, 2019)

Monitorización domiciliaria de la presión arterial:

La AMPA es la media de todas las lecturas de PA realizadas con un monitor semiautomático validado durante al menos 3 días, y preferiblemente durante 6-7 días consecutivos antes de cada consulta. (Puente, 2018)

Se realizan las lecturas por la mañana y por la noche, en una habitación tranquila después de 5 min de reposo, con el paciente sentado y con la espalda y el brazo apoyados. Deben realizarse 2 mediciones en cada sesión, con 1-2 min de espera entre mediciones. (Williams, 2019)

Monitorización ambulatoria de la presión arterial:

La MAPA proporciona la media de las lecturas de PA durante un periodo determinado, que normalmente es de 24 h. Se suele programar el dispositivo para que registre la PA a intervalos de 15-30 min y calcule la media de la PA diurna, nocturna y de 24 h. Además, se puede registrar un diario de las actividades del paciente y de las horas de sueño. (Williams, 2019)

Los valores de la MAPA suelen ser más bajos que la PA medida en consulta y el umbral diagnostico para la HTA es ≥ 130/80 mmHg durante 24 h, ≥ 135/ 85 mmHg de media de la PA diurna y ≥ 120/70 de media de la PA nocturna (todas equivalentes a valores de presión medida en consulta ≥ 140/90 mmHg). (Williams, 2019)

2.6.5 Tratamiento

En el tratamiento existen dos estrategias cuyo objetivo es reducir la presión arterial, estas son intervención en ese estilo de vida y el tratamiento farmacológico. El cambio de estilo de vida puede reducir la presión arterial pero la mayoría de paciente con hipertensión requiere de tratamiento farmacológico. (Puente, 2018)

Modificaciones del estilo de vida:

Deberían recomendarse a todos los hipertensos, a pesar que no existen estudios que demuestren que sean capaces de prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares. Las modificaciones que han demostrado reducir la presión arterial son las siguientes:

- Disminución del peso hasta llegar a un IMC aproximado de 25 y a una circunferencia de cintura <102 cm en los hombres y <88 cm en las mujeres.
- Un consumo de alcohol disminuido: menos de 30 g al día en hombres y de 20 g en mujeres.
- Disminución de la ingesta de sodio (de 5-6 g de sal común al día).
- Ejercicio físico moderado aeróbico e isotónico (andar, correr, nadar, bailar, aerobic, ciclismo, etc.) practicado de forma regular, al menos 30 minutos al día, 5 ó 7 días a la semana.
- Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension): la cual se basa en un consumo alto de frutas, vegetales, lácteos bajos en grasa, cereales integrales, fibra dietética y soluble y proteínas de origen vegetal, con baja ingesta total de grasas y de la proporción de grasas saturadas
- La eliminación del consumo de tabaco es una medida importante esencial para que riesgo cardiovascular global disminuya.
- El consumo de café, no tenían suficiente rigor en una revisión sistemática mostró que los estudios disponibles para establecer recomendaciones a favor o en contra del mismo. (Puente, 2018)

Los pacientes en su mayoría requerirán terapia con medicamentos, además de modificaciones del estilo de vida para lograr un control óptimo de su TA. (MSP M. d., Hipertensión Arterial: Guía de Práctica Clínica, 2019)

En muchos pacientes con hipertensión primaria leve la monoterapia inicial es exitosa. Sin embargo, es poco probable que la terapia con un solo fármaco alcance la presión arterial deseada en pacientes cuya presión arterial esté a más de 20/10 mmHg por encima de la meta. (MSP M. d., Hipertensión Arterial: Guía de Práctica Clínica, 2019)

Se debe considerar solamente la posibilidad de monoterapia en hipertensión grado 1 de bajo riesgo (presión sistólica menos de 150 mmHg) o en pacientes adultos mayores (80 años) o muy frágiles, en el resto de pacientes en el que el cambio de estilo de vida no resulta efectivo se debe comenzar con terapia dual. (MSP M. d., Hipertensión Arterial: Guía de Práctica Clínica, 2019)

Tratamiento farmacológico:

Para el tratamiento de la HTA se ha desarrollado el siguiente algoritmo de tratamiento para proporcionar una recomendación simple y pragmática. El algoritmo se basa en las siguientes recomendaciones. (Williams, 2019)

1. Para mejorar la velocidad, la eficacia y la previsibilidad del control de la PA el Inicio del tratamiento para la mayoría de los pacientes con una sola píldora de 2 fármacos.
2. Las combinaciones de 2 fármacos preferidas son un bloqueador del SRA más un BCC o un diurético. Un BB combinado con un diurético o cualquier fármaco de las principales clases es una alternativa cuando haya una indicación específica, como angina, IM reciente, insuficiencia cardiaca o control de la frecuencia cardiaca.
3. Pacientes con riesgo muy alto y PA normal-alta o pacientes mayores frágiles, uso de monoterapia para pacientes con bajo riesgo, HTA de grado 1 y PAS < 150 mmHg,
4. Si la PA no se controla con una combinación de 2 fármacos, uso de una combinación de 3 fármacos en una píldora con un bloqueador del SRA, un BCC y un diurético.

5. Para el tratamiento de la HTA resistente adición de espironolactona, excepto si hay contraindicaciones.
6. En los infrecuentes casos en que la PA no se controla con los tratamientos descritos, uso de otras clases de fármacos antihipertensivos
7. La información sobre la disponibilidad y las dosis recomendadas de cada fármaco y las combinaciones en píldora única y libre se puede encontrar en el vademécum farmacológico de cada país.

2.6.6 Criterios de Referencia de Hipertensión Arterial

La HTA es una enfermedad muy frecuente y se trata en atención primaria a la mayoría de los pacientes con HTA en la mayoría de los sistemas de salud. No obstante, hay circunstancias en las que son necesarios la evaluación y el tratamiento hospitalarios. (MSP M. d., Hipertensión Arterial: Guía de Práctica Clínica, 2019)

Los criterios de referencia hacia un tercer nivel indicado por la guía de hipertensión arterial son (MSP M. d., Hipertensión Arterial: Guía de Práctica Clínica, 2019):

- Pacientes con sospecha de HTA secundaria, pacientes jóvenes (< 40 años) con hipertensión de grado ≥ 2 en los que es preciso descartar la HTA secundaria.
- Pacientes con HTA refractaria a tratamiento.
- Emergencia hipertensiva (hipertensión grado 3) con daño de órgano blanco agudo, Hipertensión maligna, (generalmente grado 3) asociada con cambios de fondo (hemorragia en forma de llama y/o papiledema), microangiopatía y coagulación intravascular diseminada, y puede asociarse con encefalopatía (en aproximadamente el 15% de los casos)
- Hipertensión grado 3 asociada con otras afecciones clínicas (disección aórtica aguda, isquemia miocárdica aguda o insuficiencia cardíaca aguda)
- Pacientes con hipertensión súbita y severa debida a feocromocitoma, asociado a daño orgánico. Mujeres embarazadas con hipertensión grave o preeclampsia. (MSP M. d., Hipertensión Arterial: Guía de Práctica Clínica, 2019)

2.7 DIABETES MELLITUS

2.7.1 Definición

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia crónica, la cual es producida por defecto de la secreción de insulina o acción de la insulina. (ALAD, 2019)

2.7.2 Clasificación

La clasificación de la diabetes más usada es la indicada por la asociación americana de diabetes (ADA) en el 2019:

- Diabetes tipo 1 la cual se debe a la deficiencia de la insulina debido a la alteración autoinmune de las células beta del páncreas
- Diabetes tipo 2 presenta resistencia a la insulina debido a la destrucción progresiva de las células beta del páncreas
- la Diabetes gestacional la cual se diagnostica en el segundo o tercer trimestre de embarazo y otro tipo de diabetes específico debido a otras causas.
- Tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (como fibrosis quística y pancreatitis) y diabetes inducida por sustancias químicas (como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH / SIDA o después de un trasplante de órganos).

2.7.3 Epidemiología

En Ecuador, las tasas cada vez son más elevadas afectando a la población con diabetes. Según la encuesta ENSANUT, la diabetes tiene una prevalencia en la población de 10 a 59 años de 1.7%. Esa proporción va subiendo a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes. (OMS/OPS, 2018)

La alimentación no saludable, la inactividad física, el abuso de alcohol y el consumo de cigarrillos, son los principales factores de riesgo directamente relacionados con las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes. (OMS/OPS, 2018)

La diabetes es una de las mayores emergencias sanitarias mundiales del siglo XXI. Se encuentra entre las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. Cada 10 segundos se diagnostican 3 casos nuevos de diabetes mellitus y cada 7 segundos una persona muere por diabetes mellitus. (PLM, 2018)

La diabetes causó 5,0 millones de muertes en el 2015, y junto con las otras tres principales enfermedades no transmisibles [ENT] (enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias) representa más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. (PLM, 2018)

Las comorbilidades son comunes entre las personas con diabetes. Cerca de la mitad de los pacientes con DM2 tienen hipertensión arterial. Un alto porcentaje de ellos tiene al menos una condición reconocida como un factor de riesgo cardiovascular (86.7%). (ALAD, 2019)

Si se incluyen solo a los factores de riesgo modificables (hipercolesterolemia, hipertensión arterial y tabaquismo), el 65% de los casos tiene una o más condiciones que podrían tratarse a fin de reducir su riesgo cardiovascular. (ALAD, 2019)

Los síntomas de la diabetes pueden pasar desapercibidos, sobre todo a inicio de la enfermedad, los síntomas clásicos de diabetes incluyen aumento en el apetito, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso, heridas que tardan en cicatrizar, infecciones frecuentes.

2.7.4 Diagnóstico

Para el diagnóstico es necesario unos de los siguientes criterios:

- Presentar síntomas de diabetes con una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL
- Glucemia de ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL

- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL dos horas después de una carga de 75 g de glucosa
- Una A1c mayor o igual a 6.5%.

2.7.5 Tratamiento

En el tratamiento existen dos estrategias cuyo objetivo es reducir los niveles de azúcar en la sangre y evitar las complicaciones, estas son intervención en ese estilo de vida y el tratamiento farmacológico.

Una alimentación saludable acompañada de pérdida de peso y practicar ejercicio físico son fundamentales para controlar la glucemia y retrasar la aparición de complicaciones. Además de otros hábitos que incrementaría la cálida de vida como el abandono del tabaco y la reducción de ingesta del alcohol.

Dentro del tratamiento farmacológico la metformina debe iniciarse en el momento en que se diagnostica la diabetes tipo 2 a menos que haya contraindicaciones. (ADA, 2019)

Para la mayoría de los pacientes, esto será monoterapia en combinación con modificaciones de estilo de vida. La metformina es eficaz y segura, es barata y puede reducir el riesgo de eventos cardiovasculares y la muerte. (ADA, 2019)

Se debe iniciar el tratamiento con insulina cuando la glucosa en sangre sea ≥300 mg / dL (16.7 mmol / L) o A1C sea ≥10% (86 mmol / mol) o si el paciente tiene síntomas de hiperglucemia (es decir, poliuria o polidipsia), incluso en el momento del diagnóstico. (ADA, 2019)

2.7.6 Criterios de referencia y contrareferencia en Diabetes Mellitus tipo 2

Dentro de criterios para referencia y contrareferencia se recomienda referir al segundo nivel de atención (con capacidad de resolución) cuando se requieran los siguientes exámenes o existan las siguientes condiciones clínicas (MSP M. d., Diabetes Mellitus tipo 2: Guía de Práctica Clínica, 2017):

- Valoración oftalmológica
- Valoración cardiológica
- Descompensación aguda (cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico, hipoglucemia, que requieran hospitalización)
- Manejo conjunto de complicaciones crónicas: microangiopáticas: retinopatía, nefropatía o neuropatía, Macroangiopáticas: enfermedad cerebro vascular, cardiopatía isquémica, arteriopatía obstructiva crónica de miembros inferiores, pie diabético. (MSP M. d., Diabetes Mellitus tipo 2: Guía de Práctica Clínica, 2017)

Enfermedades intercurrentes agudas que no se puedan resolver en el primer nivel. Se recomienda referir al tercer nivel de atención cuando exista o se requiera lo siguiente: (MSP M. d., Diabetes Mellitus tipo 2: Guía de Práctica Clínica, 2017)

- Descompensación aguda o complicación crónica que no se pueda manejar en el segundo nivel (retinopatía diabética que requiera resolución de mayor complejidad, insuficiencia renal crónica terminal cuando no se dispone de terapia de sustitución renal)
- Enfermedades intercurrentes agudas que no se puedan resolver en el segundo nivel.
- Ingreso hospitalario para tratamiento de complicaciones agudas y crónicas como las vasculares periféricas que no se puedan resolver en segundo nivel (ej. úlceras de pie diabético). (MSP M. d., Diabetes Mellitus tipo 2: Guía de Práctica Clínica, 2017)

A su vez, si la complicación ha sido resuelta en el nivel de mayor complejidad se realizará la contrareferencia que deberá ser manejada eficientemente en el primer o segundo nivel de atención. (MSP M. d., Diabetes Mellitus tipo 2: Guía de Práctica Clínica, 2017):

CAPITULO III

METODOS

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la capacidad resolutiva en la atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus por los servicios de Medicina Familiar del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra, mediante el análisis del proceso de referencia y contrareferencia en el sistema de salud en el período 2017 a 2020?

OBJETIVOS

3.2 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el proceso de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus por los servicios de Medicina Familiar del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra, mediante el análisis del proceso de referencia y contrareferencia en el sistema de salud en el período 2017 a 2020.

3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus atendidos en las diferentes unidades del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra que han requerido referencia y contrareferencia.
- Identificar el cumplimiento de los criterios de referencia en los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de las diferentes unidades que cuentan con el servicio de Medicina Familiar.
- Medir el cumplimiento de contrareferencia de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial que se reciben en las unidades de salud.

3.4 HIPÓTESIS

Los profesionales de salud de Medicina familiar y comunitaria tienen una adecuada capacidad resolutiva en la atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, visualizado en el proceso de referencia y contrareferencia en el sistema de salud.

DISEÑO DE ESTUDIO

3.5 METODOLOGÍA

3.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE	TECNICA DE RECOLECCION
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa	< 45 años	% de pacientes < de 45 años/ total de la población	Secundaria a revisión documental de Referencias y contrareferencias	Check List Base de Excel
			45 a 65 años	% de pacientes de 45 a 65 años / total de la - población		
			> 65 años	% de pacientes > 65 años / total de la - población		
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Cualitativa	Hombre	% Hombre total/Total muestra	Secundaria a revisión documental de Referencias y contrareferencias	Check List Base de Excel
			Mujer	% Mujer total/Total muestra		
Hipertensión arterial	El promedio de la presión arterial sistólica y/o presión arterial diastólica medida en la consulta por dos ocasiones son iguales o mayor a 140/90 mmHg, en personas mayores de 18 años.	Cuantitativa	Pacientes con sospecha de HTA secundaria, pacientes jóvenes (< 40 años) con hipertensión de grado ≥ 2 en los que es preciso descartar la HTA secundaria.	% Pacientes con sospecha de HTA secundaria / Total muestra	Secundaria a revisión documental de Referencias y contrareferencias	Check List Base de Excel
			Pacientes con HTA refractaria a tratamiento	% Pacientes diagnosticados HTA refractaria a tratamiento / Total muestra		
			Emergencia hipertensiva (hipertensión grado 3) con daño de órgano blanco agudo	% Pacientes diagnosticados Emergencia hipertensiva con daño de órgano blanco agudo / Total muestra		

			Hipertensión grado 3 asociada con otras afecciones clínicas (disección aórtica aguda, isquemia miocárdica aguda o insuficiencia cardíaca aguda)	% Pacientes diagnosticados con HTA grado 3 asociada con otras afecciones clínicas / Total muestra		
			Pacientes con hipertensión súbita y severa debida a feocromocitoma, asociado a daño orgánico.	% Pacientes diagnosticados con hipertensión súbita y severa debida a feocromocitoma, asociado a daño orgánico. / Total muestra		
Diabetes mellitus tipo 2	Es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia crónica, la cual es producida por defecto de la secreción de insulina o acción de la insulina. Diabetes tipo 2 presenta resistencia a la insulina debido a la destrucción progresiva de las células beta del páncreas	Cuantitativa	Valoración oftalmológica	% Pacientes diagnosticados DM tipo II que requieren Valoración oftalmológica / Total muestra	Secundaria a revisión documental de Referencias y contrareferencias	Check List Base de Excel
			Valoración cardiológica	% Pacientes diagnosticados DM tipo II que requieren Valoración cardiológica / Total muestra		
			Descompensación aguda (cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico, hipoglucemia, que requieran hospitalización)	% Pacientes diagnosticados DM tipo II con descompensación aguda / Total muestra		
			Manejo conjunto de complicaciones crónicas: microangiopáticas: retinopatía, nefropatía o neuropatía, Macroangiopáticas: enfermedad cerebro vascular, cardiopatía isquémica, arteriopatía	% Pacientes diagnosticados DM tipo II con complicaciones crónicas / Total muestra		

			obstructiva crónica de miembros inferiores, pie diabético.			
Recurso humano por Medicina familiar	El médico de Familia es el especialista cuya área de conocimiento abarca a la persona como un todo y resuelve más del 90 por ciento de las demandas de los usuarios del Sistema Nacional de Salud.	Cualitativa	SI	% de pacientes con HTA o DM tipo II referidos por el Médico Familiar / Total de la muestra	Secundaria a revisión documental de Referencias y contrareferencias	Check List Base de Excel
			NO			
Establecimiento de salud	Son instalaciones esenciales destinadas a proporcionar atención de salud con garantía de eficacia, eficiencia, oportunidad y calidez	Cualitativa	Centro Salud 1	% de pacientes con referencia o contrareferencia por uniddad de salud / Total de referencias realizadas.	Secundaria a revisión documental de Referencias y contrareferencias	Check List Base de Excel
			CS Alpachaca			
			CS Ambuqui			
			CS Caranqui			
			CS Carpuela			
			CS El Priorato			
			CS El Tejar			
			CS La Carolina			
			CS La Esperanza			
			CS Lita			
			CS Pugacho			
			CS Salinas			
			CS San Antonio			
			CS Zuleta			
Referencia	Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud	Cuantitativa	Referencias solicitadas	% Referencias cumplidas / Total de referencias solicitadas.	Secundaria a revisión documental de Referencias y contrareferencias	Check List Base de Excel
			Referencias cumplidas			

Contrareferencia	**Es el procedimiento obligatorio por el cual un usuario que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención**	**Cuantitativa**	**Contrareferencias solicitadas** **Contrareferencias cumplidas** **Referencias inversas cumplidas**	**% Total de contrareferencias / Referencias cumplidas**	**Secundaria a revisión documental de Referencias y contrareferencias**	**Check List Base de Excel**

3.5.2 MUESTRA

El estudio fue realizado mediante los análisis del proceso de referencia y contrareferencia en pacientes con patologías como hipertensión arterial y diabetes mellitus de las unidades del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra atendidos por especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria. La unidad de estudio fueron pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus con referencia y contrareferencia con un total de 544, mediante muestreo probabilístico aleatorio simple.

$$n = \frac{z^2 * p * q}{e^2}$$

z= intervalo de confiaza 95%
d= margen de error de 5%

n= (1.96)2 x ((0.50)(1 – 0.50)/(0.05)2)
n= 3.84x (0.25/0.0025)
n= 3.84 x 100
n= 384

3.5.3 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal retrospectivo

3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Obtuvieron la información de una matriz que consolida referencia y contrareferencias de catorce unidades del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra, con especialista en medicina familiar y médicos generales, de 384 referencias de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Los datos fueron registrados en un check list para posterior en una base de Excel ingresar de manera codificada cada una de las variables.

3.7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Realizaron un análisis descriptivo de variables cualitativas y cuantitativas, mediante medidas de tendencia central como media, mediana, moda y medidas de dispersión como desviación estándar, con ayuda del programa SPSS 25.

3.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.8.1 Criterios de inclusión:

- Referencias y contrareferencia de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes atendidos en las unidades de distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra.
- Pacientes atendidos por especialistas en medicina familiar y comunitaria.

3.8.2 Criterios de exclusión:

- Referencias y contrareferencia de pacientes con otras patologías.
- Pacientes atendidos en las unidades de distrito 10D01 del cantón Urcuqui.

3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y con la autorización de las autoridades pertinentes del distrito 10D01 de la ciudad de Ibarra.

De la información hasta el final de la investigación, los resultados obtenidos han sido manejados bajo estrictas medidas de confidencialidad, y una vez presentado el trabajo final, será socializado al distrito.

CAPITULO IV

RESULTADOS

El resultado obtenido de la muestra de 384 referencias de pacientes con diagnostico de hipertensión arterial y diabetes mellitus, tratados por médicos de familia egresados de la PUCE y médicos generales del distrito 10D01, se detalla a continuación de acuerdo a las variables investigadas.

4.1 DISTRIBUCION ANUAL DE REFERENCIAS

El período comprendido en el estudio fue desde el 2017 al 2020. Encontrándose que la mayor numero de referencias fue en el 2017 con un 37.5%, seguido del 2020 con 26.3 %, y en igual porcentaje en los años 2018,2019. (Tabla N°2)

Tabla 2. Distribución anual de referencias

AÑO	Frecuencia	Porcentaje
2017	144	37,5%
2018	69	18,0%
2019	70	18,2%
2020	101	26,3%
Total	**384**	**100%**

Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.2 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES REFERIDOS

Se evidencio que el mayor número de pacientes referidos fue entre la edad mayores de 65 años con un porcentaje de 48.4% y con un menor porcentaje menores de 45 años con un 9.9%. (Tabla N°3)

Tabla 3. Edad de pacientes referidos

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
< 45 Años	38	9,9%
45 A 64 Años	160	41,7%
>65 Años	186	48,4%
Total	**384**	**100%**

Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

Se observo que el mayor número de pacientes referidos son de género femenino con un 67.7% (Tabla N°4)

Tabla 4. Género de pacientes referidos

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	260	67,7%
Masculino	124	32,3%
Total	**384**	**100%**

Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4. 3 CRITERIOS DE REFERENCIAS DE HIPERTENSION ARTERIAL

Existieron 190 referencias con diagnostico de hipertensión arterial, en el cual la hipertensión grado 3 asociada con otras afecciones clínicas (disección aórtica aguda, isquemia miocárdica aguda o insuficiencia cardíaca aguda) fue el de mayor prevalencia con un 41.6%, seguida de hipertensión refractaria a tratamiento con el 38.4%, y un bajo porcentaje la emergencia hipertensiva con daño de órgano blanco agudo con un 18.9%. (Tabla N°5)

Tabla 5. Criterios de referencia de hipertensión arterial

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes con sospecha de HTA secundaria	2	1,1%
Pacientes con HTA refractaria a tratamiento	73	38,4%
Emergencia hipertensiva	36	18,9%
Hipertensión grado 3 asociada con otras afecciones clínicas	79	41,6%
Total	**190**	**100%**

Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIAS DE DIABETES MELLITUS

Existieron 194 referencias con diagnostico de Diabetes Mellitus tipo 2, en el cual la descompensación aguda (cetoacidosis diabética, estado con hiperosmolar hiperglucémico, hipoglucemia, que requieran hospitalización) fue el de mayor prevalencia con un 45.4%, seguido de manejo conjunto de complicaciones crónicas: microangiopáticas: retinopatía, nefropatía o neuropatía, Macroangiopáticas: enfermedad cerebro vascular, cardiopatía isquémica, arteriopatía obstructiva crónica de miembros inferiores, pie diabético con un 32.5%, y un bajo porcentaje de referencia para valoración cardiológica con un 1.5%. (Tabla N°6)

Tabla 6. Criterios de referencia de diabetes mellitus tipo 2

DIABETES MELLITUS TIPO 2	Frecuencia	Porcentaje
Valoración oftalmológica	40	20,6%
Valoración cardiológica	3	1,5%
Descompensación aguda	88	45,4%
Manejo conjunto de complicaciones crónicas	63	32,5%
Total	**194**	**100%**

Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.5 REFERENCIA REALIZADAS POR MEDICO FAMILIAR

Se observó que de las referencias evaluadas el 51,8% fueron enviadas por médico familiar y el 48,2% por medico general. (Tabla N°7)

Tabla 7. Distribución de referencias enviadas por médicos familiares y médicos generales

MEDICO	Frecuencia	Porcentaje
FAMILIAR	199	51,8%
GENERAL	185	48,2%
Total	**384**	**100%**

Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.6 REFERENCIAS ENVIADAS POR UNIDADES DE SALUD

Se recolecto datos de 14 unidades de salud donde se observó que la mayoría de referencia son enviadas del centro de salud N°1 con un 33,3%, seguido del centro de salud de San Antonio con el 18,0% debido a que estas unidades manejan poblaciones con mayor número de habitantes. (Tabla N°8)

Tabla 8. Referencias enviadas por unidades de salud

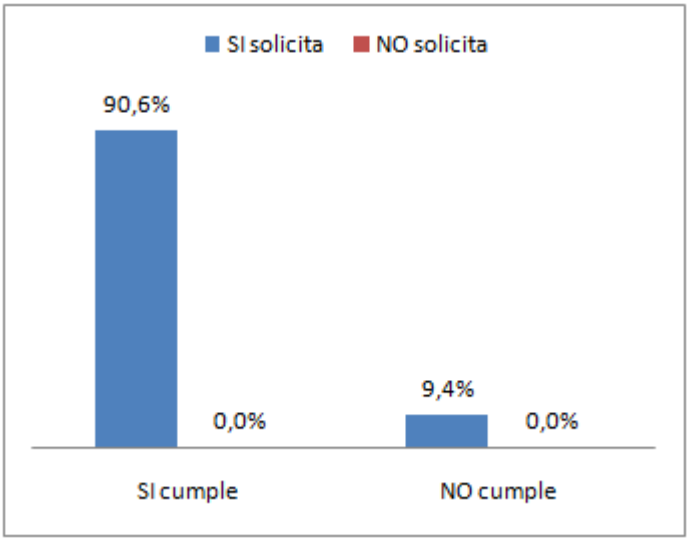
UNIDAD DE SALUD	Frecuencia	Porcentaje
NUMERO 1	128	33,3%
CARANQUI	28	7,3%
ALPACHACA	34	8,9%
PRIORATO	16	4,2%
AMBUQUÍ	20	5,2%
CARPUELA	4	1,0%
EL TEJAR	38	9,9%
LA CAROLINA	8	2,1%
LA ESPERANZA	16	4,2%
LITA	6	1,6%
PUGACHO	10	2,6%
SALINAS	6	1,6%
SAN ANTONIO	69	18,0%
ZULETA	1	0,3%
Total	**384**	**100%**

Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.7 CUMPLIMIENTO DE REFERENCIAS

Se evaluó 384 referencias, de las cuales se encontró que el 90,6% (348) son referencias cumplidas, y el 9,4% (36) no se cumplen principalmente por falta de asistencia del paciente. (Grafico N°1)

Grafico 1. Cumplimiento de referencias realizadas

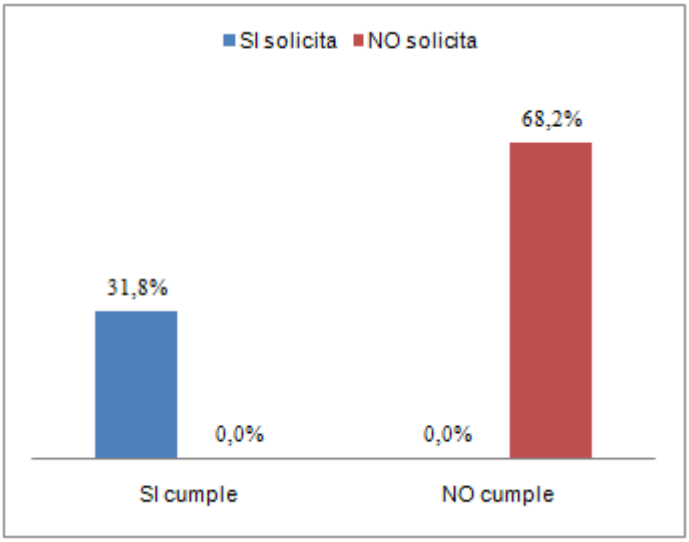


Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.8 CUMPLIMIENTO DE CONTRAREFERENCIAS

Se observó de los 384 referencias evaluadas, el 31,8% (122) son contrareferencias cumplidas, y el 68,2% (262) no son contrareferencias cumplidas por falta de solicitud del médico que realizo la atención. (Grafico N°2)

Grafico 2. Cumplimiento de contrareferencias realizadas

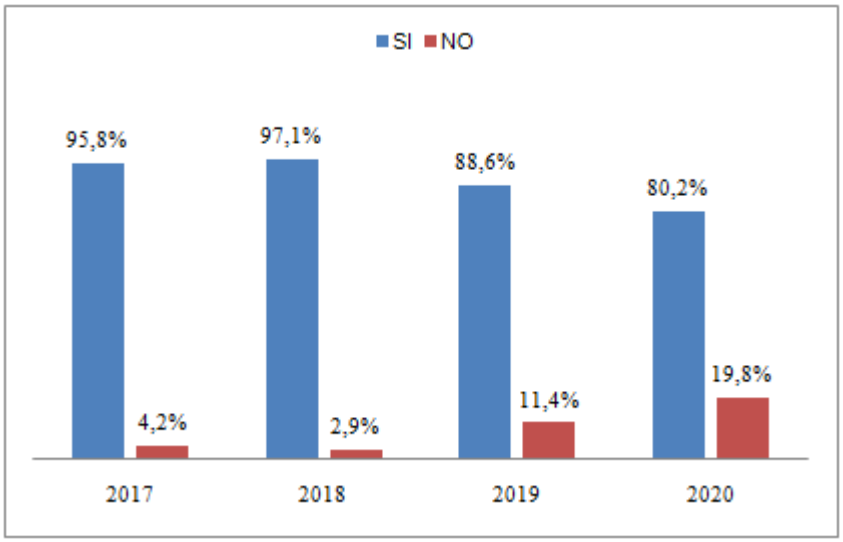


Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.9 DISTRIBUCION DE REFERENCIAS CUMPLIDAS ENTRE EL AÑO 2017 A 2020

En el año 2018 se encontró que el 97,1% son referencias cumplidas, y en el año 2020 se cumplieron el 80,2%. Los años 2019 y 2020 marcan la diferencias en relación a las referencias cumplidas con una p<0,05. (Grafico N°3)

Grafico 3. Distribución de referencias cumplidas anuales

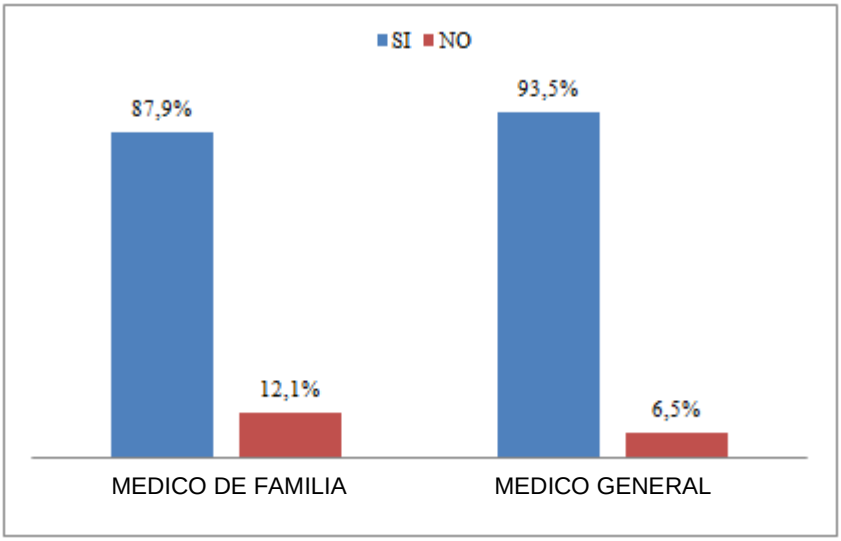


Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.10 REFERENCIAS CUMPLIDAS ENTRE MEDICO FAMILIAR Y MEDICO GENERAL

Se observó que no existe diferencia estadísticamente significativa con una p>0,05 en las referencias cumplidas, debido que existe una similitud en cumplimiento de las referencias en las unidades con médico de familia con un 87,9% y con médicos generales con un 93,5%. (Grafico N°4)

Grafico 4. Referencias cumplidas entre médico familiar y medico general

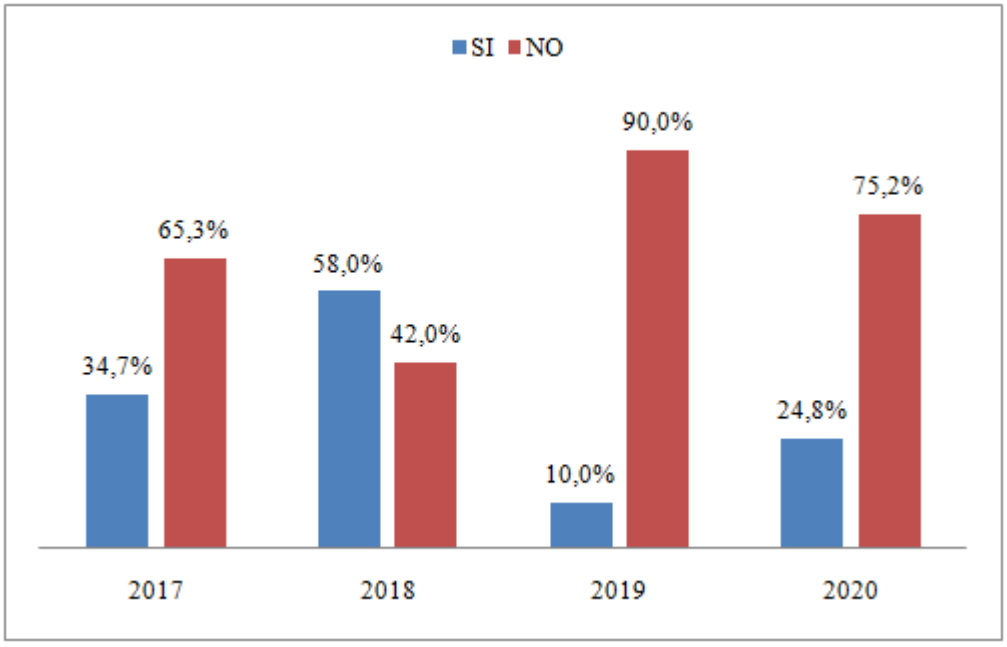


Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

4.11 DISTRIBUCION DE CONTRAREFERENCIAS ENTRE EL AÑO 2017 A 2020

En el año 2018 se encontró que el mayor número de contrareferencias fueron cumplidas con el 58,0%, y en el año 2019 fueron cumplidas un bajo porcentaje con el 10,0%. (Grafico N°5)

Grafico 5. Distribución de contrareferencias cumplidas anuales



Fuente: Matriz referencias y contrareferencias, 2017- 2020
Elaborado por: las autoras

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En el estudio realizado por Fernández et al., en los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina, demostró que sólo cuatro países del total de 16 países encuestados, se pudieron observar un sistema bien definido de control de las referencias recibidas en el hospital y de las contrarreferencias emitidas a los establecimientos de salud de origen, mientras que en nuestra investigación se determinó que la mayoría de pacientes tienen referencias solicitadas y cumplidas, pero no tienen contrareferencias solicitadas ni cumplidas; por lo tanto al no mantener un adecuado control del sistema de referencia y contrareferencia, no se puede llevar un registro a cabalidad para dar seguimiento y control de los pacientes referidos, en algunos casos se desconoce si los pacientes referidos tuvieron acceso a los servicios de salud y por otro lado nos queda la incertidumbre si fueron contrareferidos o se mantienen recibiendo tratamiento en la unidad de tercer nivel. Al igual que Fernández y sus colaboradores mencionaron que los mayores inconvenientes se observaron en el sistema de contrarreferencia, situación que limita la retroalimentación al personal de salud del primer nivel de atención primaria, e incluso, a los del segundo nivel.

En la presente investigación los principales criterios de referencia en pacientes con hipertensión arterial grado 3 asociada con otras complicaciones clínicas (disección aórtica aguda, isquemia miocárdica aguda o insuficiencia cardíaca aguda), HTA refractaria a tratamiento y un bajo porcentaje la emergencia hipertensiva (hipertensión grado 3) con daño de órgano blanco agudo, y según José Díaz Novás en su investigación “Capacidad resolutiva de los servicios de urgencias en la atención primaria” indicó que dentro de las diez causas principales de referencia fueron por afectaciones cardiovasculares, de 495 pacientes atendidos en la unidad por emergencia hipertensiva (hipertensión grado 3) con daño de órgano blanco agudo se refirieron el 8%, además se reporta referencias con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda, isquemia miocárdica aguda pero sin indicación de estar asociado a hipertensión arterial.

Según José Díaz Novás en su investigación “Capacidad resolutiva de los servicios de urgencias en la atención primaria” también cabe señalar que la mayoría de pacientes referidos fueron diagnosticados de diabetes mellitus descompensada, que en muchas ocasiones requiere de un período de observación y tratamiento prolongado para compensar el origen de su descompensación. De 655 pacientes fueron remitidos con este diagnóstico el 27%, mientras que en el presente estudio representó el 45% de los pacientes referidos.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES:

- Se evidenció que las referencias fueron enviadas por médico de familia con un 51.8% con una pequeña diferencia de las enviadas por medico generales con un 48.2%.
- De los criterios de referencia de diabetes mellitus, la descompensación aguda (cetoacidosis diabética, estado con hiperosmolar hiperglucémico, hipoglucemia, que requieran hospitalización) fue la principal causa de envió de referencia con un 45.4%.
- De los criterios de referencias de hipertensión arterial, la hipertensión grado 3 asociada con otras afecciones clínicas (disección aórtica aguda, isquemia miocárdica aguda o insuficiencia cardíaca aguda) fue el motivo de mayor envió con el 41.6%.
- La mayoría de pacientes con patologías como diabetes mellitus e hipertensión arterial que hacen uso del proceso de referencia son de género femenino y grupo etario adultos mayores.
- Las unidades de salud de la ciudad de Ibarra que realizan con mayor frecuencia referencias son el centro de salud numero 1, seguido del centro de salud de san Antonio, debido a que estas unidades cubren una población de 98.852 y 22.049 habitantes respectivamente.
- Se observó que no existe diferencia estadísticamente significativa en el cumplimento de referencias entre médicos familiares y medico general.
- Se evidenció un inadecuado registro de datos en la historia clínica que facilite el seguimiento de pacientes con contrarefencias.

6.2 RECOMENDACIONES

- Generar un proceso de formación continua por parte de las instituciones de salud para el proceso de referencias y contrareferencia por los profesionales de la salud.
- Ampliar acciones de prevención en la comunidad, así como en aquellos que cursan con enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- Mejorar el proceso de gestión de referencia y contrareferencia mediante una auditoría interna de procesos de atención.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Posiblemente la limitación para el estudio fue la dificultad para la recolección de los datos, sobre todo de contrareferencia, ya que no existe una matriz de seguimiento de contrareferencias.

BIBLIOGRAFÍA

ADA, A. D. (2019). Nueva Guía 2019 sobre Diabetes. *IntraMed* .

ALAD. (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y. *ALAD* , 1-22.

Araiza, M., Blengio, J., & Pérez, A. (2019). *Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e.* INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Casado, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. *Actualizacion en medicina de familia* , 79-86.

Collado, R. O. (2013). *Introducción a la Medicina Familiar.* Lima, Perú: Act Médica Peru.

Comercio. (2019). *Hipertensión arterial supera los 5 700 egresos hospitalarios al año.* Comercio E.

Díaz, J. (2008). Resolutive capacity of the emergency services in primary health care. *Revista Cubana Medicina General Integral*.

Ecuador, G. N. (2008). la salud en la nueva constitucion. *ministerio de salud publica, organizacion panamericana de la salud* .

Giraldo, Á. F. (2015). *El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud.* Medellin, Colombia: Rev. Fac. Nac. Salud Pública.

Gómez-Clavelina, F. J. (2014). La competencia profesional clínica del especialista en medicina familiar. *Atencion Familiar* , 101-102.

Moliner, J., Domiguez, M., & Gonzales, C. (2018). *Fisterras Guias Clinicas - Hipertension arterial.* España.

MSP. (2013). *Norma del subsistema de referencia, derivación contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud.* Ecuador.

MSP. (2014). *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud .* Quito, Ecuador: ISBN 978-9942-07-573-4.

MSP. (2014). *Subsistema de referencia,derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud.* Quito: La caracola.

MSP, M. d. (2017). *Diabetes Mellitus tipo 2: Guía de Práctica Clínica.* Quito.

MSP, M. d. (2019). *Hipertensión Arterial: Guía de Práctica Clínica.* Quito.

Natalia Romero, R. D. (2006). *La medicina familiar en Ecuador.* Ecuador: Elsevier.

OMS. (2018). De Alma-Ata a Astaná 2018. *Organizacion mundial de la salud, organizacion panamericana de la salud* .

OMS. (2018). Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná. *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD* .

OMS. (2008). *Regreso a Alma-Ata.* Gran Bretaña : The Lancet.

OMS. (2003). Sistemas de salud. *Organizacion mundial de la salud* .

OMS, O. M. (2012). *Siete golpes contra la hipertension.*

OMS/OPS. (2018). La diabetes, un problema prioritario de salud pública en el Ecuador y la región de las Américas. *Organizacion Mundial de la Salud, Organizacion Panamericana de la Salud* .

Ortega, M. Á. (2016). Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina. *Revista Brasilera de Medicina Familiar y Comunidad* , 37-45.

Ortega, M. A. (2016). *Los Sistemas de Referncia y Contrareferencia de pacientes en America Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar.* Rio de Janeiro: Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

PLM. (2018). Diabetes Mellitus tipo 2. *Boehringer Ingelheim* .

Puente, J. R. (2018). *Hipertensión arterial.* españa: elsevier.

Rodrigo Henríquez Trujillo, G. S. (2011). *La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso.* Ecuador: Revista Médica Vozandes.

Tagle, R. (2018). DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Revista Médica Clínica Las Condes* , 12-20.

Vignolo Julio, M. V. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud.* Uruguay: Arch Med Interna.

Williams, B. e. (2019). Guia ESC/ESH 2018 sobre el diagnostico y tratamiento de la Hipertension arterial. *Revista española de Cardiología* , 4-16.

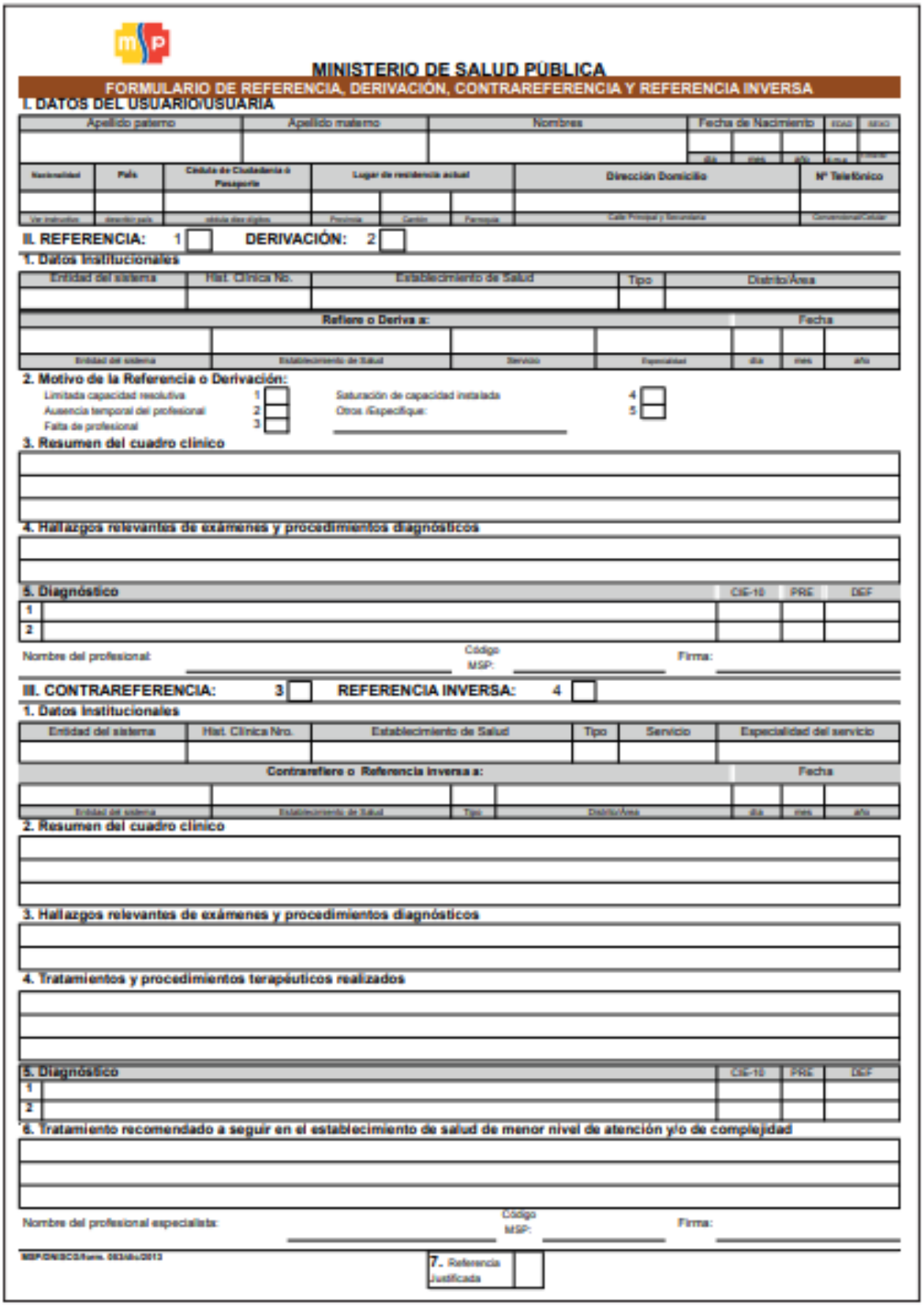
ANEXOS

ANEXO 1: FORM 053 - HOJA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA

NIVEL DE ATENCIÓN	NIVEL DE COMPLEJIDAD	CATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NOMBRE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	1° NIVEL DE COMPLEJIDAD	I-1	PUESTO DE SALUD
	2° NIVEL DE COMPLEJIDAD	I-2	CONSULTORIO GENERAL
	3° NIVEL DE COMPLEJIDAD	I-3	CENTRO DE SALUD – A
	4° NIVEL DE COMPLEJIDAD	I-4	CENTRO DE SALUD – B
	5° NIVEL DE COMPLEJIDAD	I-5	CENTRO DE SALUD – C
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	**AMBULATORIO**		
	1° NIVEL DE COMPLEJIDAD	II-1	CONSULTORIO DE ESPECIALIDAD
		II-2	CENTRO DE ESPECIALIDADES
	2° NIVEL DE COMPLEJIDAD	II-3	CENTRO CLÍNICO – QUIRÚRGICO (HOSPITAL DEL DÍA)
	HOSPITALARIO		
	3° NIVEL DE COMPLEJIDAD	II-4	HOSPITAL BÁSICO
	4° NIVEL DE COMPLEJIDAD	II-5	HOSPITAL GENERAL
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	**AMBULATORIO**		
	1° NIVEL DE COMPLEJIDAD	III-1	CENTROS ESPECIALIZADOS
	HOSPITLARIO		
	2° NIVEL DE COMPLEJIDAD	III-2	HOSPITAL ESPECIALIZADO
	3° NIVEL DE COMPLEJIDAD	III-3	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN	1° NIVEL DE COMPLEJIDAD	IV-1	CENTROS DE EXPERIMENTACIÓN PRE REGISTRO CLINICOS
	3° NIVEL DE COMPLEJIDAD	IV-2	CENTROS DE ALTA SUBESPECIALIDAD
NIVEL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIO	1° NIVEL DE COMPLEJIDAD	APH-1	UNIDAD DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE TRANSPORTE Y SOPORTE VITAL BÁSICO
	2° NIVEL DE COMPLEJIDAD	APH-2	UNIDAD DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO
	3° NIVEL DE COMPLEJIDAD	APH-3	UNIDAD DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE SOPORTE VITAL ESPECIALIZADO

FUENTE: MSP. (2014). *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud .* Ecuador

ANEXO 2: FORM 053 - HOJA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	EDAD	SEXO
			día mes año	Años Meses	H/M

Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio	Nº Telefónico
Ver instructivo	diseñito país	última diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área

Refiere o Deriva a:				Fecha		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutiva	1 ☐	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesional	2 ☐	Otros (Especifique:	5 ☐
Falta de profesional	3 ☐		

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

Nombre del profesional: Código MSP: Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

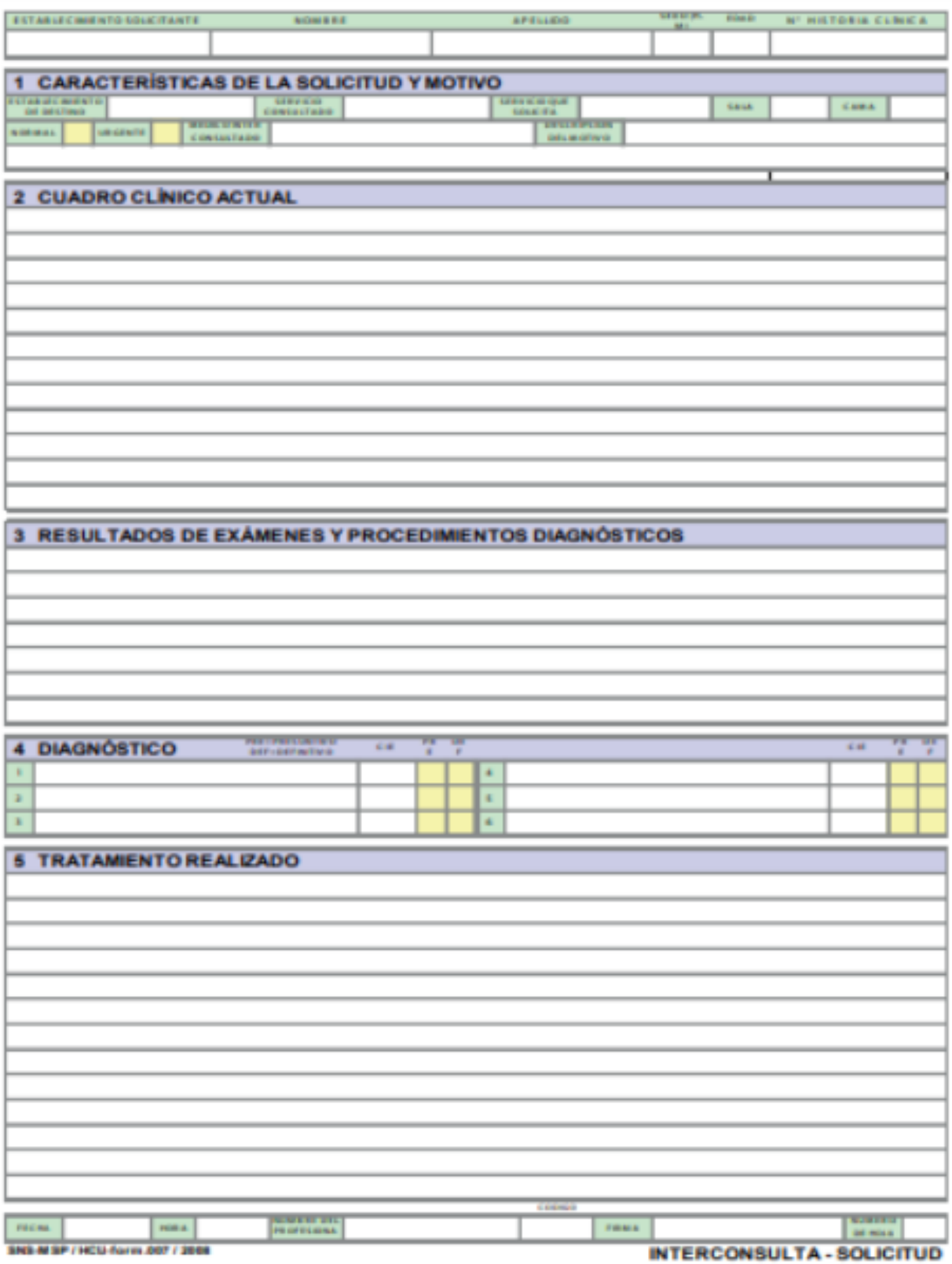
6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma:

MSP/DNS/SCD/Form. 053/dic/2012

7. Referencia Justificada ☐

ANEXO 3: FORM 007 – HOJA DE INTERCONSULTA



ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M/F	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA

1 CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO		SERVICIO CONSULTADO		SERVICIO QUE SOLICITA		CAMA		CAMA	
NORMAL		URGENTE		MEDICO/A DE CONSULTADO		DESCRIPCION DEL MOTIVO			

2 CUADRO CLÍNICO ACTUAL

3 RESULTADOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4 DIAGNÓSTICO

	PRE / PRESUNTIVO DEFINITIVO	C.I.E.	P	D		PRE / PRESUNTIVO DEFINITIVO	C.I.E.	P	D
1					4				
2					5				
3					6				

5 TRATAMIENTO REALIZADO

FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		FIRMA		SELLO

SNS-MSP / HCU-form.007 / 2008

INTERCONSULTA - SOLICITUD