

UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSGRADO



TESIS DE POSGRADO

**EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS REFERIDOS AL
SERVICIO DE EMERGENCIAS. HOSPITAL JAPONÉS. SEGUNDO
SEMESTRE 2018.**

Por:

Virginia Nina Villarroel

Tesis presentada a consideración de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, como requisito para la obtención del título de Master en Enfermería Neonatológica y Pediátrica.

**Santa Cruz, Estado Plurinacional de Bolivia
2018**

APROBADO

TRIBUNAL:

POSGRADO EN SALUD

LUGAR Y FECHA: _____

El tribunal calificador de la presente tesis no se solidariza con la forma, términos, modos y expresiones vertidas en la misma, siendo únicamente responsabilidad de la autora.

DEDICATORIA

Este estudio lo dedico a todas las madres que sacan adelante a sus hijos sin la ayuda de nadie, las veo llegar a la emergencia con mucho miedo y temor pero a la vez con entereza y decisión para socorrer a sus hijos.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a Dios, por darme la vida y darme una familia que me acompaña siempre.

En segundo lugar quiero agradecer a mi familia, en especial a mi esposo por ser mi compañero en estos emprendimientos.

En tercer lugar a la Universidad Juan Misael Saracho por abrirnos las puertas y permitirnos obtener este grado académico.

INDICE DE CONTENIDO

Capítulo I:

INTRODUCCIÓN	1
1. Problema de investigación	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	6
1.4.1 Relevancia científica	6
1.4.2 Relevancia social	6
1.4.3 Relevancia práctica	6
1.4.4 Relevancia personal.....	7
1.4.5 Novedad metodológica.....	7

Capítulo II:

2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Marco Conceptual	8
2.1.1 Conceptos asociados a referencia y contra referencias de pacientes.....	8
2.2. Marco Referencial.....	10
2.2.1 Las Redes de Salud	10
2.2.2 El sistema de referencia en Bolivia	10
2.2.3 Definición del sistema de referencia y contrareferencia	11
2.2.4 Estructura operativa de la referencia y la contrareferencia en Bolivia.....	12

2.2.5 Características de la atención de salud.....	13
2.2.5.1 Redes funcionales de servicios de salud	13
2.2.5.2 Niveles de atención en salud	13
2.2.6 Información	14
2.2.6.1 Registro.....	14
2.2.6.2 Tecnología informática.....	14
2.2.7 Logística.....	15
2.2.7.1 Comunicación	15
2.2.7.2 Isocronas	15
2.2.7.3 Transporte.....	16
2.2.7.4 Equipamiento e insumos.....	16
2.2.8 Equipo de salud.....	17
2.2.9 Funcionamiento de la Referencia y Contrareferencia	17
2.2.9.1 Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.....	17
2.2.9.2 Criterios de la Referencia y Contrareferencia	21
2.2.9.3 Procedimientos generales de la Referencia y Contrareferencia	23
2.2.10 El transporte pediátrico	24
2.2.10.1 Conceptos básicos del traslado y complicaciones	25
2.2.10.2 Episodios adversos durante el traslado del paciente pediátrico	26
2.2.11 Cuidados de enfermería en traslado de pacientes	27
2.2.11.1 Evidencia científica y precauciones	27
2.2.11.2 Equipamiento necesario.....	29
2.2.11.3 Descripción del procedimiento	30
2.3 Hipótesis	34

Capítulo III:

3. DISEÑO METODOLÓGICO	35
3.1 Tipo de estudio	35
3.1.1 Enfoque de la investigación	35
3.2 Universo.....	36
3.3 Criterios de selección (De inclusión y exclusión)	36
3.4 Unidad de análisis.....	36
3.5 Población de estudio.....	37
3.6 Muestra	37
3.7 Operacionalización de las variables.....	38
3.8 Recolección de datos.....	43
3.9 Plan de análisis estadístico.....	45
3.10 Aspectos éticos.....	45

Capítulo IV:

4. RESULTADOS.....	47
4.1. Presentación de resultados y análisis.....	47
4.2 Discusión	79

Capítulo V:

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
5.1 conclusiones	81
5.2 Recomendaciones	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS	87

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.- Edad del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	47
Cuadro 2.- Sexo del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	49
Cuadro 3.- Lugar de referencia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	51
Cuadro 4- Diagnóstico patológico del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	53
Cuadro 5- Estado de conciencia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	55
Cuadro 6.- Signos vitales del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	57
Cuadro 7.- Agente de traslado que trae al paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.	59
Cuadro 8.- Eventos adversos en vías venosas de acceso del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	61
Cuadro 9.- Eventos adversos en sondas del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.	63

Cuadro 10.- Eventos adversos en el sistema de oxigenoterapia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	65
Cuadro 11.- Eventos adversos con la higiene del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018. ...	67
Cuadro 12.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de material para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	69
Cuadro 13.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de equipos para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	71
Cuadro 14.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la coordinación con el personal médico para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	73
Cuadro 15.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de personal para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	75
Cuadro 16.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la coordinación con el personal de transporte (ambulancia) para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Edad del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	47
Gráfico 2.- Sexo del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	49
Gráfico 3.- Lugar de referencia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	51
Gráfico 4- Diagnóstico patológico del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	53
Gráfico 5- Estado de conciencia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	55
Gráfico 6.- Signos vitales del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	57
Gráfico 7.- Agente de traslado que trae al paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.	59
Gráfico 8.- Eventos adversos en vías venosas de acceso del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	61
Gráfico 9.- Eventos adversos en sondas del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.	63

Gráfico 10.- Eventos adversos en el sistema de oxigenoterapia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.....	65
Gráfico 11.- Eventos adversos con la higiene del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018. ...	67
Gráfico 12.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de material para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	69
Gráfico 13.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de equipos para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	71
Gráfico 14.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la coordinación con el personal médico para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	73
Gráfico 15.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de personal para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	75
Gráfico 16.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la coordinación con el personal de transporte (ambulancia) para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.	77

RESUMEN

Muchos niños por su estado de salud, que acuden a Centros de primer nivel de atención, necesitan con urgencia asistencia especializada, para lo cual deberán ser trasladados a un centro de mayor complejidad. Actualmente el Área de Pediatría del Servicio de Emergencias del Hospital Japonés recibe pacientes a través del sistema de referencias y contra referencias. El estudio es descriptivo, transversal de enfoque mixto. La muestra lo han conformado 49 pacientes y 25 enfermeras de Centros de primer nivel. Las conclusiones fueron: La mayoría de pacientes tenían entre de 4 a 6 años de edad, mayormente varones desde centros de primer nivel. Los pacientes llegaron en estado de confusión y con respiración alterada, en el servicio de ambulancias de la localidad. Con vía venosa permeable, sonda sujeta, sistema de oxígeno instalado correctamente. La mayoría de profesionales de enfermería de establecimientos de primer nivel, refieren que no siempre hay disponibilidad de material, si disponibilidad de equipos, siempre se coordina con personal médico y que mayormente se usa el servicio de ambulancias 106. Las recomendaciones a los profesionales de enfermería: Mantener los equipos de oxigenación funcionales y mantener en stock los medicamentos del carro de paro. A la jefatura de enfermería: Coordinar con autoridades la existencia de equipo de comunicaciones para comunicarse con personal de ambulancia durante el traslado. Al personal de salud de los Centros de Salud: Tratar lo mejor posible al paciente al referirlo. Poner al tanto de sus superiores el estado en el que se trabajan las referencias pediátricas.

Palabras clave: Paciente pediátrico, Referencia, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El éxito en la calidad del sistema asistencial requiere organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención. Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos (1,2).

Las demandas cada vez más crecientes de atención médica de la población, la transición epidemiológica que vive cada país y sus regiones, y la necesidad de incrementar la calidad de la atención de salud ofrecida al usuario de todas las edades, han convertido al traslado de pacientes en una medida cada vez más utilizada y necesaria. Esta realidad ha llevado a que las autoridades correspondientes diseñen un sistema de referencias y contra referencias de los pacientes que acuden a los distintos niveles de atención en el país. Este sistema engloba a muchos profesionales desde camilleros, personal de traslado y ambulancias hasta enfermeras y médicos y personal administrativo. Todos los sistemas de salud, a nivel de cada país, estructuran la forma de atención que debe recibir un paciente con una determinada patología. Cada administración de cada hospital coordina con las autoridades de cada servicio hospitalario los requisitos que debe reunir un paciente para poder ser trasladado o referido a un nosocomio de mayor nivel o complejidad que pueda atender de manera idónea a un paciente.

Las referencias y contra referencias se utilizan como una estrategia multidisciplinaria entre unidades operativas de los distintos niveles de atención (Hospitales especializados), para facilitar la vinculación de los pacientes y los especialistas de salud, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Tradicionalmente se identifican tres niveles. Primer nivel: permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en la atención de la salud. Constituye la puerta de entrada al sistema de salud y da cobertura a 100% de la población que habita en un territorio determinado. Si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, puede resolver 80% de los problemas de la población. Segundo nivel: responde a necesidades menos frecuentes y que requieren para su resolución de procedimientos más complejos. Se estima que entre el primer y segundo nivel se podría satisfacer hasta 90%-95% del total de necesidades de salud de la población. Tercer nivel: se reserva para la atención de los problemas poco frecuentes y que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (3,4).

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente el Área Pediátrica del Servicio de Emergencias del Hospital Japonés recibe y despacha pacientes pediátricos a través del sistema de referencias y contra referencias vigente. Sin embargo, se ha observado en los distintos turnos laborales que los pacientes pediátricos referidos no llegan en las condiciones mínimamente permitidas para garantizar un adecuado traslado a otro nosocomio, poniendo muchas veces, la vida de los pacientes en riesgo.

Muchos pacientes pediátricos llegan sin vías de inserción venosa, las sondas mal colocadas, el suministro de oxígeno mal instalado, en un estado de aseo deplorable, con la documentación clínica y administrativa incompleta. Esta problemática es atendida principalmente por el personal de enfermería del Área Pediátrica del Servicio de Emergencias del Hospital Japonés, que muchas veces tiene que volver a ocupar tiempo para instalar algunos dispositivos para estabilizar al paciente; y en muchos casos como resultados de errores cometidos en el traslado del paciente, ya se han ocasionado daños

irreversibles que hubiesen podido prevenirse con una mejor atención desde el lugar del que es referido el paciente.

El propósito del presente estudio consistió en identificar y describir la problemática que envuelve al paciente pediátrico referido y los profesionales de enfermería que llevan cabo la referencia de un centro de primer nivel a otro de tercer nivel.

Básicamente el problema consiste en el estado de tres componentes con los cuales podemos evaluar una referencia:

La primera parte de la problemática es el estado del paciente, es decir, el estado en el que llega el paciente con su patología y su estado de gravedad.

La segunda parte de la problemática es la documentación e información clínica con la que llega el paciente, esta información es vital para poder tener una visión del estado general del paciente y del porque está siendo referido. Si los datos clínicos del paciente llegan incompletos o con errores, estos no sumarán a la atención que debe recibir, urgentemente, el paciente.

La tercera parte de la problemática tiene que ver con la medicación y los dispositivos instalados en el paciente, como vías de acceso vascular, sondas, etc. Si estas no están bien identificadas, como el caso de los fluidos, o no debidamente instaladas, como en el caso de las sondas y la vía de oxígeno, se pueden cometer errores como una sobre dosificación de algún medicamento o una interrupción de algún suministro vital.

Toda la problemática que conlleva el atender a los pacientes pediátricos referidos actualmente no está documentada ni estudiada, solamente quedan los registros de ingreso y egreso.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la problemática que enfrenta el personal de enfermería ante los eventos adversos que presentan los pacientes pediátricos referidos al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés en el 2do semestre de la gestión 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Describir la problemática que enfrenta el personal de enfermería ante los eventos adversos que presentan los pacientes pediátricos referidos al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés en el 2do semestre del 2018

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a los pacientes pediátricos que llegan referidos según: edad, sexo, diagnóstico patológico, nivel de referencia.
2. Identificar el estado general de salud de los pacientes pediátricos que llegan como referencia según estado de conciencia y signos vitales.
3. Identificar los eventos adversos que se presentan en los pacientes pediátricos referidos.
4. Describir los factores que afectan a la enfermera del centro de salud al realizar las referencias según el material y equipos disponibles, coordinación con el equipo médico, disponibilidad del personal y coordinación con el equipo de transporte.

1.4 Justificación

1.4.1 Relevancia científica

La presente investigación tiene relevancia científica por cuanto demostrará a través del método científico la situación real en que los pacientes pediátricos son referidos de un centro de salud u hospital a otro, exponiendo no solo el estado en el que son trasladados, sino el riesgo de mortalidad a los que son expuestos por los errores que se cometen al preparar al paciente para su referencia a un centro de atención de mayor nivel. Ya que al poner en evidencia la problemática de las referencias pediátricas podremos evaluar la situación y conocer los errores más comunes para poder plantear soluciones y recomendaciones.

1.4.2 Relevancia social

La investigación tiene relevancia social porque al demostrar la problemática real de los pacientes pediátricos referidos se podrá intervenir con medidas que estén dirigidas a evitar exponer al paciente a una referencia con errores que pueden poner en riesgo su vida y con ello evitar alargar el periodo de estancia hospitalaria, lo que se traduce en menos gastos para la familia y menos problemas para el entorno del paciente. La investigación también es relevante a nivel social porque involucra a los agentes sociales de la salud que son los profesionales de enfermería, quienes son los encargados de recibir a los pacientes que vienen referidos de otro hospital o centro de salud.

1.4.3 Relevancia práctica

El aporte práctico de la investigación se fundamenta en la aplicación del método científico en la práctica de la enfermería como profesión en la faceta

asistencial, ya que es el personal encargado de enviar y recibir al paciente por medio de las actividades y cuidados de enfermería aplicados con una base científica. Se intenta demostrar que los cuidados de enfermería no siempre están bien aplicados en los pacientes que se refieren a otros hospitales de mayor o menor nivel, en la práctica de la profesión influyen muchos factores al momento de llevar a cabo los cuidados de enfermería.

1.4.4 Relevancia personal

La investigación a nivel personal contribuye al investigador a adquirir la experiencia laboral al interactuar con los pacientes pediátricos que son referidos al Servicio de emergencia del Hospital Japonés. Por medio de la observación el presente estudio permitirá conocer aún más la problemática que enfrentan los pacientes y el personal de enfermería durante la recepción de los pacientes referidos.

1.4.5 Novedad metodológica

El tema central de estudio es novedoso, por cuenta no existen registros impresos ni digitales en internet de estudios similares llevados a cabo en el Hospital Japonés. Además, en el estudio se involucrarán no solo a los profesionales de enfermería, sino también a los pacientes que son referidos de otros hospitales o centros de salud, complementando así la información para poder analizarla.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Conceptos asociados a referencia y contra referencias de pacientes

Evento adverso: Es una complicación, que puede ocurrir producto de una intervención sanitaria en una persona que necesita dicha intervención, los eventos adversos pueden estar identificados o puede ser fortuitos.

Referencia: Es la remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional.

Contrareferencia: Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar con la atención integral.

Criterios de Referencia: Son los argumentos o parámetros, incluidos en las Normas y protocolos de atención vigentes, las Guías de Atención con Procedimientos Interculturales de la Medicina Tradicional y otros que orientan para la referencia/contrareferencia de un usuario/a.

Traslado: Son las diferentes acciones, realizadas para llevar a uno o varios usuarios de un establecimiento de salud a otro.

Establecimiento referente: Es el establecimiento de menor capacidad resolutive que refiere usuarios a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Establecimiento receptor: Es el establecimiento de mayor capacidad resolutive que recibe al usuario referido de otro establecimiento de menor capacidad resolutive.

Urgencia: Es todo accidente o proceso patológico de aparición súbita que pone en riesgo la vida si no recibe auxilio y atención inmediata.

Emergencia: Es todo proceso patológico que sin poner en riesgo inminente la vida requiere auxilio y atención inmediata, ya sea porque la persona que lo padece sufrió un trauma físico, siente dolor intenso, presenta una crisis psicoemocional o puede sufrir complicaciones serias en las próximas 48 Hrs.

Traslado: Son las diferentes acciones, realizadas para llevar a uno o varios usuarios de un establecimiento de salud a otro.

Contrareferencia adecuada: Es la remisión del usuario del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive al establecimiento de salud que origino la referencia - cumpliendo con el llenado de instrumentos de registro adecuado - una vez que este recibió el diagnóstico, tratamiento y manejo correspondiente según normativa, para que se le pueda realizar el seguimiento al tratamiento y control respectivo.

2.2. Marco Referencial

2.2.1 Las Redes de Salud

El funcionamiento en red de un sistema de salud apunta a mejorar la eficiencia de los servicios a través de un enfoque integrado de cuidados, y constituye un modelo asistencial novedoso que implica el desafío de superar la fragmentación de la atención mediante la coordinación asistencial (5,6).

Las redes de salud tienden a la asociación entre centros asistenciales, lo que da lugar a un nivel de eficiencia y cooperación al que difícilmente se podría acceder por otros mecanismos. Esto implica una construcción que atraviesa espacios institucionales y personales, comienza con el conocimiento de los involucrados y del camino que transitan los pacientes cuando ingresan en la red, y requiere una compleja coordinación asistencial. Esta última ha sido evaluada hasta el momento mediante diversas estrategias e instrumentos, y su optimización es una prioridad para los sistemas de salud (7,8).

2.2.2 El sistema de referencia en Bolivia

La decisión de referir pacientes a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive puede salvar la vida de la persona, por ello para el funcionamiento de este componente se debe interactuar con la estructura social, efectivizando la gestión participativa y control social en salud, de modo tal que la comunidad, en su totalidad, conozca las características y los objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada, entre el equipo de salud de los establecimientos con las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia (9,10,11,12).

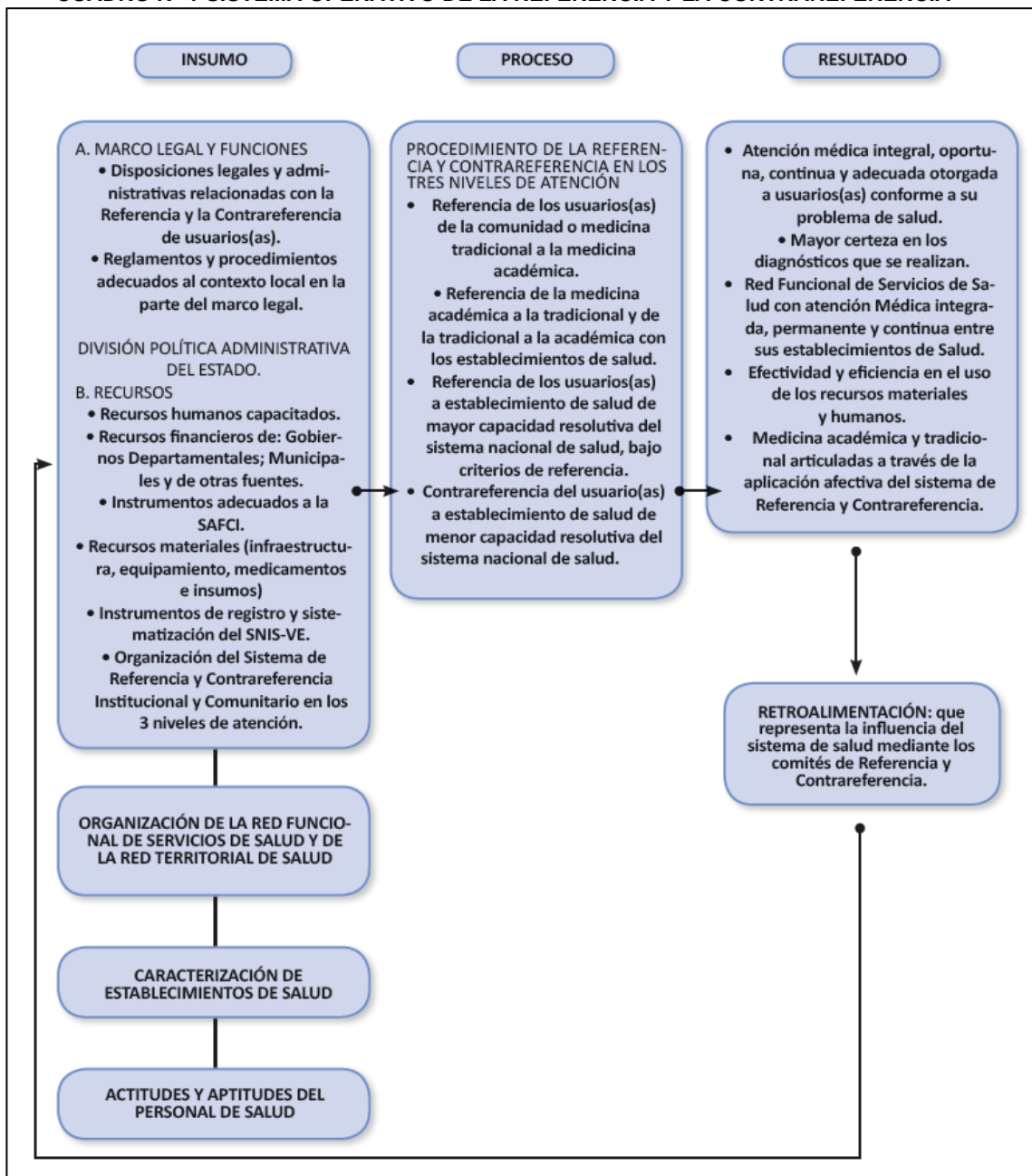
En Bolivia, el Sistema de Referencia y Contra Referencia, se comenzó a implementar en los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención, en el año 1996, realizándose su última actualización en el 2008 (Norma Nacional de Referencia y retorno), con el objetivo de que todos los Servicios de Salud, actúen en el marco de una Red de Servicios, la cual nos ofrece respaldo y seguridad, de esta forma los servicios de salud pueden funcionar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este Sistema, si bien es de antigua data, todavía debe ser desarrollado, creando los vínculos institucionales (comunicación), que son los eslabones, que nos permiten unir a todos los Centros de Salud. Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro de mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada.

2.2.3 Definición del sistema de referencia y contrareferencia

Es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos del Sistema Único de Salud, que incluye los diferentes subsectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro la Red Funcional de Servicios de Salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive en caso que el usuario requiera tratamiento, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia), una vez resuelto el problema de salud del usuario garantiza que este sea contra referido a su establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior (13).

2.2.4 Estructura operativa de la referencia y la contrareferencia en Bolivia (14)

CUADRO N° 1 SISTEMA OPERATIVO DE LA REFERENCIA Y LA CONTRAREFERENCIA



2.2.5 Características de la atención de salud

2.2.5.1 Redes funcionales de servicios de salud

Es el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad, para garantizar la capacidad resolutive en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y daño.

2.2.5.2 Niveles de atención en salud

Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable, se reconoce tres niveles de atención, según su capacidad resolutive, descritos en la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud. Los Niveles de Atención son un conjunto de Establecimientos de Salud que, de acuerdo a su capacidad resolutive, se clasifican en: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel. Para complementar con descripciones específicas relacionadas a la atención en salud deben referirse a normas específicas (Norma de caracterización de establecimientos de salud de Primer nivel). El acceso al Sistema Único de Salud se inicia en:

- **Establecimientos de primer nivel:** Puesto de Salud, Centro de Salud con internación, Centro de Salud ambulatorio, Centro de Salud Integral Urbano/Rural. Estos aplicables a todos los subsectores de salud, según normativa específica.

- Equipos Móviles de Salud.
- Estructura social de Salud, Agente Comunitario de Salud (ACS) y/o Promotor de Salud.
- Médicos tradicionales, parteras y otros.

2.2.6 Información

Para la información son necesarios los instrumentos de registro de datos así como la tecnología informática

2.2.6.1 Registro

El registro se realiza en documentos oficiales del MSD, tales como:

- Expediente Clínico del paciente
- Formulario de Referencia
- Formulario de Contrareferencia
- Formulario – Referencia y Contrareferencia Comunitaria
- Cuadernos - hojas de registro del SNIS-VE
- Formulario de Informe Mensual de Producción de Servicios – 301
- Formulario de Consolidación de Información Hospitalaria.

2.2.6.2 Tecnología informática

Se cuenta con el “*Software* de Atención Primaria en Salud –SOAPS” para el primer nivel de atención y el “Sistema de Información Clínico Estadístico – SICE” para el segundo y tercer nivel de atención, herramientas informáticas desarrolladas por el SNIS a partir de los procesos de sistematización (cuadernos, hojas de registro), que contemplan los procesos de Referencia y

Contrareferencia y todo *software* o sistema que genere e implemente el MSD para su utilización.

2.2.7 Logística

Es parte de la estructura necesaria para el funcionamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia, tiene 4 componentes que se detallan a continuación:

2.2.7.1 Comunicación

Las características de este componente difieren según la ubicación de los establecimientos de salud. Tanto en las ciudades como en el área rural se cuenta con líneas telefónicas, líneas de fax, Internet, teléfonos celulares y radios, debiendo considerarse las particularidades en cada caso específico y la oferta de estos servicios. Sirve para realizar la coordinación de la Referencia y Contrareferencia del paciente, facilitará la articulación y relacionamiento entre los establecimientos de salud de la Red Funcional de Servicios de Salud, por lo que este sistema de comunicación debe estar disponible de manera continua y permanente e ininterrumpida.

2.2.7.2 Isocronas

Es la representación gráfica de desplazamientos dentro de la Red Funcional de Servicios de Salud que incluye mapas, distancias y tiempos; se distinguen 3 categorías: Entre establecimientos de salud y comunidades, establecimientos de salud del mismo nivel, establecimientos de primer nivel y hospitales de referencia, así mismo puede incluir estado, tipo y transitabilidad de caminos y carreteras, estacionalidad anual de transitabilidad y otras que se considere importante conocer al momento de realizar la referencia de usuarios.

2.2.7.3 Transporte

El transporte de usuarios óptimamente y de primera elección debe ser realizado en vehículos que cuenten con ciertas características especiales (detalladas en la Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias) dependiendo la complejidad del problema de salud y que garantice el soporte vital del paciente, existen varios tipos de vehículos de transporte o ambulancias, así mismo debe contemplarse las características con las que tiene que contar el conductor asignado a realizar la referencia que garantice una conducción segura cumpliendo normativa de tránsito y normativa de Referencia y Contrareferencia. Debe considerarse también que algunas veces se refieren usuarios en diferentes tipos y vías de transporte que pueden ser fluvial, terrestre y aéreo, debiendo adaptar estos con las condiciones óptimas y adecuadas para el traslado de usuarios. Por la naturaleza de la propiedad del medio de transporte estos pueden ser públicos como ser camionetas, vagonetas, jeeps, deslizadores, avionetas u otros que pertenecen a alguna institución estatal o privados como taxis, camiones, aerotaxi, minibuses, lanchas u otros que pertenecen a privados y que requiere una remuneración económica que debe ser concertada y negociada en cada caso particular debiendo garantizarse el traslado del usuario.

2.2.7.4 Equipamiento e insumos

Cada ambulancia dependiendo de su tipo debe contar mínimamente con el equipamiento, medicamentos e insumos establecidos en la Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias, de forma permanente, continua y constante, de tal forma que permita en caso de una urgencia, poder trasladar inmediatamente al usuario con todas las medidas recomendadas. La gestión para la dotación y mantenimiento de equipamiento, medicamentos e insumos necesarios, es de responsabilidad de los directores de

establecimientos de salud como del Responsable Municipal, asegurando su disponibilidad inmediata en caso de urgencia y/o emergencias.

2.2.8 Equipo de salud

El equipo de salud está conformado por profesionales, Médicos Tradicionales y técnicos del área de salud, social y administrativo financiera, con funciones diferentes y bien definidas, desempeñan sus labores con un objetivo común, en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria, dentro y fuera del establecimiento de salud, articulándose con la estructura social comunitaria, complementándose con la medicina tradicional alternativa (indígena originaria campesina) y otras, para satisfacer las necesidades de las personas, las familias y las comunidades del área de influencia de su establecimiento.

2.2.9 Funcionamiento de la Referencia y Contrareferencia

Los requisitos para el funcionamiento de la Referencia y Contrareferencia son:

2.2.9.1 Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud

La Red Funcional de Servicios de Salud del Sistema Único de Salud está conformadas por un conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles, que cuentan con diferentes capacidades resolutivas.

- **Equipo de Salud**

El Equipo de Salud de cada uno de estos establecimientos, en el marco de la gestión participativa y control social en salud y de acuerdo al nivel es el responsable de realizar las acciones de Referencia y Contrareferencia de usuarios.

• **Comité de Referencia y Contrareferencia**

El Comité de Referencia y Contrareferencia es una instancia interinstitucional que debe analizar, monitorear y evaluar la aplicación de la norma de Referencia y Contrareferencia y su cumplimiento con enfoque de Calidad e Interculturalidad. El SEDES de cada departamento es el responsable de la conformación de sus Comités de Referencia y Contrareferencia para su implementación, análisis y evaluación, acorde a la estructura de las Redes Funcionales de Servicios de Salud, así mismo deberá realizar las gestiones necesarias para dar funcionalidad a este. De ser necesario se podrá convocar a otros sectores para poder fortalecer el sistema en caso que los comités vean necesario. Las recomendaciones del Comité de Referencia y Contrareferencia deben ser tomadas en cuenta para mejorar el Sistema Único de Salud en cada uno de los niveles de gestión, en base a competencias y capacidades u otros problemas estructurales o sub-componentes incluidos en la norma. Se reconocen básicamente los siguientes comités:

a) A nivel de la Red Funcional de Servicios de Salud, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Coordinador de la Red en representación del SEDES, el o los responsables municipales de salud de la Red de cada municipio, el Director del hospital de segundo nivel, representante en salud del o de los Gobiernos autónomos municipales, representantes del o los concejos sociales municipales en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 4 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el CAI de Red.

b) A nivel Departamental, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Director del SEDES, Directores de hospitales de segundo y tercer nivel, representante en salud de la Asociación municipal del departamento, Representante del consejo social departamental en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 2 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el CAI Departamental.

c) A nivel Nacional, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el o la Ministra de Salud y Deportes, directores de SEDES, Representante de Directores de Hospitales de Tercer Nivel, representante de la Federación de Asociaciones Municipales, Representante del Concejo Social Nacional en representación de la sociedad civil. Se elegirán un Secretario de Actas y un vocal quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Tiene un carácter normativo, de evaluación y gestión. El Comité Nacional desarrollará su reglamento y considerará los indicadores pertinentes para evaluar su funcionamiento.

Los resultados de su deliberación serán expuestos y analizados en el CAI Nacional y Congreso Nacional de Salud si amerita.

d) Operativamente los subsectores en salud, diferentes al público, deberán conformar sus comités acordes a su estructura, que responda a los comités propuestos anteriormente y deben ser incorporados paulatinamente al Sistema Único de Salud.

Sus principales funciones son:

- Elaborar el Reglamento del Comité de Referencia y Contrareferencia.
- Asegurar y Garantizar el cumplimiento de la norma de Referencia y Contrareferencia.
- Es la instancia que evalúa la aplicación de los procedimientos en forma periódica mediante reuniones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo a un cronograma.
- Se podrá convocar y solicitar información de otras instancias de acuerdo a necesidad y requerimiento. Organizar con el centro coordinador nacional de emergencias y urgencias.
- Las funciones señaladas son enunciativas y no limitativas. Responsable de Referencia, Contrareferencia y servicios de emergencia/urgencia. Cada hospital de segundo y tercer nivel debe designar a un responsable de Referencia y Contrareferencia, quien en coordinación con servicio social serán encargados de:
 - o Orientar a los usuarios en procesos de Referencia y Contrareferencia.
 - o Desarrollar acciones que permitan la aplicación de la norma Referencia y Contrareferencia en su Red Funcional de Servicios de Salud.
 - o Coordinar la contrareferencia al establecimiento de origen.
 - o Supervisar el registro de datos en formularios de contrareferencia, cuadernos u hojas de registro del SNIS-VE.
 - o Hacer seguimiento a casos de urgencia y emergencia que se presenten en su red.
 - o Coordinar con los Centros Coordinadores Departamentales de urgencias y emergencias médicas.

2.2.9.2 Criterios de la Referencia y Contrareferencia

Para la referencia del paciente se tienen los siguientes criterios:

a) Toma de decisiones:

La referencia se origina cuando el problema de salud del paciente requiere de diagnóstico y/o tratamiento que supera la capacidad resolutoria del establecimiento o la instancia comunitaria al que asistió, puede ser de las siguientes formas:

- Atención médica de urgencia o emergencia, debiendo realizar el traslado de acuerdo a Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias.
- Traslado externo, por requerimiento del médico tratante que envía a otro profesional.
- Cuando el tratamiento que necesita el paciente tiene especialidades que superan el nivel de atención del establecimiento.

Cuadro N 2: Estructura de los comités de Referencia y Contrareferencia de red departamental



b) Selección del establecimiento para la referencia

Se toman en cuenta los siguientes criterios:

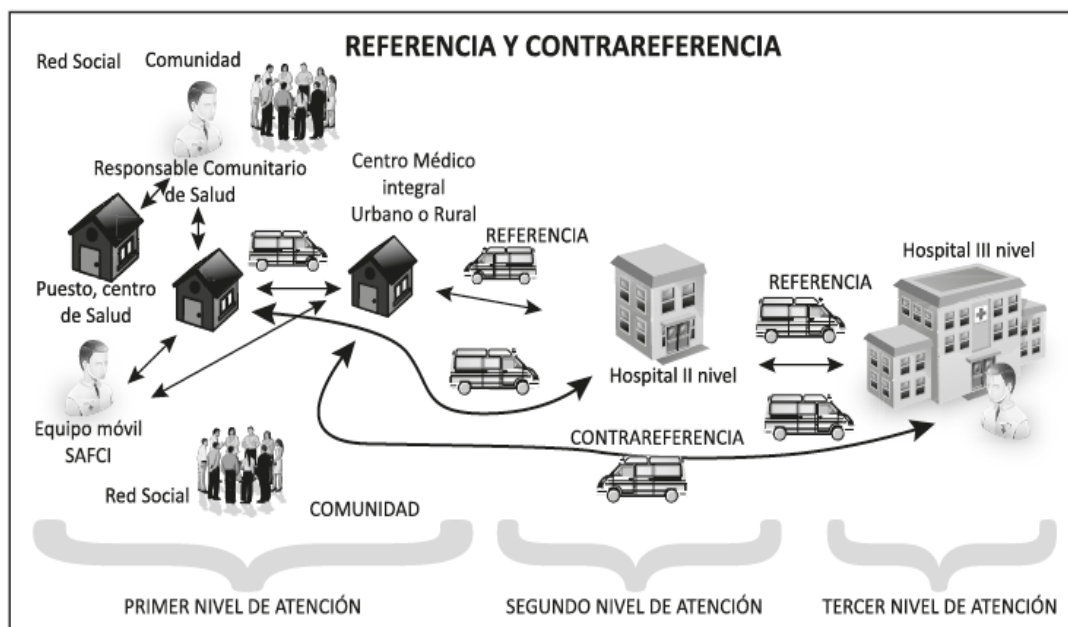
- **Capacidad Resolutiva:** El establecimiento de salud al que el paciente es referido debe tener la capacidad para resolver el motivo de la referencia de acuerdo a su cartera de servicios, el médico tratante se podrá guiar en la lista de prestaciones por nivel de atención.
- **Accesibilidad:** El establecimiento de salud elegido para la referencia debe ser el más cercano y accesible a través de vías de comunicación y transporte.
- **Oportunidad:** El paciente debe ser referido en el momento que lo establezcan las Normas de Atención Clínica. Previa a la referencia debe haber comunicación ya sea de forma directa o mediante el centro coordinador de emergencia en caso que exista, con el establecimiento receptor (de mayor capacidad resolutiva).
- **Control del usuario en el traslado:** El establecimiento de salud debe garantizar que el usuario motivo de la referencia sea controlado durante su traslado hasta su recepción en el establecimiento de destino. En caso de urgencia el paciente debe ser estabilizado y acompañado durante su traslado por un integrante calificado del equipo de salud y uno de sus familiares Norma Nacional de Caracterización y Utilización de Ambulancias.

c) Destino del Paciente Referido

Una vez identificado el establecimiento de destino, en la hoja de referencia se debe anotar claramente el establecimiento y/o unidad o servicio del mismo, donde se envía al paciente, existiendo las siguientes alternativas:

- **Servicio de Emergencia o Urgencia:** El paciente es referido a este servicio de acuerdo al cuadro clínico del usuario.
- **Servicios ambulatorios:** El paciente es referido a otro establecimiento, cuando su problema de salud requiere de exámenes complementarios o procedimientos de mayor tecnología o tratamiento especializado o interconsulta.
- **Otros destinos:** son las unidades nutricionales, de rehabilitación, servicios legales, defensorías de la Niñez y Adolescencia y la Mujer, etc., de acuerdo a las necesidades del paciente.

2.2.9.3 Procedimientos generales de la Referencia y Contrareferencia



a) Referencia desde establecimientos de Salud de Primer Nivel

Todo el equipo de salud debe conocer los protocolos de atención vigentes por nivel de atención; lista de cartera de servicios de los establecimientos de mayor capacidad resolutive de su Red de Servicios de Salud. El responsable del establecimiento de salud, o en su ausencia el/la integrante del equipo de salud que lo reemplaza, previa evaluación del paciente y al determinar la necesidad de referirlo, debe explicar al paciente, al familiar o acompañante de forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios; para lo cual, debe llenar el Formulario N°1– Referencia y el paciente o familiar debe también firmar este formulario como parte de consentimiento informado y referir al paciente con esta documentación.

2.2.10 El transporte pediátrico

El transporte pediátrico (TP) aporta recursos humanos y materiales a centros que carecen de ellos, y aproxima al niño enfermo adonde se encuentran esos recursos; es especialmente importante cuando se precisan cuidados intensivos y/o cirugía urgente. Por tanto, resulta una pieza clave en la cadena de supervivencia del niño con una enfermedad grave y en la provisión de continuidad asistencial (15,16)

EL TP debe ser entendido como un proceso asistencial complejo, cuyo desarrollo va ligado a un modelo sanitario y político de país. Para su calidad y eficiencia es importante contar con una buena organización, coordinación y evaluación, así como con objetivos bien definidos y un desarrollo adecuado del equipo asistencial (personal y material), considerando la voluntad política y la disponibilidad de recursos determinantes para su implantación (17).

La Academia Americana de Pediatría, en 1990, reconoció la necesidad de especialización para el transporte pediátrico y neonatal, con una serie de particularidades que lo distinguen del transporte del adulto, tanto en lo referente a la patología como al manejo de técnicas y terapéuticas, así como de un material adecuado con características especiales: material fungible y utillaje clínico, aparataje de alta tecnología, incubadora de transporte, respiradores neonatales y pediátricos, monitores multiparamétricos, bombas de infusión, etc. Por estas razones, en el traslado de niños críticamente enfermos es necesaria la presencia continua de personal sanitario que sea capaz, durante toda la cadena de transporte, de ofrecer cuidados intensivos de una manera rápida y adecuada en un ambiente a veces complejo y con recursos limitados, fuera de las UCI pediátricas o neonatales (18).

2.2.10.1 Conceptos básicos del traslado y complicaciones

Los pacientes pediátricos presentan unas particularidades que cabe tener en cuenta, como patologías propias y necesidad de equipamiento y medicación adaptados a la patología y la edad. La adecuada valoración y asistencia de un paciente pediátrico crítico requiere una formación específica pediátrica, la adquisición de habilidades propias y una continuidad en la asistencia. Algunos autores han relacionado la incidencia de desestabilizaciones secundarias y daño iatrogénico producidos durante los traslados con el nivel de entrenamiento del equipo que los realiza, por lo que recomiendan que este personal tenga experiencia en emergencias o cuidados intensivos pediátricos. Existen consensos y guías en los que se explicitan los requisitos para un transporte secundario de calidad (19).

El contacto previo entre los servicios emisor y receptor, así como con el equipo de transporte, es esencial para intercambiar información clínica y mejorar las condiciones del traslado, pero también es importante el contacto posterior, no

sólo para mejorar las relaciones interpersonales, sino para anticipar las necesidades de futuros traslados. Todo paciente crítico que es trasladado debe recibir un mínimo de monitorización: frecuencia cardíaca continua, medida de la presión arterial y frecuencia respiratoria intermitente. Es muy recomendable realizar una monitorización continua de la saturación de oxígeno por pulsioximetría (20).

2.2.10.2 Episodios adversos durante el traslado del paciente pediátrico

En otro estudio se comparó la incidencia de episodios adversos durante el transporte en 141 pacientes pediátricos con un grado de severidad similar, y constataron que la incidencia de episodios adversos era del 2% para un equipo especializado en TP, y que esta cifra se elevaba a un 20% cuando el traslado era realizado por un equipo de transporte general. Como en la mayoría de las emergencias pediátricas, la causa más común de morbilidad en el transporte de pacientes son las relacionadas con el manejo de la vía respiratoria (21).

Otro estudio que estudia variables similares señala un índice del 10% de extubaciones accidentales en traslados intrahospitalarios de 48 pacientes pediátricos críticos (22).

En un estudio de 200 niños trasladados en Andalucía se destaca nuevamente la importancia de la estabilización y la anticipación. Fueron monitorizados adecuadamente 133 niños (66,5%), pero se detectaron errores graves en la monitorización en 7 casos. La intubación y la ventilación mecánica se llevaron a cabo en 89 pacientes (44,5%); se detectaron errores en relación con el tubo endotraqueal en 10 de ellos y en 3 con la ventilación mecánica. En 22 pacientes se observaron signos de desestabilización hemodinámica (aumento de la frecuencia cardíaca y cambios en la presión arterial), respiratoria (aumento de la frecuencia respiratoria y disminución en la saturación de

oxígeno transcutánea) y/o de otros sistemas orgánicos (aumento de la presión intracraneal, hipotermia, etc.), atribuibles en gran medida al traslado. De los 104 errores detectados en 86 pacientes, los más frecuentes estuvieron relacionados con la pérdida de los accesos vasculares (15 casos) y del aporte de oxígeno (13 casos) por mala fijación del tubo endotraqueal, fundamentalmente (23).

2.2.11 Cuidados de enfermería en traslado de pacientes

2.2.11.1 Evidencia científica y precauciones

- ✓ El traslado y recepción comprende las actividades encaminadas a mantener el tratamiento y los cuidados durante la salida del paciente a otra Unidad o dependencia del complejo hospitalario.
- ✓ El proceso de traslado debe promover la seguridad y la satisfacción del paciente, así como garantizar la necesidad de información en las unidades receptoras de los pacientes. (Nivel IV)
- ✓ El paciente es trasladado por tres razones en el hospital: la capacidad tecnológica de la Unidad, la habilidad clínica del médico y las horas de enfermería por paciente día. (Nivel III)
- ✓ La mayoría de los traslados dentro del hospital se realizan para llevar a cabo pruebas diagnósticas, que se utilizan, tanto para establecer la necesidad de un cambio en el manejo del paciente y/o confirmar la terapia prescrita. (Nivel IV)
- ✓ Los retrasos debido a los requisitos administrativos, los recursos disponibles, las interrupciones y la falta de comunicación, fueron citados como causas que pueden dificultar el transporte seguro y eficaz dentro del hospital. (Nivel III)
- ✓ El total de tiempo medio de transporte, basado en cinco estudios revisados, fue desde los 62 minutos hasta los 96 minutos. (Nivel IV)

- ✓ El riesgo de inestabilidad hemodinámica y las complicaciones resultantes de la transferencia intra-hospitalaria es mayor cuando el paciente se encuentra en estado crítico. (Nivel III)
- ✓ El déficit en la comunicación y la información, durante el traslado pueden afectar negativamente los cuidados a los pacientes. (Nivel I)
- ✓ Los principales factores que deben comunicarse durante el traslado son: patología actual, el motivo del traslado, diagnóstico médico, la capacidad cognitiva y funcional del paciente, tratamiento médico, alergias, problema en los signos vitales, valoración de la función respiratoria y los aspectos de su seguridad. (Nivel III)
- ✓ En el traslado del paciente se debe reducir el número de dispositivos que lleva, para disminuir los riesgos a los cuales está expuesto y favorecer que el desplazamiento sea más sencillo y seguro. (Nivel IV)
- ✓ Los principales obstáculos para lograr la continuidad de los cuidados son: la escasa información y comunicación entre los profesionales y los registros incompletos e inadecuados en la historia clínica. (Nivel III).
- ✓ Los pacientes y familiares perciben que el traslado de cuidado intensivo a las unidades de hospitalización les causa sentimientos de abandono, vulnerabilidad, desamparo y pérdida. (Nivel III)
- ✓ La dificultad para conciliar el sueño, alteraciones digestivas y de movilidad se asocian con el traslado del paciente. (Nivel III).
- ✓ Las Enfermeras deben de promover la continuidad en la atención durante el traslado. (Nivel IV) f Los pacientes que requieren traslados tienen más riesgo de contraer una infección que los pacientes que no han precisado un traslado. (Nivel III)
- ✓ Los acontecimientos adversos relacionados con el transporte dentro del hospital se pueden agrupar en dos categorías:
 - Accidentes que ocurrieron durante el seguimiento de cuidados intensivos (pérdida de acceso por vía intravenosa, fallos de equipos, desconexiones).

- Deterioro fisiológico del paciente en relación con la enfermedad crítica (hipoxia, arritmias). (Nivel IV)
- ✓ No hay información disponible, para asegurar que se pueden producir cambios fisiológicos, durante el traslado en el paciente crítico, con excepción de la temperatura. (Nivel IV)
- ✓ Se recomienda el calentamiento activo para los pacientes de trauma críticamente enfermos durante los traslados intra-hospitalarios (Nivel III)
- ✓ El ventilador de transporte para el transporte intra-hospitalario es más fiable que la ventilación manual. (Nivel III)
- ✓ Los eventos adversos, durante el traslado de un paciente crítico, disminuyen, si se cuenta con un equipo de transporte especializado, y deben de formar parte de él, al menos dos personas, una para realizar la atención crítica al paciente y la otra un médico de cuidados críticos o urgencias. (Nivel IV)
- ✓ Se recomienda que el transporte de un paciente críticamente enfermo, debe de realizarse con un enfoque multidisciplinario coordinado bajo la responsabilidad de una enfermera. (Nivel IV)
- ✓ Los protocolos claros y apropiados, para el transporte intrahospitalario ayudan en el proceso de toma de decisiones sobre: el tipo de equipo que se debe utilizar, el personal necesario para acompañar al paciente, coordinación y comunicación entre los distintos profesionales y unidades implicadas en el traslado. (Nivel IV)
- ✓ El equipo de enfermería debe estar informado siempre del traslado del paciente a las pruebas complementarias.

2.2.11.2 Equipamiento necesario

- Autorización para la prueba solicitada.
- Historia clínica completa.
- Impreso de solicitud de la prueba si precisa

- Material de oxigenoterapia, si precisa.
- Material de sueroterapia, si precisa.
- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora o cama según el paciente.
- Historia clínica y documentación necesaria para el traslado del paciente.
- Soportes adecuados para los dispositivos que lleve el paciente.
- Material de seguridad (barandillas si precisa).

2.2.11.3 Descripción del procedimiento

1. Informe al paciente y/o familia sobre las condiciones del traslado: cuándo, dónde, quién y cómo, coordinándolo con otros profesionales.
2. Explíquelo para donde se traslada, utilice un lenguaje que se adapte a su edad y nivel de conocimientos.
3. Solicite su consentimiento.
4. Compruebe el nombre del paciente con la pulsera de identificación.
5. Valore el estado del paciente y determine el tipo de transporte que necesita.
6. Determine y comuniqué el equipo que necesita para el transporte (bombas, monitores, acompañamiento) y los medios necesarios.
 - En silla:
 - Si el paciente es ambulatorio o es capaz de tolerar el traslado sin asistencia.
 - Si el paciente es capaz de permanecer más de dos horas sentado.
 - Que pese menos de 150 Kilos.
 - En cama o Pacientes que estén en cama.
 - Pacientes que estén en silla, con varios dispositivos (catéteres urinarios, tubos para drenaje y bombas).
 - Con problemas de movilidad.
 - Que no toleren estar mucho tiempo sentados.

- Pacientes con obesidad mórbida.
7. Revise el correcto estado de, drenajes, sueros, catéteres y otros dispositivos y la higiene del paciente.
 8. Reduzca los elementos que han de acompañar al paciente en el traslado.
 - Heparinice todas las vías de acceso vascular no imprescindibles.
 - Sustituya las bombas de perfusión que no sean imprescindibles por sistemas de control del flujo más sencillos y menos voluminosos, evitando así que puedan recibir impactos o tracciones accidentales.
 - Cierre y selle todos los sistemas de drenajes de los que pueda prescindir durante el tiempo estimado para el desplazamiento:
 - Los colectores de orina, siempre que la diuresis del paciente lo permita. Pince los tubos del colector para impedir el reflujo de la orina hacia el paciente. Una vez cerrados, colóquelos sobre la cama del paciente de manera que ni el colector ni el tubo queden colgando fuera de los límites de esta, evitando así que pueda recibir impactos o tracciones accidentales.
 - Las sondas de descarga (sonda nasogástrica, gastrostomía etc.) realice aspirado del contenido gástrico, y si procede, lavado gástrico para prevenir la aparición de vómitos. Si su estado lo permite, cierre la sonda y retire la bolsa de drenaje.
 9. Verifique que las bombas de perfusión, están sujetas firmemente a soporte.
 10. Colóquese una mascarilla tipo respirador de partículas no válvula. (FFP2)) si patología transmisibles por vía aérea, incluya los que tienen, traqueotomías, laringectomías.

11. Verifique que las balas de aire, O₂, o gases a presión, están a plena carga. Deben situarse protegidos de posibles impactos y adecuadamente aseguradas para evitar caídas.
12. Revise que tenga sabana de movimiento (entremetidas o similares) que faciliten la movilización de del enfermo.
13. Realice el traslado si las condiciones del paciente lo permiten.
14. Alerta a los profesionales sanitarios sobre cualquier condición especial del paciente: sordera, ceguera, deterioró del movimiento, marcapasos etc.
15. Protéjalo de los cambios bruscos de temperatura con mantas.
16. El celador trasladará al paciente acompañado del personal de Enfermería:
 - Los neonatos o niños con sueroterapia, cuna térmica, oxigenoterapia, mujeres embarazadas en dinámica de parto, le acompañara el/la auxiliar de enfermería.
 - De unidad de hospitalización a cuidados intensivos o viceversa le acompañara la enfermera responsable.
 - A pruebas complementarias si, el paciente está hemodinámicamente estable el familiar.
17. Si traslado a exploraciones, intervenciones o pruebas diagnosticas:
 - Verifique los datos de identificación del paciente.
 - Compruebe y adjunte autorización firmada para la prueba.
 - Adjunte la historia clínica del paciente y exploraciones recientes si es el caso.
 - El personal del Servicio o de la Unidad receptora asume los cuidados del paciente durante la realización de la prueba:
 - Comunica a la unidad de origen las incidencias que considere oportunas.
 - Registra las incidencias y cuidados realizados durante la misma.

- Compruebe la situación clínica del paciente a su regreso a la Unidad.
- Examine las condiciones de higiene, posición de catéteres, drenajes, etc., a la vuelta del paciente a la unidad.
- Conecte los sistemas y bombas de perfusión que ha cerrado para el traslado.
- Verifique que los accesos venosos son permeables.
- Deje constancia del proceso en los registros de enfermería.

18. Traslado a otra unidad de hospitalización:

- Comunique al paciente y familiares el traslado y causas del mismo con suficiente antelación para que pueda organizar sus pertenencias.
- Evite realizar traslados de enfermos que están solos o con inestabilidad hemodinámica.
- Coordine con el servicio de destino la recepción del paciente.
- Compruebe y adjunte toda la documentación clínica, medicación.
- No deje al paciente solo hasta que alguien del equipo receptor se haga cargo del paciente y de su documentación.
- Recupere los elementos utilizados durante el traslado.
- Verifique que se recoja y desechen los dispositivos utilizados.
- Avise al servicio de limpieza para adecuar la habitación.
- Comunique la disponibilidad de la cama al servicio de admisión.
- Registre el traslado (24).

2.3 Hipótesis

- La problemática que enfrenta el personal de enfermería ante los eventos adversos que presentan los pacientes pediátricos referidos al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés en el 2do semestre del 2018 tienen que ver con patologías respiratorias, estados de confusión y los signos vitales con los que llegan los pacientes, ya que la mayoría son referidos de Centros de primer nivel, con una inadecuada presentación de las vías periféricas, sondas no sujetadas, sistemas de oxigenación defectuosos y en una inadecuada higiene.
- Los factores que afectan a la enfermera del centro de salud al realizar las referencias según el material y equipos disponibles, tienen que ver por una falta de coordinación con el equipo médico, insuficiente disponibilidad del personal y una pésima coordinación con el equipo de transporte.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Según el alcance de los resultados **Descriptivo**: La investigación solo describirá la situación real de los sujetos en estudio y las variables en estudio.

Según el tiempo de recolección de datos el estudio es **Prospectivo**: porque los datos se recogerán desde el inicio de la investigación y se avanzará hacia en el tiempo, no se tomará en cuenta datos anteriores a la fecha de inicio.

Según la ubicación y periodo de estudio **Transversal**: la recolección de los datos se hará en un solo momento durante toda la investigación. No habrá una segunda recolección.

3.1.1 Enfoque de la investigación

El enfoque elegido para el presente estudio es el **Mixto**. Es decir que tiene una parte **Cuantitativa** y **cualitativa**.

Sánchez Valtierra (25) se refiere a los métodos mixtos de investigación como un paradigma cuyo tiempo ha llegado. Se puede definir el enfoque mixto como un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información obtenida (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

3.2 Universo

El universo del estudio lo conformaron todos los pacientes pediátricos que llegaron referidos de instituciones de salud de distintos niveles de atención en los distintos turnos laborales al Área de Pediatría del Servicio de Emergencias del Hospital Japonés.

Además, formarán parte del universo las licenciadas de enfermería que fueron escogidas de 6 establecimientos de salud del 1er y 2do nivel que envían los pacientes referidos.

3.3 Criterios de selección (De inclusión y exclusión)

Criterios de inclusión

- Pacientes pediátricos admitidos como referencia en el Hospital Japonés.
- Pacientes con padres o apoderados
- Enfermeras licenciadas

Criterios de exclusión

- Pacientes pediátricos no admitidos
- Pacientes pediátricos con padres inconscientes.

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis es la mínima expresión que mediante su estudio produce información necesaria para cumplir el objetivo de una investigación. En el presente estudio, la unidad de análisis fue:

- ✓ Pacientes pediátricos que llegaron al Servicio de Emergencia del Hospital Japonés, transferidos de distintos centros médicos.
- ✓ Profesionales de enfermería de los centros de Salud de primer nivel.

3.5 Población de estudio

La población del presente estudio lo conformó:

- ✓ Los pacientes pediátricos que llegaron referidos al Área de Pediatría del Servicio de Emergencias del Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018.
- ✓ Las licenciadas de enfermería de los establecimientos de salud del 1er y 2do nivel que envían los pacientes referidos.

3.6 Muestra

Respecto a los pacientes pediátricos el muestreo es de tipo aleatorio simple, es decir que todos los pacientes pediátricos que llegaron referidos de los Centros de Salud tenían la misma posibilidad de ser incluidos en la muestra, pero basándonos en los criterios de inclusión e exclusión. En total se obtuvo una muestra de 49 pacientes pediátricos referidos.

Respecto a los profesionales de enfermería de los centros de salud de 1er y 2do nivel la muestra es de tipo No probabilística por conveniencia. En total se obtuvo una muestra de 25 enfermeras.

3.7 Operacionalización de las variables

Objetivo N° 1: Caracterizar a los pacientes pediátricos que llegan referidos según: edad, sexo, diagnóstico patológico, nivel de referencia.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Hace referencia al tiempo que ha pasado desde el nacimiento de una persona hasta un determinado punto en el tiempo. Suele traducirse en años calendario.	Característica del paciente	Número y porcentaje según edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 año - De 1 a 3 - De 4 a 6 - De 7 a 10 - De 11 a 14
Sexo	Hace referencia a las características anatómicas que definen su orientación sexual, se expresa en los genitales.	Característica del paciente	Número y porcentaje según sexo.	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino
Lugar de referencia	Hace referencia al lugar o tipo de nosocomio que emite la referencia con el que llega el paciente referido.	Característica del paciente	Número y porcentaje según estado de la documentación	<ul style="list-style-type: none"> - 1er nivel - 2do nivel - Privada - Otros.

Diagnóstico patológico	Hace referencia a la patología por el cual el paciente ha sido referido al servicio de emergencia.	Características del paciente	Número y porcentaje según motivo de referencia	<ul style="list-style-type: none">- Patología respiratoria.- Patología digestiva.- Otras (Traumas, convulsiones, quemaduras, etc.
-------------------------------	--	------------------------------	--	---

Objetivo N° 2: Identificar el estado general de salud de los pacientes pediátricos que llegan como referencia según estado de conciencia y signos vitales

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Estado de conciencia	Hace referencia al estado mental del paciente pediátrico al momento de llegar referido al Servicio de Emergencia.	Estado general del paciente	Número y porcentaje según edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de alerta. - Estado de confusión. - Estado de obnubilación . - Estupor. - Coma.
Signos vitales	Se refiere a los valores de las constantes vitales que indican el estado vital del paciente.	Estado general del paciente	Número y porcentaje según sexo.	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los signos vitales con valores normales. - Pulso alterado. - Respiración alterada. - Presión arterial alterada. - Temperatura alterada.

Objetivo N° 3: Identificar los eventos adversos que se presentan en los pacientes pediátricos referidos.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Agente de traslado	Hace referencia al agente que es el que trae al paciente referido.	Recursos humanos	Número y porcentaje según agente de referencia	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio 106 - Ambulancia privada - Auto particular - Otros.
Eventos adversos en vías de acceso	Hace referencia a los errores que tiene la vía de acceso venosa del paciente.	Procedimental	Número y porcentaje según estado de la vía	<ul style="list-style-type: none"> - Vía permeable - Vía infiltrada - Sin Vía - Tamaño de bránula
Eventos adversos en Sondas	Hace referencia a los errores que tiene la sonda del paciente referido.	Procedimental	Número y porcentaje según estado de sonda	<ul style="list-style-type: none"> - Con sonda sujeta - Sonda no sujeta - Sonda obstruida. - Sin sonda.
Eventos adversos en oxigenoterapia	Hace referencia a los errores que tiene el dispositivo que suministra oxígeno al paciente.	Procedimental	Número y porcentaje según estado de oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Con O2 - Sin O2 - Cánula nasal. - Con mascarilla.
Eventos adversos Higiene y confort	Cuidados de enfermería aplicados al bienestar y confort del paciente.	Procedimental	Número y porcentaje según estado del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente con buena higiene. - Paciente con regular higiene. - Paciente con mala higiene.

Objetivo N° 4: Describir los factores que afectan a la enfermera del centro de salud al realizar las referencias según el material y equipos disponibles, coordinación con el equipo médico, disponibilidad del personal y coordinación con el equipo de transporte.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Material disponible	Hacer referencia a la disponibilidad de todo el material necesario para preparar al paciente al momento de referirlo a otro nivel hospitalario.	Procedimental	Número y porcentaje según disponibilidad de material.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre hay disponibilidad de material. - A veces hay disponibilidad de material. - Nunca hay disponibilidad de material.
Disponibilidad de equipos	Hacer referencia a la disponibilidad de los equipos necesarios (respirador, Bomba de infusión, etc.) para referir al paciente a otro nivel hospitalario	Procedimental	Número y porcentaje según disponibilidad de equipos.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre hay disponibilidad de equipos. - A veces hay disponibilidad de equipos. - Nunca hay disponibilidad de equipos.
Coordinación con el equipo médico	Hace referencia a la coordinación que existe entre el médico y la enfermera para efectuar la referencia.	Procedimental	Número y porcentaje según coordinación.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre se coordina - A veces se coordina - Nunca se coordina.
Disponibilidad de personal	Hace referencia a disponibilidad del personal de salud que existe al momento de	Procedimental	Número y porcentaje según disponibilidad de personal	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre hay personal disponible. - A veces hay personal disponible.

	realizar la referencia del paciente.			Nunca hay personal disponible.
Coordinación con el equipo de transporte	Hace referencia a la coordinación que existe entre el personal de enfermería y el equipo que traslada al paciente referido.	Procedimental	Número y porcentaje según coordinación con equipo de transporte	Siempre hay coordinación. A veces hay coordinación. Nunca hay coordinación.

3.8 Recolección de datos

La recolección se llevó a cabo por medio de:

- Fuentes primarias: se incluyen en este apartado al paciente pediátrico, las historias clínicas, la ficha de referencia y al personal de enfermería.
- Fuentes secundarias: la conforman las fuentes de consulta digital obtenidas de internet.

Técnicas:

La Observación

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia a sido lograda mediante la observación. Existen dos clases de observación: la Observación no científica

y la observación científica. La diferencia básica entre una y otra está en la intencionalidad: observar científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación. Observar no científicamente significa observar sin intención, sin objetivo definido y por tanto, sin preparación previa. En la presente investigación se ha aplicado la observación directa al paciente pediátrico que llega referido al Área de Emergencia del Hospital Japonés para poder recolectar la información necesaria para alcanzar los objetivos planteados.

Instrumentos

Ficha de recolección de datos:

este instrumento permite al investigador no tener un contacto directo con los sujetos de estudio, recopilando la información de una fuente alterna, en el caso del presente estudio, debido a que los sujetos de estudio son menores de edad y algunos de ellos no tienen la edad suficiente para responder determinadas interrogantes que pueda hacerle una persona extraña. De este modo la ficha de recolección de datos permitió recoger la información de las historias clínicas y de las hojas de referencia que trae cada paciente al llegar al Hospital Japonés.

Encuesta:

La encuesta es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador. Para ello, a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito. Ese listado se denomina cuestionario.

Para el presente estudio se aplicó este instrumento a los profesionales de enfermería de los Centros de salud, que son los principales lugares de dónde vienen referidos los pacientes pediátricos.

3.9 Plan de análisis estadístico

El plan de análisis estadístico involucra los siguientes pasos:

- ✓ Elaboración de los instrumentos de recolección de datos basados en los objetivos planteados.
- ✓ Revisión y modificación de los instrumentos de recolección de datos.
- ✓ Aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
 - La ficha de recolección de datos junto con la historia clínica de los pacientes pediátricos que llegaron referidos al Área de Emergencia.
 - La encuesta aplicada a los profesionales de enfermería de los Centros de Salud, que son escogidas de forma aleatoria.
- ✓ Llenado de la matriz estadística con los totales de los instrumentos de recolección de datos.
- ✓ Traslado de los datos totales al computador para trabajar con un programa computacional los gráficos estadísticos.
- ✓ Traslado de los gráficos estadísticos al trabajo de investigación para su interpretación y análisis.

3.10 Aspectos éticos

Los aspectos éticos de los estudios científicos tienen antecedentes históricos importantes, se ha buscado que cualquier persona que elabore una investigación que tenga como sujetos de estudios a las personas, proteja sus

derechos fundamentales y no los vulnere en ninguna de las etapas que cursa la investigación científica. Las normas internacionales para la evaluación ética de las investigaciones biomédicas son textos que tienen un significado histórico (26). El Código de Nüremberg de 1947 es considerado el primer antecedente de relevancia internacional sobre ética de la investigación. Fue producto del «Juicio a los médicos», también llamado el «Caso Médico», uno de los juicios de Nuremberg contra la Alemania nazi.

En el presente estudio se ha aplicado los aspectos éticos concernientes al manejo de personas como sujetos de estudio, por un lado, a los pacientes pediátricos, quienes tan solo han sido sometidos a la observación y evaluación clínica como parte de los aspectos laborales comunes y corrientes de los profesionales de enfermería. No se ha divulgado la identidad de los pacientes pediátricos, se ha protegido su identidad con el anonimato en los instrumentos de recolección de datos. De forma similar se ha tenido en cuenta los principios éticos con el personal de enfermería de los Centros de Salud, de las cuales no se ha expuesto su identidad ni se las ha sometido a algún tipo de maltrato.

4. RESULTADOS

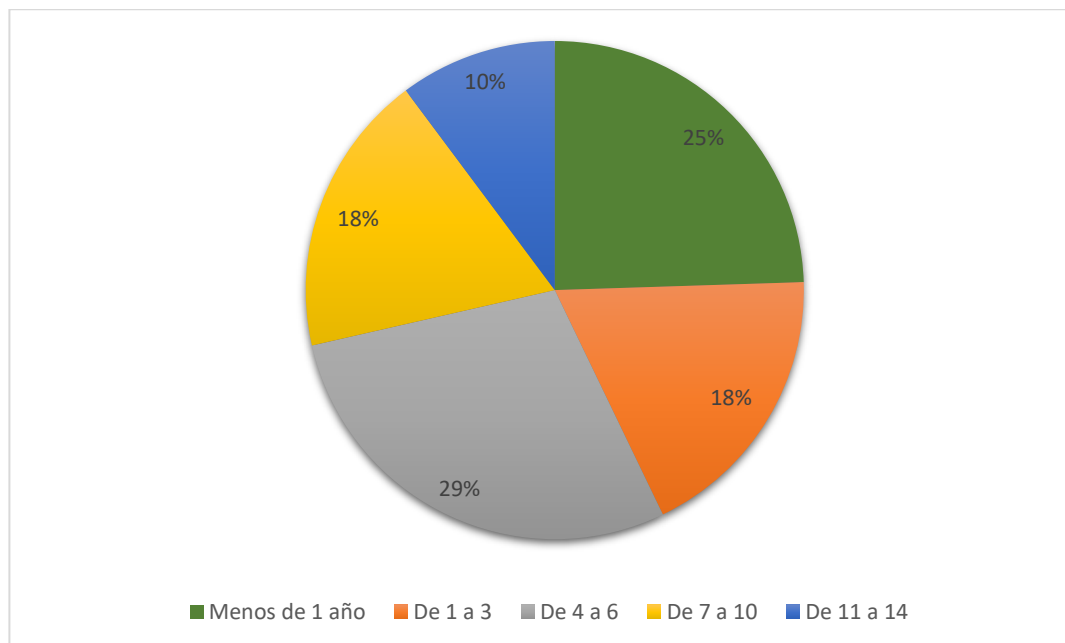
4.1. Presentación de resultados y análisis

Cuadro 1.- Edad del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Edad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	12	25%
De 1 a 3	9	18%
De 4 a 6	14	29%
De 7 a 10	9	18%
De 11 a 14	5	10%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 1.- Edad del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

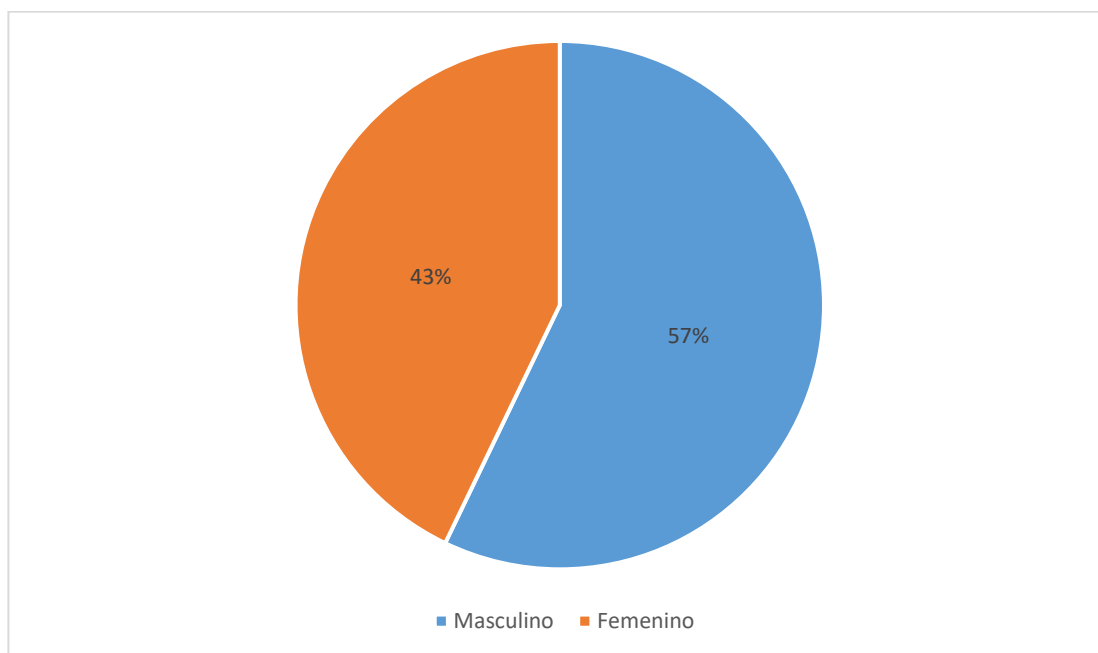
Luego de haber aplicado la recolección de datos, los resultados estadísticos evidencian que la mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, tenían edades de 4 a 6 años, porcentualmente estos representan un 29%. A continuación, en orden descendente, podemos ver que un 25% de pacientes pediátricos tenían edades de menos de 1 año. Seguidamente con un 18% encontramos a los pacientes con edades de 1 a 3 años. Con el mismo porcentaje de 18% también tenemos a los pacientes con edades de 7 a 10 años. Finalmente, con el restante 10%, están los pacientes pediátricos con edades de 11 a 14 años.

Cuadro 2.- Sexo del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Sexo del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	28	57%
Femenino	21	43%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 2.- Sexo del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

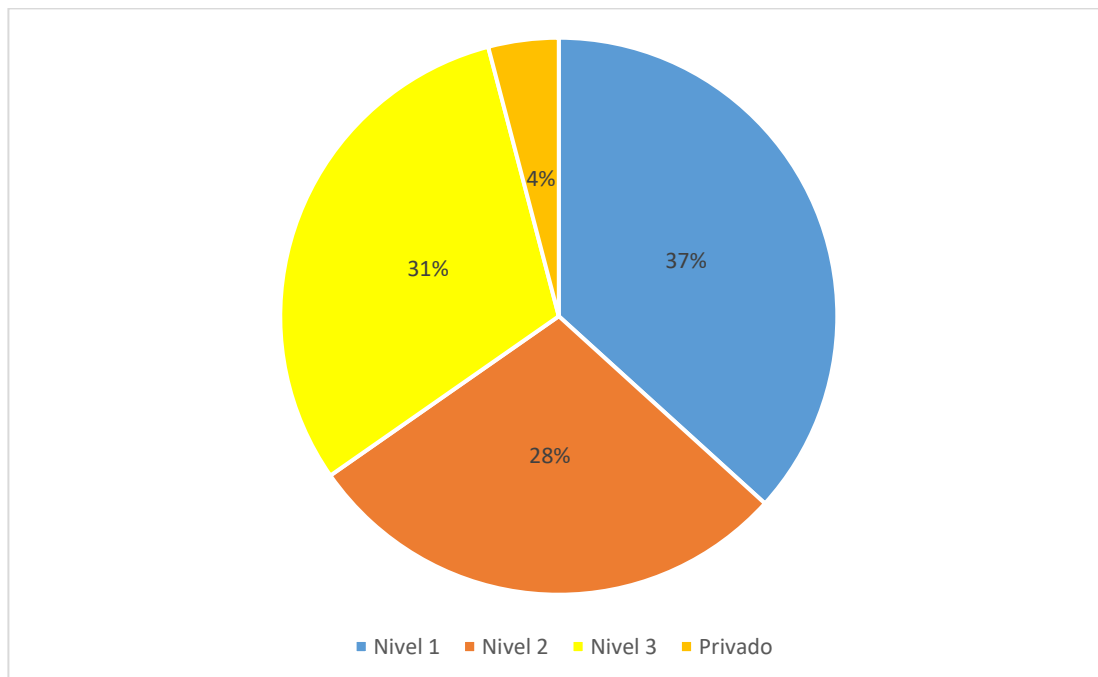
Luego de haber aplicado la recolección de datos, los resultados estadísticos evidencian que la mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, eran en su mayoría varones, porcentualmente estos representan un 57%. A continuación, podemos ver que el restante 43% de pacientes pediátricos eran mujeres.

Cuadro 3.- Lugar de referencia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Lugar de referencia del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1	18	37%
Nivel 2	14	28%
Nivel 3	15	31%
Privado	2	4%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 3.- Lugar de referencia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

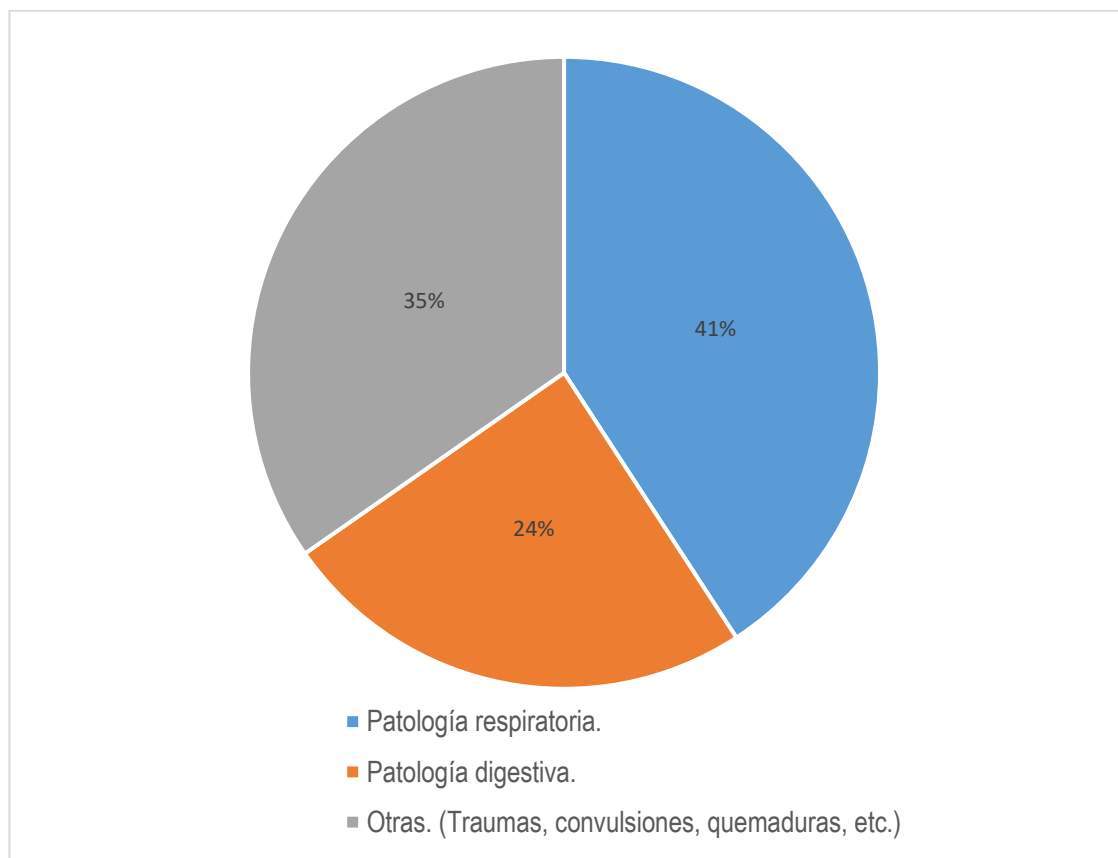
Luego de haber aplicado la recolección de datos, los resultados estadísticos evidencian que la mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, fueron referidos desde un centro hospitalario de 1er nivel, porcentualmente estos representan un 37%. A continuación en orden descendente, podemos ver que un 31% de pacientes pediátricos llegaron al Hospital Japonés desde un centro hospitalario del 3er nivel. Seguidamente con un 28% encontramos a los pacientes con fueron referidos de centros hospitalarios de 2do nivel. Finalmente con el restante 4%, están los pacientes pediátricos que fueron referidos desde un centro hospitalario privado.

Cuadro 4- Diagnóstico patológico del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Diagnóstico patológico	Frecuencia	Porcentaje
Patología respiratoria.	20	41%
Patología digestiva.	12	24%
Otras. (Traumas, convulsiones, quemaduras, etc.)	17	35%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 4.- Diagnóstico patológico del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

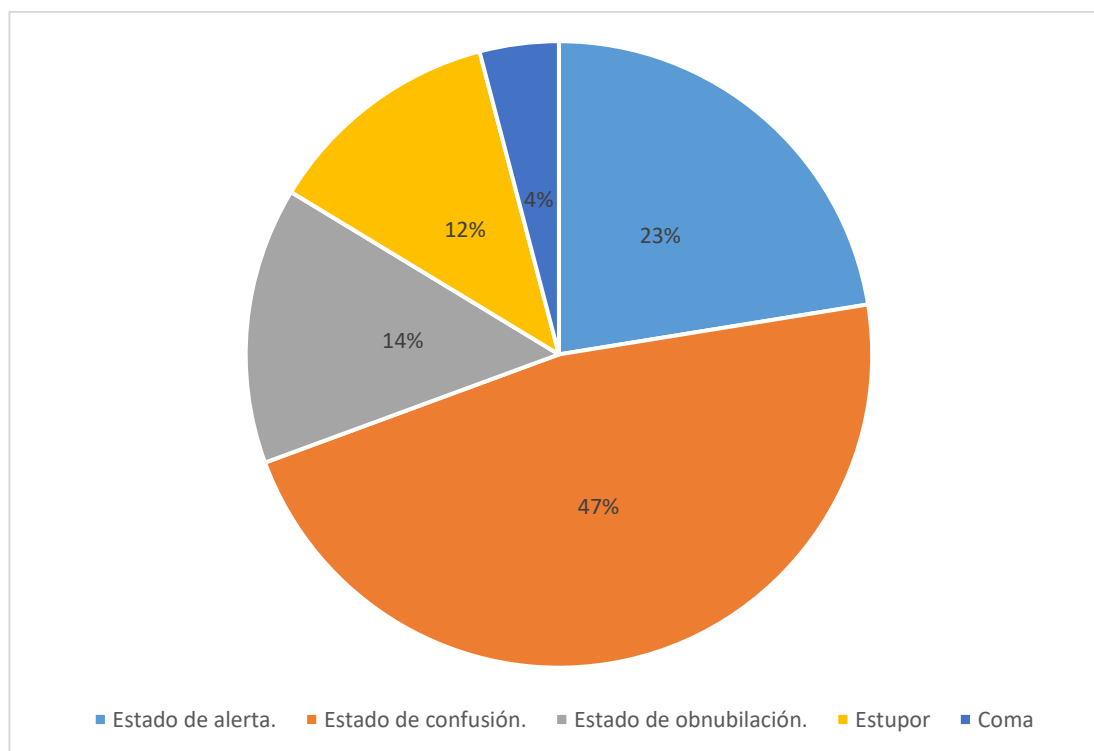
Luego de haber aplicado la recolección de datos, los resultados estadísticos evidencian que la mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, tenían patología respiratoria, es decir alguna enfermedad relacionada con el sistema respiratorio, porcentualmente estos representan un 41%. A continuación, podemos ver que un 35% de pacientes pediátricos presentaron otras patologías como traumas, convulsiones, quemaduras, etc., finalmente con el restante 24% están los pacientes pediátricos presentaron algún tipo de patología digestiva.

Cuadro 5- Estado de conciencia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Estado de conciencia del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Estado de alerta.	11	23%
Estado de confusión.	23	47%
Estado de obnubilación.	7	14%
Estupor	6	12%
Coma	2	4%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 5.- Estado de conciencia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

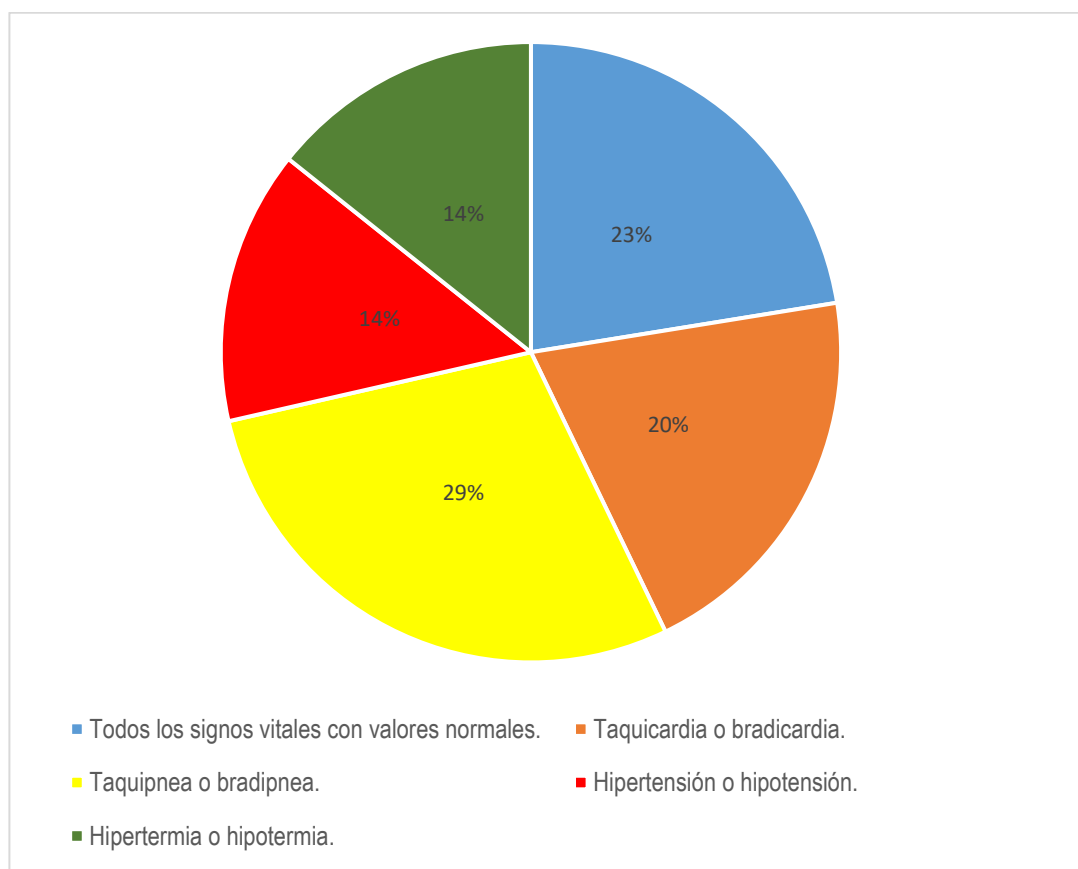
Respecto al estado de conciencia en el cual llegaron los pacientes, la mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, llegaron en estado de confusión estos representan un 47%. A continuación, en orden descendente, podemos ver que un 23% de pacientes pediátricos llegaron en un estado de alerta. Seguidamente con un 14% encontramos a los pacientes que llegaron en estado de obnubilación. Con el 12% tenemos a los pacientes que llegaron en un estado de estupor. Finalmente, con el restante 4%, están los pacientes pediátricos que llegaron en estado de coma.

Cuadro 6.- Signos vitales del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Signos vitales del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Todos los signos vitales con valores normales.	11	23%
Taquicardia o bradicardia.	10	20%
Taquipnea o bradipnea.	14	29%
Hipertensión o hipotensión.	7	14%
Hipertermia o hipotermia.	7	14%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 6.- Signos vitales del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

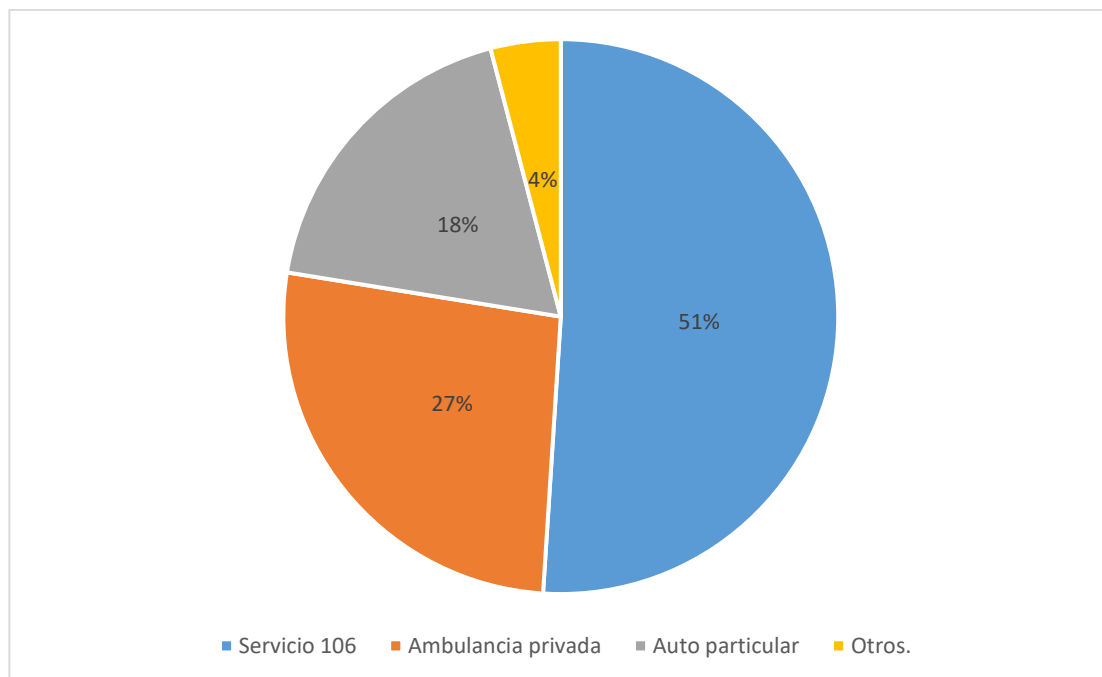
Respecto a los signos vitales con el cual llegaron los pacientes, la mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, llegaron con taquipnea o bradipnea, estos representan un 29%. A continuación, podemos ver que un 23% de pacientes pediátricos llegaron con todos los signos vitales con valores normales. Seguidamente con un 20% encontramos a los pacientes que llegaron con taquicardia o bradicardia. Con el 14% tenemos a los pacientes que llegaron con hipertensión o hipotensión. Finalmente, con el restante 14%, están los pacientes pediátricos que llegaron con hipertermia o hipotermia.

Cuadro 7.- Agente de traslado que trae al paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Agente de traslado del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Servicio 106	25	51%
Ambulancia privada	13	27%
Auto particular	9	18%
Otros.	2	4%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 7.- Agente de traslado que trae al paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

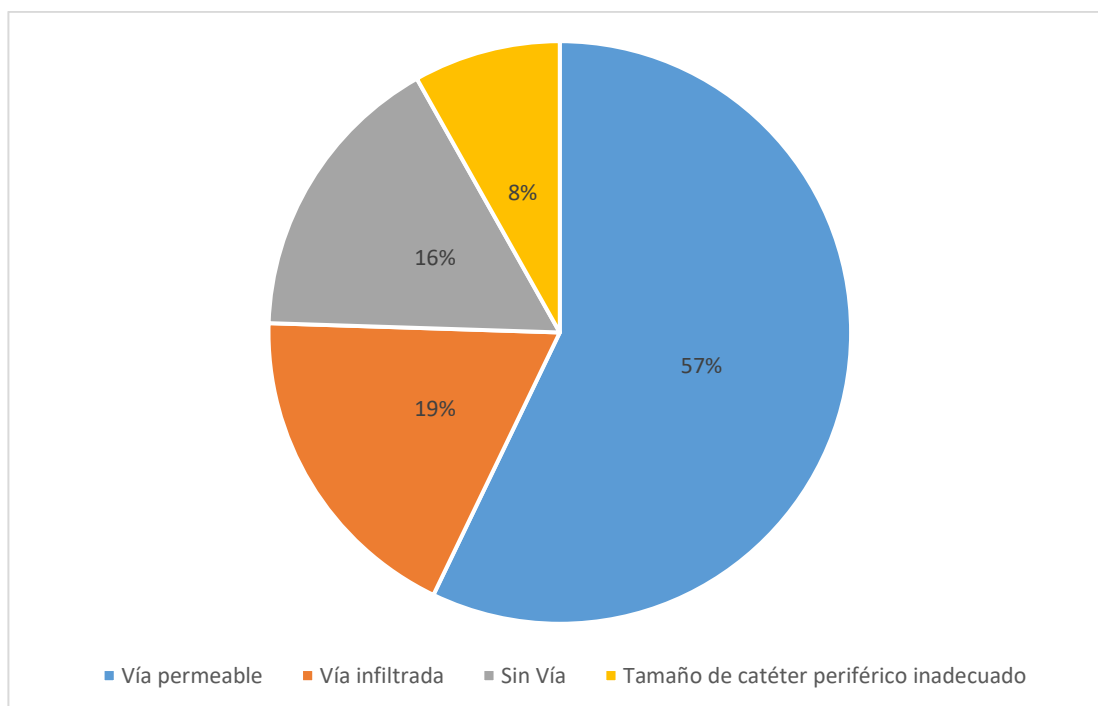
Respecto al agente de traslado en el cual llegaron los pacientes, la mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, llegaron a través del Servicio 106, estos representan un 51%. A continuación, podemos ver que un 27% de pacientes pediátricos llegaron en ambulancia privada. Seguidamente con un 18% encontramos a los pacientes que llegaron en un auto particular. Finalmente, con el restante 4%, están los pacientes pediátricos que llegaron en otras formas de traslado.

Cuadro 8.- Eventos adversos en catéter venoso periférico de acceso del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Eventos adversos en vía venosa	Frecuencia	Porcentaje
Vía permeable	28	57%
Vía infiltrada	9	19%
Sin Vía	8	16%
Tamaño de catéter periférico inadecuado	4	8%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 8.- Eventos adversos en catéter venoso periférico de acceso del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

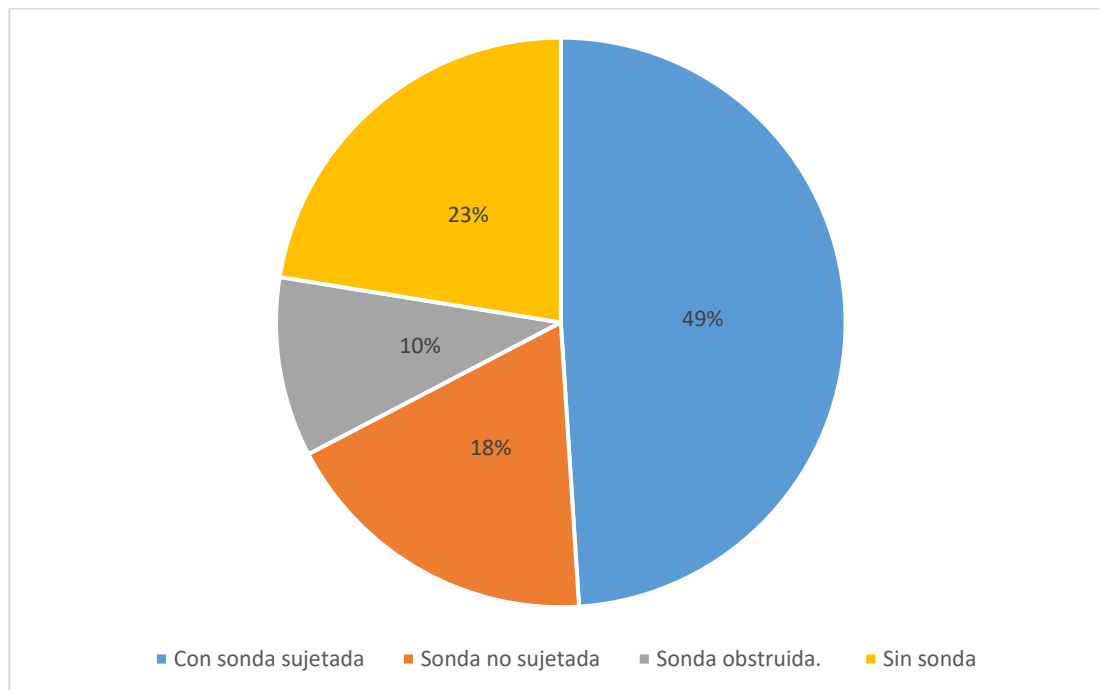
Respecto al estado del catéter venoso periférico instalado con la cual llegaron los pacientes, la mayoría de los que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, llegaron con la vía venosa permeable, estos representan un 57%. A continuación, podemos ver que un 19% de pacientes pediátricos llegaron con la vía venosa infiltrada. Seguidamente con un 16% encontramos a los pacientes que llegaron sin vía venosa. Finalmente, con el restante 8%, están los pacientes pediátricos que llegaron con el tamaño del catéter periférico inadecuado para su edad y tamaño.

Cuadro 9.- Eventos adversos en sondas del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Eventos adversos en sonda	Frecuencia	Porcentaje
Con sonda sujeta	24	49%
Sonda no sujeta	9	18%
Sonda obstruida.	5	10%
Sin sonda	11	23%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 9.- Eventos adversos en sondas del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

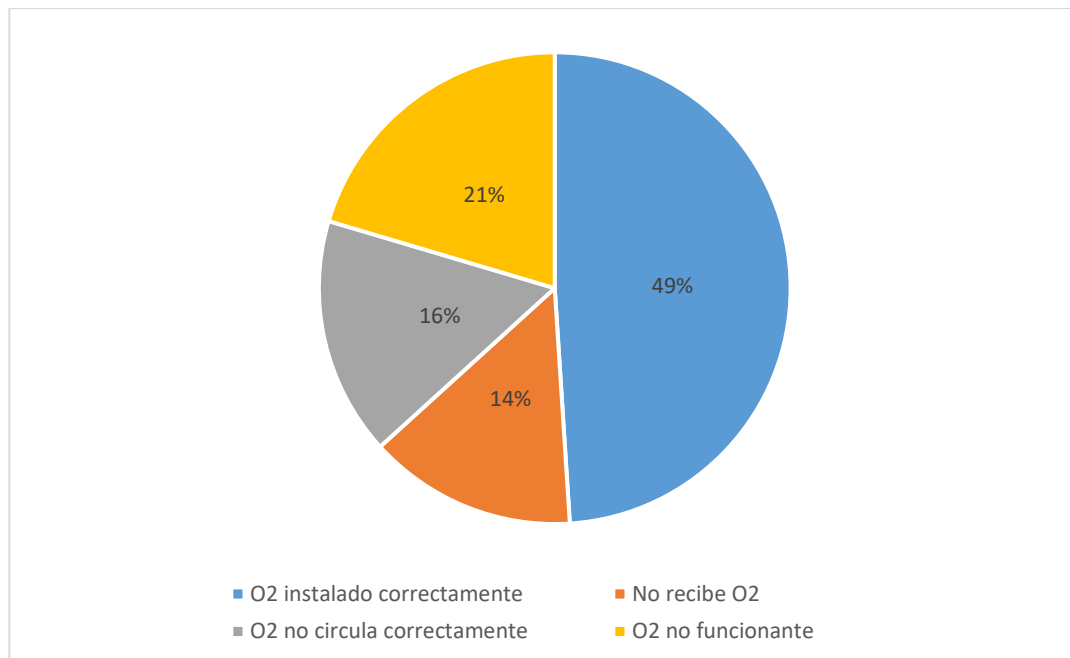
Respecto al estado de la sonda con la cual llegaron los pacientes pediátricos, la mayoría de los que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, llegaron con la sonda debidamente sujeta, es decir en buenas condiciones, estos representan un 49%. A continuación, podemos ver que un 23% de pacientes pediátricos llegaron sin sondas. Seguidamente con un 18% encontramos a los pacientes que llegaron con la sonda no sujeta o en inadecuadas condiciones. Finalmente, con el restante 10%, están los pacientes pediátricos que llegaron con su sonda obstruida.

Cuadro 10.- Eventos adversos en el sistema de oxigenoterapia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Eventos adversos en el sistema de oxigenoterapia	Frecuencia	Porcentaje
O2 instalado correctamente	24	49%
No recibe O2	7	14%
O2 no circula correctamente	8	16%
O2 no funcionante	10	21%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 10.- Eventos adversos en el sistema de oxigenoterapia del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

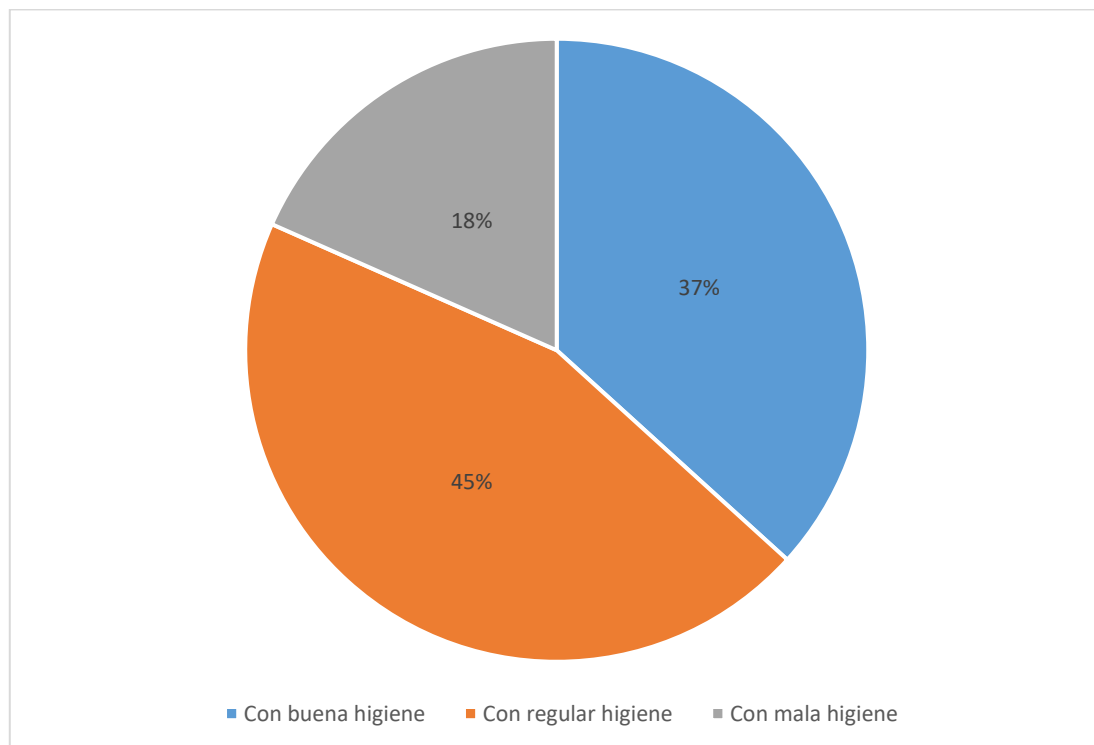
Según el gráfico anterior, la mayoría de los pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, llegaron con el Sistema de oxígeno instalado correctamente, es decir en buenas condiciones, estos representan un 49%. A continuación, podemos ver que un 21% de pacientes pediátricos llegaron con el sistema de oxigenación no funcionando. Seguidamente con un 16% encontramos a los pacientes que llegaron con el sistema de oxigenación que no circulaba correctamente. Finalmente, con el restante 14%, están los pacientes pediátricos que no recibían oxígeno al llegar al hospital.

Cuadro 11.- Eventos adversos con la higiene del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.

Eventos adversos con la higiene	Frecuencia	Porcentaje
Con buena higiene	18	37%
Con regular higiene	22	45%
Con mala higiene	9	18%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 11.- Eventos adversos con la higiene del paciente pediátrico referido al Servicio de Emergencias del Hospital Japonés. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

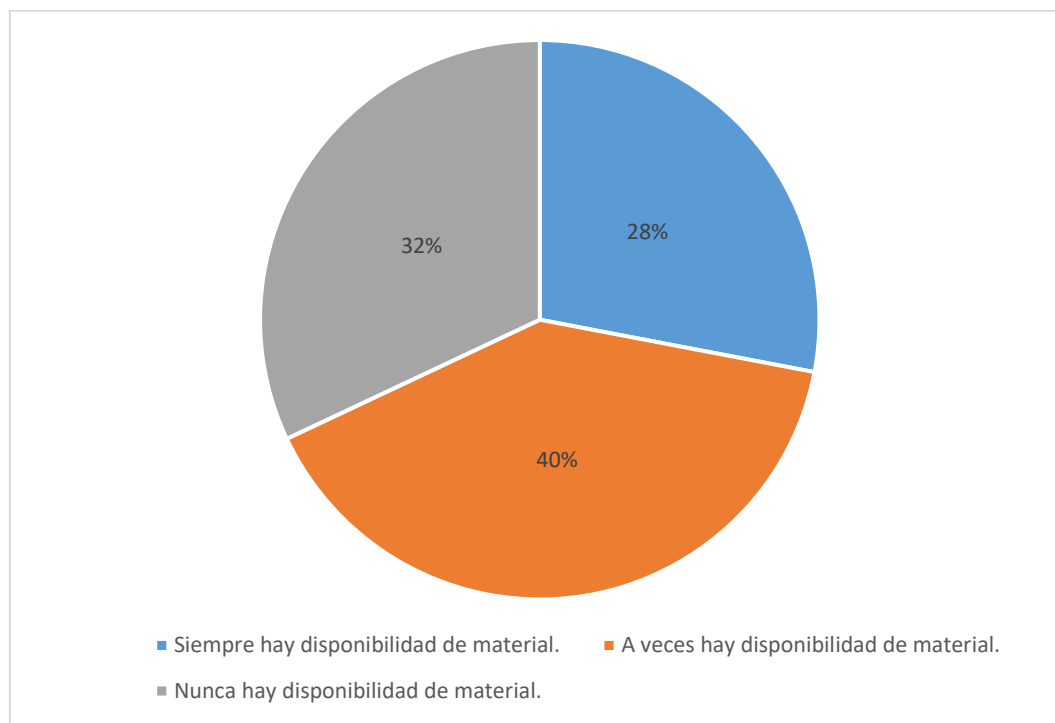
Según el gráfico anterior, la mayoría de los pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, llegaron con un estado de higiene regular, estos representan un 45%. A continuación, podemos ver que un 37% de pacientes pediátricos llegaron con una buena higiene. Finalmente, con el restante 18%, están los pacientes pediátricos que llegaron con una mala higiene.

Cuadro 12.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de material para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.

Disponibilidad de material para la referencia del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre hay disponibilidad de material.	7	28%
A veces hay disponibilidad de material.	10	40%
Nunca hay disponibilidad de material.	8	32%
TOTAL	25	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 12.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de material para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

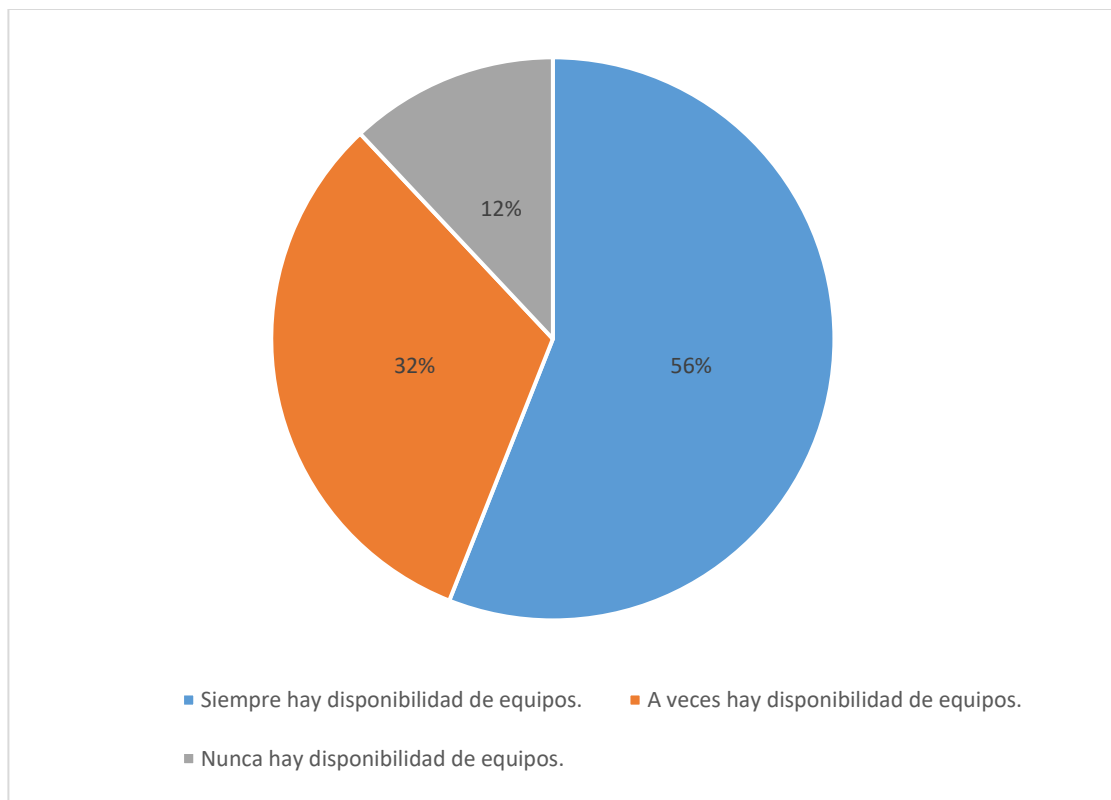
Luego de recoger la información de los profesionales de enfermería que trabaja en los establecimientos del primer nivel de atención, la mayoría de ellos manifestó que a veces o no siempre hay disponibilidad de material para realizar adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos hacia el Servicio de Emergencia del Hospital Japonés, este grupo de profesionales conforman un 40% del total. Seguidamente tenemos con un 32% del total a los profesionales de enfermería que manifiestan que nunca hay disponibilidad de material para llevar a cabo adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos. Finalmente, el restante 28% de enfermeras manifestó que siempre hay disponibilidad de materiales para llevar a cabo las transferencias de pacientes pediátricos.

Cuadro 13.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de equipos para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.

Disponibilidad de equipos para la referencia del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre hay disponibilidad de equipos.	14	56%
A veces hay disponibilidad de equipos.	8	32%
Nunca hay disponibilidad de equipos.	3	12%
TOTAL	25	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 13.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de equipos para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

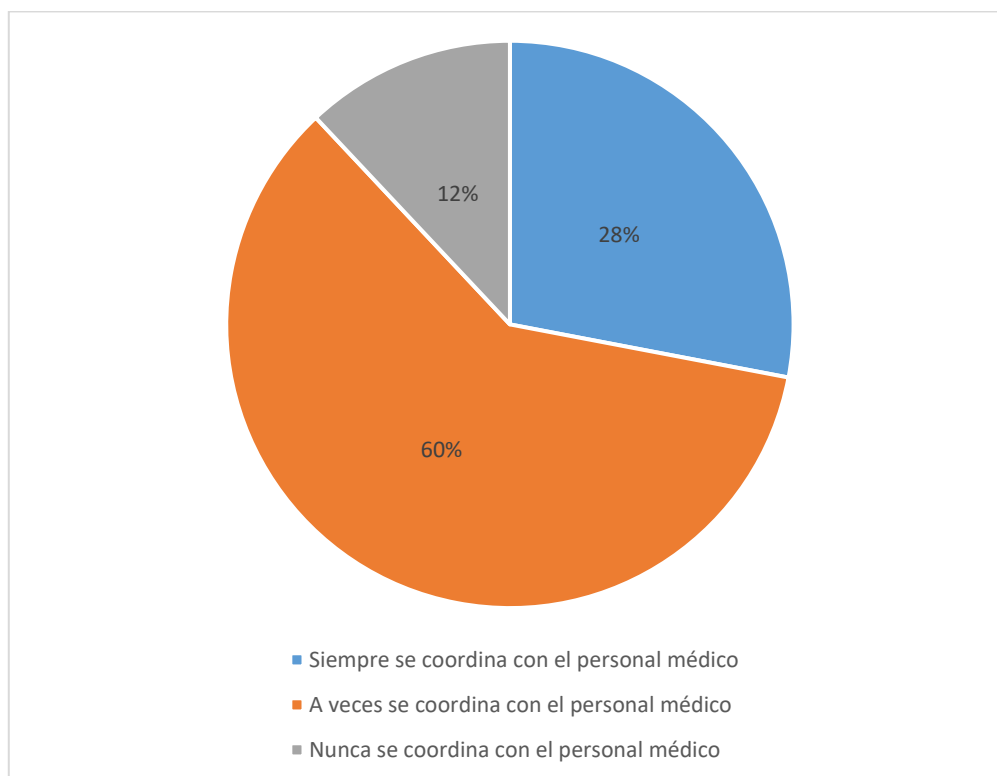
Luego de recoger la información de los profesionales de enfermería que trabaja en los establecimientos del primer nivel de atención, la mayoría de ellos manifestó que siempre hay disponibilidad de los equipos necesarios para realizar adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos hacia el Servicio de Emergencia del Hospital Japonés, este grupo de profesionales conforman un 56% del total. Seguidamente tenemos con un 32% del total a los profesionales de enfermería que manifiestan que a veces hay disponibilidad de equipos para llevar a cabo adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos. Finalmente, el restante 12% de enfermeras manifestó que nunca hay disponibilidad de los equipos para llevar a cabo las transferencias de pacientes pediátricos.

Cuadro 14.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la coordinación con el personal médico para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.

Coordinación con el personal médico para la referencia del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre se coordina	7	28%
A veces se coordina	15	60%
Nunca se coordina	3	12%
TOTAL	25	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 14.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la coordinación con el personal médico para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

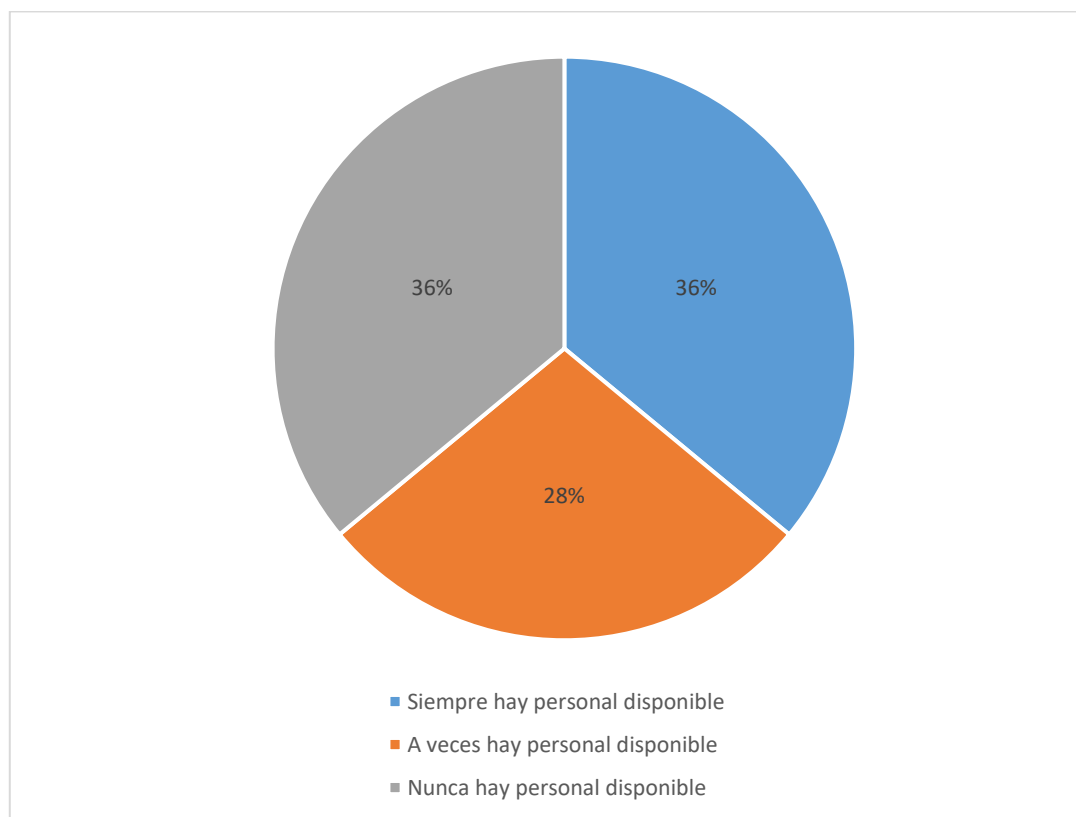
Luego de recoger la información de los profesionales de enfermería que trabaja en los establecimientos del primer nivel de atención, la mayoría de ellos manifestó que siempre se coordina adecuadamente con el personal médico para realizar adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos hacia el Servicio de Emergencia del Hospital Japonés, este grupo de profesionales conforman un 60% del total. Seguidamente tenemos con un 28% del total a los profesionales de enfermería que manifiestan que a veces se puede coordinar con el personal médico para llevar a cabo adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos. Finalmente el restante 12% de enfermeras manifestó que nunca se puede coordinar con el personal médico para llevar a cabo las transferencias de pacientes pediátricos.

Cuadro 15.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de personal para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.

Disponibilidad de personal para la referencia del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre hay personal disponible	9	36%
A veces hay personal disponible	7	28%
Nunca hay personal disponible	9	36%
TOTAL	25	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 15.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la disponibilidad de personal para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

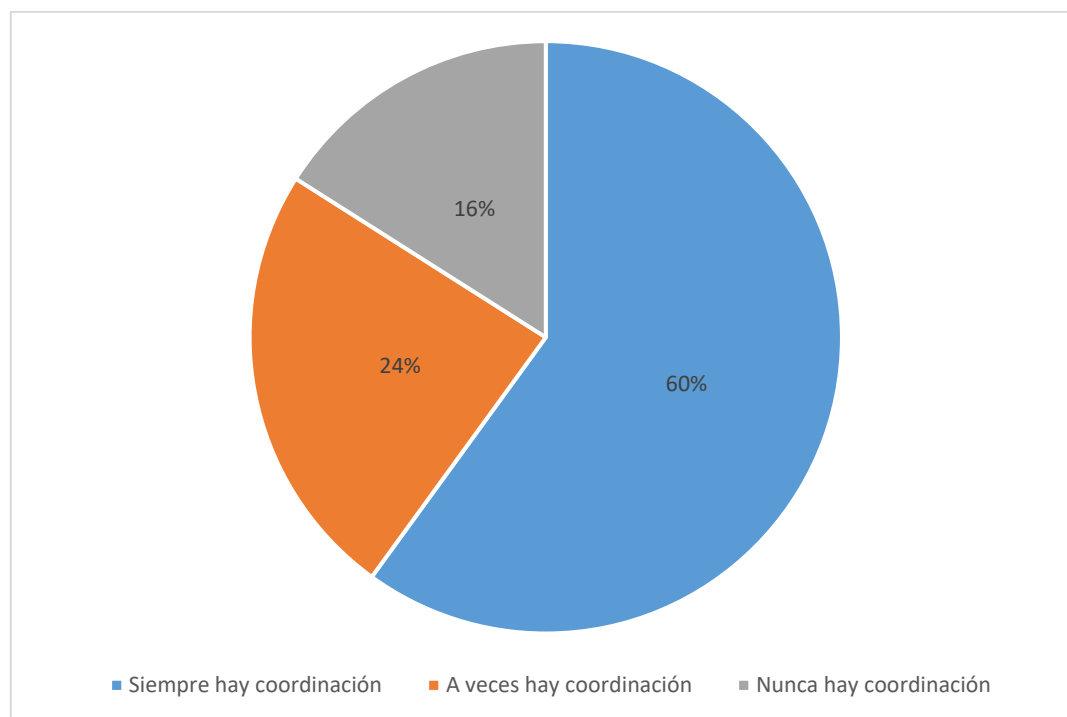
Luego de recoger la información de los profesionales de enfermería que trabaja en los establecimientos del primer nivel de atención, la mayoría de ellos manifestó que siempre hay personal disponible para realizar adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos hacia el Servicio de Emergencia del Hospital Japonés, este grupo de profesionales conforman un 36% del total. Seguidamente con el mismo porcentaje de 36% están los profesionales de enfermería que manifiestan que nunca hay personal disponible para llevar a cabo adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos. Finalmente, el restante 28% de enfermeras manifestó que a veces no hay personal disponible para llevar a cabo las transferencias de pacientes pediátricos.

Cuadro 16.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la coordinación con el personal de transporte (ambulancia) para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.

Coordinación con el personal de transporte (ambulancia) para la referencia del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre hay coordinación	15	60%
A veces hay coordinación	6	24%
Nunca hay coordinación	4	16%
TOTAL	25	100%

Fuente: Instrumentos de autoría propia.

Gráfico 16.- Percepción del personal de enfermería de los establecimientos de primer nivel sobre la coordinación con el personal de transporte (ambulancia) para realizar la referencia del paciente pediátrico. Segundo Semestre 2018.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación de resultados:

Luego de recoger la información de los profesionales de enfermería que trabaja en los establecimientos del primer nivel de atención, la mayoría de ellos manifestó que siempre hay coordinación con el personal de transporte o ambulancia para realizar adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos hacia el Servicio de Emergencia del Hospital Japonés, este grupo de profesionales conforman un 60% del total. Seguidamente con el 24% están los profesionales de enfermería que manifiestan que a veces hay una adecuada coordinación con el personal de la ambulancia para llevar a cabo adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos. Finalmente, el restante 16% de enfermeras manifestó que nunca hay coordinación adecuada con el personal de ambulancia para llevar a cabo las transferencias de pacientes pediátricos.

4.2 Discusión

La población pediátrica más representativa está situada en el grupo etáreo de entre 14 a 6 años, evidentemente por ser un hospital de referencia muchos casos vienen a recibir atención especializada, tanto en la parte medica como los servicios de diagnóstico. El sexo prevalente de los pacientes pediátricos referidos fue el masculino, aparentemente las mujeres muestran una mejor tolerancia a algunas enfermedades. Los centros de primer nivel son las principales instituciones de salud que emiten pacientes referidos debido a que ellos no cuentan con médicos especialistas ni los equipos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades. Las patologías respiratorias fueron las que más prevalecieron, a pesar que Santa Cruz es una ciudad oriental y el clima en general es caluroso, aunque en ciertas épocas del año los climas fríos azotan la región. Eso puede ser un detonante de las patologías respiratorias en niños.

La mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, llegaron en estado de confusión, es decir que aunque no estaban inconscientes no estaban conscientes totalmente de la situación que afrontaban. El signo vital que más fue alterado en los pacientes pediátricos fue la respiración, que no solo puede deberse al hecho de padecer una patología, también se puede pensar que los factores emocionales propios de un niño asustado pudieron alterar todos los signos vitales. El servicio de ambulancia 106, es un brazo operativo del Seguro Municipal de Salud que presta servicio gratuito a los pacientes que lo requieren. No es de extrañar que este sea el servicio de transporte que más se ha utilizado en los pacientes referidos. La vía venosa permeable es sumamente importante ya que permite introducir fármacos de emergencia al organismo del paciente pediátrico, no es de extrañar que la mayoría de

pacientes haya llegado con la vía permeable, este dispositivo puede cambiar el curso del pronóstico médico.

Los pacientes que llevan días internados necesitan hacer uso de una sonda cuando no pueden evacuar de manera normal. En el presente estudio se halló que la mayoría de pacientes tenían instalada la sonda debidamente sujeta, lo que brindaba seguridad al momento de manipular al paciente, ya que si esta sonda estaría mal sujeta se podría salir y exponer al paciente a complicaciones. Más importante aún, se debe contar con un sistema de oxigenación funcionando correctamente, ya que abastece de una función vital al organismo del paciente, que de otro modo en algunos casos, no podrían respirar con normalidad, en este caso la mayoría tenía el sistema de oxígeno instalado correctamente y se observó que tenían un estado de higiene regular, aunque este no afecta considerablemente a la salud del paciente, si refleja el interés del profesionales de enfermería que se encarga de los cuidados del niño.

Luego de recoger la información de los profesionales de enfermería que trabaja en los establecimientos del primer nivel de atención, la mayoría considera que a veces hay disponibilidad de material para realizar adecuadamente las transferencias de los pacientes pediátricos hacia el Servicio de Emergencia del Hospital Japonés, esta situación puede deberse al insuficiente abastecimiento de recursos materiales a los Centros de Salud. Sin embargo, no pasa lo mismo con los equipos, ya que estos según la mayoría, siempre hay disponibilidad de los equipos necesarios para realizar las transferencias de los pacientes pediátricos. Existe para bien de los pacientes una constante coordinación con el personal médico para realizar las transferencias, además que siempre se cuenta con personal disponible para realizar las transferencias y siempre hay coordinación con el personal de transporte o ambulancia para las transferencias.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 conclusiones

1. La mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés durante el segundo semestre de 2018, tenían edades de 4 a 6 años, eran en su mayoría varones, fueron referidos desde un centro hospitalario de 1er nivel y tenían algún tipo de patología respiratoria como la más prevalente.
2. Respecto al estado de conciencia en el cual llegaron los pacientes, la mayoría de pacientes pediátricos que ingresaron referidos, llegaron en estado de confusión, estos eran aproximadamente la mitad de todos los ingresos. Y el principal signo vital alterado fue la respiración.
3. La mayoría de pacientes pediátricos que llegaron referidos al Hospital Japonés, llegaron a través del Servicio de ambulancias 106 y con vía venosa permeable, con algún tipo de sonda que estaba debidamente sujeta, lo que facilitaba el movimiento del paciente. Además, casi la mitad de pacientes llegaron con el Sistema de oxígeno instalado correctamente, pero en un estado de higiene o aseo regular.
4. Más de la tercera parte de los profesionales de enfermería que trabaja en los establecimientos del primer nivel, manifestó que no siempre hay disponibilidad de material para realizar adecuadamente las transferencias, pero más de la mitad manifestó que siempre hay disponibilidad de los equipos necesarios para las transferencias y que siempre se coordina adecuadamente con el personal médico para realizar las transferencias. Casi la tercera parte del personal refiere que siempre hay personal disponible para realizar las transferencias y que estas en su mayoría se hacen a través del servicio de ambulancias 106.

5.2 Recomendaciones

A los profesionales de enfermería.

- ✓ Mantener los equipos de oxigenación totalmente funcionales, realizar la revisión del contenido de los tanques de oxígeno constantemente, la movilidad del tanque y la funcionalidad del manómetro, porque es de vital importancia que estas funciones al momento de recibir a los pacientes pediátricos que llegan referidos.

- ✓ Mantener siempre en stock los medicamentos del carro de paro, ya que este posee todas las drogas y medicamentos necesarios para resucitar o revertir estados de inconciencia o confusión de los pacientes que llegan a la emergencia, coordinar con el resto del personal la revisión diaria en el pase de turno.

A la jefatura de enfermería

- ✓ Coordinar con las autoridades y con el personal del servicio de ambulancia la existencia de un equipo de comunicaciones para su uso durante el traslado del paciente que llega en ambulancia, ya que el personal de enfermería no se entera si se presenta algún suceso en pleno traslado, esta vía de comunicación podrá tener al tanto al personal de emergencias de la llegada y el estado del paciente.

A la jefatura de hospital

- ✓ Llevar a cabo la constante revisión y/o reposición de los equipos que están en el Área de Emergencia, para su arreglo inmediato, para que puedan mantenerse operativos ante las emergencias. Del mismo modo llevar a cabo un estudio del impacto que tiene la cantidad de pacientes

que llegan a emergencia tanto adultos como pediátricos, para así poder determinar si los espacios son insuficientes.

Al personal de salud de los Centros de Salud

- ✓ Tratar de cumplir lo mejor posible la referencia del paciente pediátrico, con sus estudios completos, documentación y estado de sus sondas, vías periféricas, vías de oxigenación y todo lo que sea necesario, ya que depende mucho de eso que el paciente llegue en buen estado para que pueda recibir la asistencia especializada en la emergencia.

- ✓ Poner al tanto de sus superiores el estado en el que se trabajan las referencias pediátricas, las dificultades que tienen, la forma en que trabajan con el resto del equipo médico y de transporte, para así concientizar sobre la necesidad de mejorar constantemente este servicio.

Referencias Bibliográficas

1. García Servén J. Organización estructural y funcional de un establecimiento de salud. Sistema de referencia-contrarreferencia de pacientes. Obtenido de: <http://www.garciaserven.blogspot.com/>(Consulta: setiembre 2007).
2. Rendon L, Bejarano M. Remisiones en el Valle del Cauca. Análisis y pautas para orientar la red de servicios 2003-2004. *Colomb Méd* 2005; 36(1): 23-8.
3. Socios para la Reforma del Sector Salud (Partners for Health Reformplus). Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020. Perú: PHRplus, 2003.
4. Bello J. Cumplimiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes en redes locales de Salud. In: Informe de la Beca Carrillo-Arturo Oñativia 2002. Bases del Plan Federal de Salud, 2004-2007. Argentina.
5. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: OPS; 2010.
6. Rovere, M. Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Ed: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.
7. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006;20:485-95.
8. Plan Estratégico 2009-2012 Hospital El Cruce, Alta Complejidad en Red. Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina: s.n. 2009-2012.
9. Pardo L, Zabala C, Gutierrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en Pediatría. Análisis de la

- situación en el Hospital Pediátrico Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Med Urug* 2008;24:69-82.
10. Terrazas ML. Red de servicios. Referencia y Contra referencia. *Archivo del Hospital La Paz* 2007;5:30-3.
 11. Pérez A, Febrel M, Domeco H. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gacsanit* 2000;14:122-30.
 12. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Retorno 2008. Serie Técnico – Normativos. La Paz-Bolivia.
 13. Norma nacional de referencia y contrareferencia. Edición corregida y revisada. /Ministerio de Salud y Deportes. La Paz: Print Artes Gráficas, 2013.
 14. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Norma nacional de referencia y contrareferencia. Edición corregida y revisada. / Ministerio de Salud y Deportes. La Paz: Print Artes Gráficas, 2013.
 15. Renter Valdovinos L, Gil Juanmiquel L, Rodrigo García R, Domínguez Sampedro P. Transporte del niño críticamente enfermo. En: López-Herce Cid J, Calvo Rey C, Rey Galán C, Rodríguez Núñez A, Baltodano Agüero A, eds. *Manual de cuidados intensivos pediátricos*, 4.^a ed. Madrid: Publimed, 2013; 695-708.
 16. Moreno Hernando J, Thió Lluch M, Salguero García E, Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echaniz Urcelay I, et al. Recomendaciones sobre transporte neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2013; 79: 117.e1- 117.e7.
 17. Domínguez-Sampedro P. Hacia el pleno desarrollo del transporte pediátrico en España. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81(4): 203-204.
 18. Orr RA, Felmet KA, Han Y, McCloskey KA, Dragotta MA, Bills DM, et al. Pediatric specialized transport teams are associated with improved outcomes. *Pediatrics*. 2009; 124: 40-48.

19. Domínguez Sampedro L, Renter Valdovinos Y, Peña S, Cañadas P. Transporte del niño crítico. En: López-Herce J, Calvo Rey C, Rey Galán C, Rodríguez Núñez A, Baltodano Agüero A, eds. Manual de cuidados intensivos pediátricos. Madrid: Publimed, 2009; 659- 657.
20. Guidelines Committee of the American College of Critical Care Medicine. Guidelines for the transfer of critically ill patients. Crit Care Med. 1993; 21: 931-937.
21. Edge WE, Kanter RK, Weigle CG, Walsh RF. Reduction of morbidity in interhospital transport by specialized pediatric staff. Crit Care Med. 1994; 22: 1.186-1.191.
22. Cordero J, Nachar C, Baeza J. Traslado intrahospitalario de pacientes críticos [abstract]. Rev Chil Pediatr. 1992; 63: 93.
23. González H, Martín OH, Santos M, Martínez M, Villar A, Moussallen G. Transporte pediátrico en Castilla-León: estudio retrospectivo de un hospital emisor. Bol Pediatr. 1995; 36: 313-321.
24. Plan Estratégico 2009-2012 Hospital El Cruce, Alta Complejidad en Red. Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina: s.n. 2009-2012.
25. Sánchez Valtierra, J. (2013). Práctica docente. Métodos de investigación mixto: un paradigma de investigación cuyo tiempo ha llegado.
26. Montero Delgado F, Morlans Molina M. Para deliberar en los Comités de ética. SANOFI, editor. Barcelona (España): Fundación Doctor Robert; 2009. ISBN: 978-84-692-2297-3

ANEXOS

Anexo 1: Carta de Autorización.



UNIVERSIDAD AUTONOMA "JUAN MISAEL SARACHO"
DIRECCION DE POSTGRADO DE SALUD.
Santa Cruz - Bolivia
 Calle Velasco No 580. 3er. Piso Telf. 3370219



Santa Cruz 04 de septiembre 2019.

A:

Dr. Víctor Hugo Zambrana B.

Director Hospital Japonés

PRESENTE.-

REF: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS DE INVESTIGACION, CON FINES DE ELABORACION DE TESIS.

Tema: "Eventos adversos en niños pediátricos referidos al Hospital Japonés 2º Semestre 2018".

Saludo a usted cordialmente, el motivo de la presente es para certificar que la **Lic. Virginia Nina Villarroel.**; es Maestrante del programa Enfermería Neonatológica Pediátrica IV.

Solicito a su autoridad el poder brindar la colaboración para la recolección de sus datos en la elaboración de su Tesis.


Agradeciendo su gentil atención me despido con las consideraciones más distinguidas

Atentamente:


 Lic. Elizabeth Tejerina D.

COORDINADORA OPERATIVA DE POSGRADO SALUD

U.A.J.M.S.


 LICENCIADA EN QUÍMICA - FARMACIA
 QUÍMICA ANALÍTICA

AC/M.A.P.C
 Secretaría.
 C.c. ARCHIVO

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS. HOSPITAL JAPONÉS. 2º SEMESTRE 2018.

La presente ficha de recolección de datos tiene el objetivo de recolectar información de los pacientes que son referidos al Servicio de Emergencia del Hospital Japonés desde los distintos niveles de atención.

1.- Características de los pacientes pediátricos referidos según:

Edad	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> De 7 a 10 <input type="checkbox"/> De 11 a 14
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Lugar de referencia	<input type="checkbox"/> Nivel 1 <input type="checkbox"/> Nivel 2 <input type="checkbox"/> Nivel 3 <input type="checkbox"/> Privado
Diagnóstico patológico	<input type="checkbox"/> Patología respiratoria. <input type="checkbox"/> Patología digestiva. <input type="checkbox"/> Otras. (traumas, convulsiones, quemaduras, etc.)

2.- Estado general de salud de los pacientes pediátricos

Estado de conciencia	<input type="checkbox"/> Estado de alerta. <input type="checkbox"/> Estado de confusión. <input type="checkbox"/> Estado de obnubilación. <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma
Signos vitales	<input type="checkbox"/> Todos los signos vitales con valores normales. <input type="checkbox"/> Taquicardia o bradicardia. <input type="checkbox"/> Taquipnea o bradipnea. <input type="checkbox"/> Hipertensión o hipotensión. <input type="checkbox"/> Hipertermia o hipotermia.

3.- Eventos adversos que se presentan en los pacientes pediátricos referidos.

VARIABLE	ESCALA
Agente de traslado	<input type="checkbox"/> Servicio 106 <input type="checkbox"/> Ambulancia privada <input type="checkbox"/> Auto particular <input type="checkbox"/> Otros.
Eventos adversos en vías de acceso	<input type="checkbox"/> Vía permeable <input type="checkbox"/> Vía infiltrada <input type="checkbox"/> Sin Vía <input type="checkbox"/> Tamaño de bránula inadecuada
Eventos adversos en Sondas	<input type="checkbox"/> Con sonda sujeta <input type="checkbox"/> Sonda no sujeta <input type="checkbox"/> Sonda obstruida. <input type="checkbox"/> Sin sonda.
Eventos adversos en oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Con O2 <input type="checkbox"/> Sin O2 <input type="checkbox"/> Cánula nasal. <input type="checkbox"/> Con mascarilla.
Eventos adversos en la Higiene	<input type="checkbox"/> Con buena higiene. <input type="checkbox"/> Con regular higiene. <input type="checkbox"/> Con mala higiene

ENCUESTA

EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS. HOSPITAL JAPONÉS. 2º SEMESTRE 2018.

La presente ficha de recolección de datos tiene el objetivo de recolectar información de los profesionales de enfermería que tiene a su cargo referir a los pacientes pediátricos **desde los centros de salud a otros nosocomios**.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y conteste eligiendo una sola de las opciones ofrecidas.

VARIABLE	ESCALA
¿Hay Material disponible para realizar adecuadamente la referencia del paciente pediátrico?	<input type="checkbox"/> Siempre hay disponibilidad de material. <input type="checkbox"/> A veces hay disponibilidad de material. <input type="checkbox"/> Nunca hay disponibilidad de material.
¿Hay disponibilidad de equipos para realizar adecuadamente la referencia del paciente pediátrico?	<input type="checkbox"/> Siempre hay disponibilidad de equipos. <input type="checkbox"/> A veces hay disponibilidad de equipos. <input type="checkbox"/> Nunca hay disponibilidad de equipos.
¿Existe una Coordinación adecuada con el equipo médico para la referencia de los pacientes pediátricos?	<input type="checkbox"/> Siempre se coordina <input type="checkbox"/> A veces se coordina <input type="checkbox"/> Nunca se coordina.
¿Existe Disponibilidad de personal para realizar adecuadamente la referencia del paciente pediátrico?	<input type="checkbox"/> Siempre hay personal disponible. <input type="checkbox"/> A veces hay personal disponible. <input type="checkbox"/> Nunca hay personal disponible.
¿Existe una Coordinación con el equipo de transporte (ambulancia) para realizar adecuadamente la referencia del paciente pediátrico?	<input type="checkbox"/> Siempre hay coordinación. <input type="checkbox"/> A veces hay coordinación. <input type="checkbox"/> Nunca hay coordinación.