



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES
DE SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Referencia y movilización de pacientes referidas, Unidad de Admisión y Emergencia Maternidad “Concepción Palacios”

Presentado por
Alfredo José Caraballo Mata

Para optar al título de
Especialista en gerencia de servicios asistenciales de salud

Asesor
Beatriz Narváez

Caracas, julio 2006

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES
DE SALUD**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Referencia y movilización de pacientes referidas, Unidad de Admisión y Emergencia Maternidad “Concepción Palacios”

**Presentado por
Alfredo José Caraballo Mata**

**Para optar al título de
Especialista en gerencia de servicios asistenciales de salud**

**Asesor
Beatriz Narváez**

Caracas, julio 2006

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD
REFERENCIA Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES REFERIDAS, UNIDAD DE
ADMISIÓN Y EMERGENCIA MATERNIDAD “CONCEPCIÓN PALACIOS”**

**Autor: Alfredo José Caraballo Mata
Tutora: Dra. Beatriz Narváez
Julio, 2006**

RESUMEN

La MCP constituye el principal centro de referencia del Área Metropolitana y de estados cercanos para situaciones obstétricas/ginecológicas. Las pacientes referidas pudieron haber sido objeto de una decisión diferente, atendidas en el hospital de origen o ser trasladadas a otra institución. EL traslado debe cumplir determinadas características, para que no influya de manera adversa en la condición clínica que motiva la referencia. Se propone valorar las condiciones de referencia y movilización de las pacientes que acuden a la UAE de la MCP, mediante la revisión de una muestra no probabilística intencionada, de trescientos formatos de referencia de pacientes, entre junio – julio 2006 y se obtienen como resultados: En 93 % de las observaciones se identifica la institución referente, pero detalles importantes se reconocen en menor proporción, como fecha/hora (68 %) y responsable (65 %); la descripción del caso clínico se considera adecuada en 76 %, pero sólo coincide con la evaluación en la MCP en 65%. La razón que justifica la referencia se identifica en 85 %, principalmente dada por cupo pediátrico, área quirúrgica, cupo materno y recursos humanos, que totaliza 80 %. El 48 % de las pacientes provienen del estado Miranda y asisten por sus propios medios (84 %). Las condiciones de traslado se catalogaron como inseguras, con posibilidad de repercutir negativamente en el pronóstico en un 56 %; no obstante, sólo en 19 % de los casos, se establece que hay progresión del estado que motivó la referencia. Los principales motivos que determinan la referencia de pacientes a la MCP son administrativos y no médicos, por lo cual, se recomienda considerar estas observaciones para el diseño e implementación de un plan metropolitano de referencia que garantice la atención adecuada para favorecer la salud de la madre y del recién nacido.

Palabras claves: referencia, traslado, motivos de referencia, medios de movilización

Disciplina: Organización y Dirección de Empresas

Área: Servicios de Salud

INDICE

RESUMEN	ii
CAPITULO I. EL PROBLEMA	4
1.1 Planteamiento y delimitación del problema	4
1.2 Objetivos	6
1.2.1 General	6
1.2.2 Específicos	6
1.3 Justificación	7
1.4 Variables	8
1.5 Factibilidad y Limitación	8
1.6 Consideraciones éticas	9
1.7 Cronograma	10
1.8 Presupuesto	10
CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL	11
2.1 Fundamentos teóricos-conceptuales	11
2.2 Definición de términos básicos	16
CAPITULO III. MARCO ORGANIZACIONAL	20
3.1 Maternidad Concepción Palacios	20
3.1.1 Reseña histórica	20
3.1.2 Misión y Visión	23
3.2 Servicio de Sala de Partos	23

3.2.1 Nivel demográfico	24
3.2.2 Distribución espacial	24
3.2.3 Distribución administrativa	25
3.2.4 Misión y visión	26
3.3 Organigrama	26
CAPITULO IV. MARCO METODOLÓGICO	27
4.1 Tipo de investigación	27
4.2 Población y muestra	27
4.3 Técnica e instrumento de recolección de información	28
4.4 Análisis de los resultados	29
CAPITULO V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	39
CAPITULO VI. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	42
6.1 Conclusiones	42
6.2 Recomendaciones	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Anexo A	
Anexo B	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. <i>Distribución de frecuencia de identificación del establecimiento de origen</i>	29
2. <i>Distribución de frecuencia de descripción adecuada del caso clínico en la referencia</i>	30
3. <i>Distribución de frecuencia de identificación adecuada del responsable de la referencia.</i>	31
4. <i>Distribución de frecuencia de señalización de motivo de la referencia</i>	32
5. <i>Distribución de frecuencias de los principales motivos de referencia</i>	33
6. <i>Distribución de frecuencias de los otros motivos de referencia</i>	34
7. <i>Distribución de frecuencias según entidad que refiere</i>	35
8. <i>Distribución de frecuencias según la repercusión de las condiciones del traslado en la evolución del caso clínico</i>	37
9. <i>Distribución de frecuencias según el diagnóstico de ingreso a la Maternidad "Concepción Palacios".</i>	38

INTRODUCCIÓN

Cuando una paciente acude a un centro que presta servicios de salud, puede ocurrir que, dependiendo del tipo de institución al cual asista y el motivo por el que consulta, exista la posibilidad de que la paciente sea admitida en ésta para recibir la atención oportuna que demanda, o sea referida a otro centro de salud que cuente con las condiciones necesarias para efectuar un acto médico seguro que garantice su beneficio. Los motivos por los cuales no se completa la atención pueden ser diferentes, y variar de un momento a otro, en relación con las condiciones operativas de cada institución en particular.

Con relación a los problemas obstétricos y ginecológicos, la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP), tradicionalmente, se ha constituido en el principal centro de referencia del Área Metropolitana y de estados cercanos, pero, en ocasiones, se observa que las pacientes que acuden referidas de otras instituciones para ser atendidas en la MCP pudieron haber sido objeto de una decisión diferente, atendidas en el hospital de origen o ser trasladadas a otra institución distinta a la MCP. Otro aspecto importante es que este traslado debe reunir ciertas características que, de no cumplirse, puede influir de manera adversa en la condición clínica que motivó la referencia.

Además, los recursos necesarios para la atención óptima y oportuna de las pacientes en la MCP tienden a ser cada vez menores, situación que se agrava por el número de pacientes referidas principalmente de instituciones, tanto del Área Metropolitana como de los estados vecinos, por razones que en oportunidades no justifican el traslado; de manera que, resulta importante reconocer los elementos implicados en una referencia para jerarquizar estos

motivos, y poder elaborar propuestas tendientes a optimizar los recursos requeridos para una atención adecuada.

Esta ha sido la motivación de llevar a cabo este trabajo de investigación, en el cual la información se encuentra estructurada de la siguiente manera:

En el Capítulo I, se plantea y delimita el problema a investigar, se presentan los objetivos generales y específicos, la justificación, las variables a estudiar, la factibilidad y limitantes, las consideraciones éticas, el cronograma y el presupuesto del Trabajo Especial de Grado.

El Capítulo II expone los fundamentos teóricos conceptuales y la definición de términos básicos, lo que constituye el Marco Conceptual Referencial.

El Capítulo III contiene una reseña histórica de la Maternidad “Concepción Palacios”, la visión y misión que ofrece la dirección de la institución, así como el organigrama, recurso organizacional de importancia, que permite conocer la distribución de las funciones en la institución y cómo fluye el control. También, describe la Unidad de Admisión y Emergencia, que forma parte del Servicio Sala de Partos, se expone su visión y misión.

A continuación, el Capítulo IV define el tipo de investigación, su diseño, la población y muestra, el instrumento de recolección de la información, y presenta el análisis de los resultados.

En el Capítulo V se hace una discusión de los resultados obtenidos.

Para finalizar con el Capítulo VI, en el cual se encuentran las conclusiones del estudio y las recomendaciones que se proponen, con la finalidad de mejorar la atención de la gestante en el Área Metropolitana, pero, sobre todo, en la Maternidad “Concepción Palacios”.

CAPÍTULO I

El Problema

En este capítulo se presenta, el planteamiento y delimitación del problema a investigar, los objetivos generales y específicos, la justificación, el sistema de variables, la factibilidad y limitación, las consideraciones éticas, el cronograma y el presupuesto del Trabajo Especial de Grado que consiste en: Referencia y movilización de pacientes referidas, Unidad de Admisión y Emergencia Maternidad “Concepción Palacios.

1.1 Planteamiento y delimitación del problema.

Toda paciente que acude a una institución que presta servicios de salud debe ser atendida, según lo expresa el derecho constitucional a la salud, el Código de Deontología Médica y la Ley del Ejercicio de la Medicina, sin embargo, dependiendo del tipo de institución y el motivo de consulta, existirá la posibilidad de que la paciente sea admitida en ésta para recibir la atención que demanda, o sea referida a otro centro de salud que cuente con las condiciones necesarias para efectuar un acto médico seguro, que garantice su beneficio, y más aún, en el caso de la mujer embarazada, en quien se busca preservar la salud del binomio madre-hijo.

Los motivos por los cuales una paciente no es atendida en la institución de salud que consulta inicialmente y es referida a otro centro hospitalario pueden ser diferentes, y variar de un momento a otro, en relación con las condiciones operativas de cada institución en particular, sobre todo cuando se trata de la población obstétrica, ya que generalmente, la oferta de cupos, tanto para la madre como para el recién nacido, supera los

requerimientos de las usuarias, lo cual se agudiza cuando se trata de embarazos con edad gestacional antes del término.

Los distintos entes prestadores de salud que dispone el Estado, se encuentran clasificados en niveles de atención, según lo establecido en la Ley Orgánica de Salud vigente, cada uno de los cuales, está capacitado para atender pacientes con características específicas.

Para la atención de la paciente con condiciones obstétricas o ginecológicas, el Área Metropolitana dispone de diferentes instituciones como Ambulatorios Urbanos, Centros Maternos, Hospitales Generales y la Maternidad “Concepción Palacios”, pero, en ocasiones, se observa que las pacientes que acuden referidas de otras instituciones para ser atendidas en la MCP pudieron haber sido objeto de una decisión diferente, atendidas en el hospital de origen o ser trasladadas a otra institución distinta a la MCP. Otro aspecto importante es que este traslado debe reunir ciertas características que, en ocasiones, no se cumplen, lo cual puede influir de manera adversa en la condición clínica que motivó la referencia.

Con el presente trabajo, se pretende conocer las características de las pacientes que acuden referidas desde otras instituciones a la Unidad de Admisión y Emergencia (UAE) de la MCP, en relación con las condiciones y el motivo por el cual no se les prestó asistencia médica en el centro de origen, así como, las características de su traslado. Por lo tanto, se busca responder las siguientes interrogantes:

¿Cómo se encuentran las condiciones clínicas de la paciente para el momento de su evaluación en la MCP?

¿Se correlacionan los diagnósticos planteados en la institución referente con los emitidos en la MCP?

¿Quién o quienes realizan el traslado?

¿Las condiciones del traslado repercuten en las características clínicas de las pacientes?

¿Se pueden reconocer y jerarquizar las situaciones que determinaron las referencias?

1.2. OBJETIVOS.

En este contexto los objetivos del proyecto estuvieron enfocados a:

1.2.1. General

Valorar las condiciones de referencia y movilización de las pacientes que acuden a la Unidad de Admisión y Emergencia de la Maternidad “Concepción Palacios” referidas por otras instituciones hospitalarias, durante junio – julio 2006.

1.2.2. Específicos

1.2.2.1. Reconocer las condiciones clínicas que presentan las pacientes referidas en el momento de su atención.

1.2.2.2. Comparar los diagnósticos de referencia con los diagnósticos clínicos realizados en la Maternidad “Concepción Palacios”.

1.2.2.3. Identificar quien o quienes realizan el traslado.

1.2.2.4. Determinar las condiciones del traslado de las pacientes y su repercusión en el estado clínico.

1.2.2.5. Reconocer y jerarquizar las situaciones que determinaron las referencias a la Maternidad “Concepción Palacios”.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Los recursos necesarios para la atención óptima y oportuna de las pacientes en la MCP tienden a ser cada vez menores, situación que se agrava por el número de pacientes referidas principalmente de instituciones, tanto del Área Metropolitana como de los estados vecinos, por razones que en oportunidades no justifican el traslado; de manera que, resulta importante reconocer los elementos implicados en una referencia para jerarquizar estos motivos, y así, poder elaborar propuestas tendientes a optimizar los recursos requeridos para una atención adecuada. Por otro lado, resulta imperioso examinar las condiciones del traslado de las pacientes desde su institución de origen, porque, de no realizarse adecuadamente, puede repercutir inapropiadamente sobre las condiciones iniciales por lo que fue referida. Evaluar los aspectos relacionados con las condiciones de referencia y movilización de las pacientes que son derivadas a la MCP resulta relevante porque permitiría reconocer los aspectos que deben ser corregidos, para dar celeridad a la atención y minimizar la repercusión en las condiciones clínicas relacionada con el traslado.

1.4 VARIABLES.

Para este estudio se establece como variable de investigación el valorar las condiciones de referencia y movilización de las pacientes referidas, tomando en cuenta para su operacionalización los siguientes elementos:

- (a) Disponibilidad de elementos relevantes en el formato de la referencia: Identificación de la institución de origen, fecha y hora de emisión, situaciones que determinan la referencia e identificación del responsable.
- (b) Condiciones clínicas de las pacientes: Se considera la descripción del caso clínico, los diagnósticos emitidos por la institución de origen y su correspondencia con la evaluación practicada a su llegada a la MCP.
- (c) Característica del traslado: Dada por el medio utilizado para desplazarse desde la institución de origen hasta la MCP, si acudió a otros centros asistenciales antes de su llegada a la MCP, condiciones del traslado y su repercusión en la evolución del caso clínico.

1.5 FACTIBILIDAD Y LIMITACIÓN.

La realización de este estudio en la MCP es posible, ya que la institución constituye el principal centro receptor de pacientes con problemas clínicos obstétricos ó ginecológicos, que son derivadas de las instituciones de los diferentes niveles de atención existentes, tanto en el Área Metropolitana como de los estados vecinos, por ser la MCP una institución especializada,

de tercer nivel, con la mayor disponibilidad de cupos maternos y para el recién nacido. Para tal fin, se establece un cronograma de actividades, que fue reajustado con respecto al planteado inicialmente debido a situaciones de índole institucional, para cumplir con las actividades programadas en el lapso de tiempo acordado, el cual se detalla en el punto 1.7.

1.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Esta investigación se encuentra fundamentada sobre la base de lo expresado por:

.- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela:

Artículo 83, donde se expresa que el Estado garantizará la salud como un derecho social fundamental y parte del derecho a la vida, por lo cual promoverá y desarrollará políticas para elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

.- Ley Orgánica de Salud:

Artículo 28, que establece que la atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, será prestada en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes.

.- Ley del Ejercicio de la Medicina:

Artículo 15. Las instituciones de asistencia médica públicas o privadas deberán contar con los elementos indispensables para la clase de servicios que ofrezcan.

1.7 CRONOGRAMA.

Los diferentes eventos relacionados con la ejecución de esta investigación se pueden apreciar en el siguiente cronograma de actividades.

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Anteproyecto							
Marco teórico							
Recolección De datos							
Análisis e interpretación							
Informe final							

1.8 PRESUPUESTO.

El monto correspondiente a las erogaciones efectuadas para el pago de los distintos recursos y suministros demandados para el desarrollo y ejecución de este trabajo de investigación corresponde a setecientos mil bolívares (Bs 700.000,00).

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

Se presentan investigaciones relacionadas con la temática del estudio; igualmente se precisan algunos aspectos teóricos y conceptos vinculados.

2.1 Fundamentos teóricos-conceptuales

En la búsqueda de información publicada con respecto al punto que motiva este estudio, como lo es la importancia de la información contenida en la hoja que emite una institución que refiere a una paciente por no poder suministrarle la atención que demanda y la forma como llega al centro hospitalario al cual es enviada, se encuentra información general de valor. Así, se puede apreciar que la organización de los establecimientos de Salud presente en el país no difiere de la establecida en otros países latinoamericanos, en los cuales existen distintos niveles de atención.

En Perú, se observa la existencia de un Sistema Integral de Referencia. Loyola (2004) define este sistema como:

el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales, dispuestos de manera ordenada, por medio del cual la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los pacientes, es garantizada, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive o viceversa .

El adecuado funcionamiento de este sistema trae como resultado la disminución de las complicaciones, la morbilidad y mortalidad, las estancias hospitalarias y, sobre todo, los costos implícitos.

No se identificó Información sobre los beneficios de la existencia de sistemas de referencia relacionada directamente con la población obstétrica-ginecológica, sin embargo, se presentan distintos trabajos que indican el estado del problema en diferentes países de América Latina.

En Cuba, para el año de 1996, el médico era el encargado de trasladar personalmente al paciente, sin que existiera un formato oficial para transferir. Pero, Sansó (1999), reporta la realización de un trabajo descriptivo, prospectivo, con el objetivo de proponer un Modelo de Referencia y Contrarreferencia contextualizado, con características de ser único, práctico e integrador, con el fin de mejorar la calidad de atención de los pacientes, demostrando que existían múltiples discrepancias e irregularidades en el sistema antiguo, lográndose la homogeneización de los datos a recoger para facilitar la información transcrita, además de fortalecer el sistema nacional de salud, para mejorar la gestión administrativa del médico y la continuidad de atención del paciente. Este aporte es importante en el contexto de este estudio, ya que se requiere que exista homogeneidad en la información que se suministra en el formato de la referencia, que permita agilizar la atención de la paciente a su llegada a la institución a la cual fue referida.

En Costa Rica, Vargas y Castillo (2002) publicaron un estudio de los motivos o causas de las referencias de los centros de niveles primarios hacia niveles superiores, siendo este de carácter descriptivo y retrospectivo, analizando 6.993 referencias de 36 centros de salud, demostrando que se gestionó eficazmente la capacidad resolutoria de los centros de atención primaria, ya que no estaban capacitados para resolver las diferentes

patologías que fueron diagnosticadas; sin embargo determinaron que hubo una gestión poco eficaz en cuanto al aspecto administrativo médico, al no llenar adecuadamente el formato de referencia, encontrando abreviaturas no permitidas, ausencia del motivo de la referencia, datos no legibles, uso de terminología médica poco habitual, diagnósticos incompletos, incongruencia entre el motivo de consulta y el diagnóstico de la patología por la cual se refería; lo que motivó a la concienciación del personal médico en mejorar el llenado del formato de referencia. Esta realidad no escapa del ámbito nacional y, a su vez, se relaciona con el comentario anterior, en el sentido que el formato de la referencia debe ser realizado en forma adecuada, de manera que refleje las características de la paciente que se refiere, el motivo que impidió que fuese completada su atención en la institución referente y la identificación de quien realiza la referencia.

En México, Carrasco, Rivera y Esteves (2002) presentaron un estudio descriptivo, donde fueron evaluadas 356 referencias de pacientes que fueron admitidos al Hospital General de México, en el trimestre entre julio y octubre de 2001. El objetivo de este estudio era determinar las características de los pacientes adultos remitidos. Se recolectó información relacionada con la edad, sexo, nombre de la institución que refirió, el motivo de la referencia y diagnósticos. Del total de pacientes, el 41 % de de los mismos fueron referidos de centros de II nivel pero 25 % fueron referidos de centros de igual nivel (III), el resto (34 %) de Hospitales privados y especiales. Se evidenció que hubo una adecuada gestión administrativa de la referencia por parte del médico, además, se confirmó la inexistencia del número adecuado de centros que puedan resolver patologías específicas, lo cual generaba sobrecarga del sistema. La pertinencia de este estudio se presenta sobre la base del cumplimiento de la atención por niveles y la sobrecarga que se genera en instituciones, como ocurre en la MCP, principalmente en lo referente a la atención de pretérminos.

Para el año 1994, el Instituto de Salud de México observó que en el Estado de México se habían detectado problemas en el funcionamiento del sistema en los diferentes niveles de atención de los pacientes pediátricos, tales como: a) retraso en la atención; b) duplicación de recursos y esfuerzo; c) interrupción de tratamientos y desplazamientos innecesarios de pacientes; d) insatisfacción del usuario y del personal de salud. Con el objetivo de tener una atención integral, oportuna, pero además de optimizar recursos, a partir de 2002 se establecieron lineamientos de Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos en el Estado de México, a través de un Comité de Referencia y Contrarreferencia. Esta vivencia debería ser tomada en consideración con el objeto de establecer una adecuada red que garantice la atención oportuna de las gestantes que concomitantemente presenten complicaciones.

En Colombia, una evaluación realizada al sistema de referencia en los años noventa demostró que existían ciertas debilidades dadas por: a) escasa concepción acerca de la organización del sistema por parte del personal de salud; b) inadecuada remisión; c) falta de una contrarreferencia; d) uso ineficientes de recursos; e) subutilización de niveles inferiores y congestión de los superiores; e) insatisfacción por parte del usuario; f) inexistencia de un manual de procedimientos administrativos de referencia y contrarreferencia; g) falta de uniformidad en el manejo del formato y escaso conocimiento por parte del recurso humano (Fepafem 2003). Por otra parte, Gómez, Serra, Arias, Giron y Mateus (2000) efectuaron estudio descriptivo cuali-cuantitativo, en el cual realizaron la revisión de 1.513 referencias de 32 centros de salud de diferentes niveles de atención; los objetivos estaban relacionados con la caracterización del sistema y la pertinencia de las remisiones generadas en las consultas externas, de emergencia y hospitalización, obteniendo como resultado la existencia de debilidades en la toma de decisión al remitir al paciente y concluyeron que en el 60,5 % de las

referencias no se encontró un criterio médico o institucional pertinente para remitir al paciente; hubo falta de comunicación entre las redes asistenciales; falta de procedimientos claros para referir; además de la inexistencia de la contrarreferencia. Como se puede apreciar, son problemas que no escapan de nuestra realidad y que requieren un manejo gerencial eficaz, que garantice la mejora de estos problemas para optimizar los siempre escasos recursos de las instituciones.

En nuestro país, la normativa establecida en la Ley Orgánica de Salud, muestra que los ambulatorios y hospitales pertenecientes al Sistema Público Nacional de Salud están organizados de acuerdo con su nivel de complejidad y capacidad resolutive, y que actuarán de manera coordinada entre sí en la red pública de salud correspondiente para prestar servicios a la población respectiva. Esta capacidad resolutive es de extrema importancia, ya que los centros de salud cumplirían las funciones establecidas. Pero, paralelamente, desde 2004, comienza el funcionamiento del programa gubernamental Barrio Adentro, el cual de manera progresiva ha llevado a la apertura de un número creciente de centros asistenciales que no cuentan con los recursos suficientes para efectuar la atención óptima de las pacientes y la consiguiente derivación a los Hospitales Generales.

A pesar de la inexistencia de información publicada en la literatura venezolana revisada, se conoce que en la MCP, en distintos momentos se ha efectuado revisiones de las referencias a la institución, como menciona G. Viera (comunicación personal, junio 12, 1995) quien hacía reflexiones sobre el proyecto Red Materno-Infantil del Área Metropolitana de Caracas, en el cual, la MCP, constituía el principal centro piloto de referencia y la situación de dotación y mantenimiento de los distintos hospitales, comentaba que:

Si un hospital está debidamente dotado de insumos, material médico-quirúrgico y medicamentos, el número de referencias disminuiría notablemente, como se demostró en la revisión efectuada, en la cual, este motivo ocupó el segundo lugar como causa de referencia, con un 21,57 % del total. El primer lugar correspondió a falta de cupo materno con 22,02 % , en el tercero, falta de cuidados neonatales con 21,10 % y en cuarto lugar, prematuridad con 18,80 %.

La situación expuesta anteriormente, constituye la realidad diaria de esta institución, lo cual trae como consecuencia la presencia de índices de morbilidad y mortalidad, que en 2005 constituyeron el motivo de la intervención del hospital por parte de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor. La dirección del hospital reconoce que, actualmente, la tasa de mortalidad infantil en este centro es de 25 / 1.000 nacimientos, básicamente determinada por prematuridad. Sostiene Briceño (2006) que:

el problema fundamental es la cantidad de pacientes referidos desde otros hospitales tanto del Distrito Capital como de otros estados, lo cual hace que la tasa de mortalidad sea la de otros estados, ya que con la capacidad de atención disponible, en oportunidades, sólo se puede prestar la ayuda a morir de forma digna.

2.2 Definición de términos básicos

Aborto: Expulsión o extracción de un embrión o feto con un peso a lo sumo de 500 gramos, o con menos de 22 semanas de gestación contadas a partir de la fecha de la última regla.

Amenaza de parto pretérmino: presencia de contracciones uterinas dolorosas sin modificaciones del cuello uterino, que ocurre después de las 22 semanas y antes de cumplirse las 37 semanas.

Cesárea: extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas, a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero.

Condiciones clínicas: grupo de síntomas y signos que van a definir el estado de salud de un paciente.

Contrarreferencia: proceso por medio del cual, se devuelve la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el resultado de la prueba diagnóstica, al centro de salud referente.

Decisión médica: conducta o determinación que toma un médico ante una situación.

Embarazo a término: periodo de la gestación humana comprendido entre 37 y 42 semanas.

Embarazo pretérmino: periodo de la gestación humana que abarca el tiempo que transcurre después de las 22 semanas y antes de cumplirse las 37 semanas.

Medios de movilización de pacientes: recursos utilizados para el desplazamiento de los pacientes, que puede llevarse a cabo entre instituciones ó internamente en un centro prestador de salud.

Médico referente: Profesional de la institución responsable de la transferencia del paciente a otra institución de salud.

Motivo de consulta: situación clínica que obliga a un paciente a buscar atención médica.

Paciente: persona que se encuentra bajo atención médica.

Parto: es el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno.

Redes de servicio: conjunto articulado de unidades de prestación de servicios según el nivel de atención y grado de complejidad, ubicadas en un área geográfica concreta, con una población asignada, apoyadas en normas operativas, técnicas y con una estructura de comunicación.

Referencia: transferir la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

Ruptura prematura de membranas fetales: solución de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo.

Sitio referente: Institución de salud que emite la referencia.

Sufrimiento fetal: Estado en el cual la fisiología del feto se haya tan alterada que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un lapso relativamente breve.

Trabajo de Parto es el proceso mediante el cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta, cuando el producto de la gestación es mayor de 20 semanas y su peso superior a 500 grs.

Unidad de Admisión y Emergencia: espacio físico destinado para la evaluación de los pacientes que llegan por situaciones agudas a un centro que presta servicios de salud.

CAPÍTULO III

MARCO ORGANIZACIONAL

Se realizó un análisis documental de la Maternidad “Concepción Palacios” y del servicio Sala de Partos, presentándose a continuación reseña histórica, misión, visión y organigrama.

3.1. MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS.

3.1.1. Reseña Histórica

Desde 1936, las autoridades municipales del Distrito Federal mostraron preocupación por el problema de la necesidad de una maternidad para Caracas. El 15 de junio de 1936 se decreta su construcción y su inauguración oficial se realizó el 17 de diciembre de 1938 por el Presidente de la República Eleazar López Contreras y el gobernador del Distrito Federal, General Albano Mibelli, recibiendo el nombre de la madre del Libertador Simón Bolívar: “Concepción Palacios”.

Comenzó con una capacidad de 100 camas para cubrir la asistencia obstétrica gratuita de la población de la ciudad capital y sus alrededores. El primer nacimiento se realizó el día 7 de enero de 1939, luego ante el vertiginoso aumento de la población se decretó la construcción de una nueva edificación, lo cual comenzó el 27 de marzo de 1957 y fue inaugurada por el General Marcos Pérez Jiménez el 8 de diciembre de 1957, pero, no fue sino hasta el 4 de enero de 1959, cuando fue puesta en marcha con la asistencia del Presidente de la República Dr. Edgar Sanabria.

En la maternidad “vieja”, fueron puestas en funcionamiento las consultas externas de obstetricia, ginecología y esterilidad con sus servicios

auxiliares de laboratorio, radiología, odontología y Servicio Social. Igualmente se ubicó allí el Servicio de Banco de Sangre y el Servicio de Estadística y Archivo, y en el edificio “nuevo”, se ubicaron las áreas de hospitalización, Sala de Partos, Quirófano, laboratorio central y otras dependencias básicas.

Para el año 1988, se aprobó el proyecto de la torre de consulta externa, obra iniciada en 1989, pero paralizada en 1991 por carencia presupuestaria.

Es importante señalar que, esta institución ha tenido una evolución histórica que hoy la hace rebasar los límites naturales de una maternidad, por haberse convertido en un hospital general de atención a la mujer y al niño venezolano, ya que además de ofrecer las especialidades de Obstetricia y Ginecología, brinda cabal asistencia médica en otros campos indispensables para la prestación integral de la salud de la mujer y el niño.

En 1972 fue considerada como la maternidad de mayor movimiento asistencial, con un record mundial de 47.747 partos; actualmente cuenta con 400 camas de adultas presupuestadas, pero sólo se encuentran operativas 272 camas y 118 camas pediátricas (cuidados intermedios, prematuros, terapia neonatal, patológicos, patología quirúrgica, entre otros), atiende un promedio de 1.200 partos mensuales y es el centro de recepción de muchos de los casos complicados del área capitalina y del resto del país.

Hoy cuenta con 66 años de labor ininterrumpida al servicio de la colectividad y ofrece los servicios de:

- .- Obstetricia: consulta prenatal, embarazos de alto riesgo, Unidad de Medicina Materno Fetal y atención de partos y puerperio.
- .- Planificación familiar.
- .- Ginecología.

- .- Fertilidad.
- .- Diagnóstico por imágenes: Radiología y Ecosonografía.
- .- Laboratorio Clínico.
- .- Laboratorio de Endocrinología.
- .- Odontología.
- .- Hematología y Banco de Sangre.
- .- Unidad de Infectología.
- .- Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual.
- .- Unidad de Bacteriología.
- .- Unidad de Terapia Intensiva de Adultos.
- .- Medicina Interna.
- .- Nutrición y Dietética.
- .- Cardiología.
- .- Cirugía: cirugía general, anestesia y urología.
- .- Anatomía patológica.
- .- Psiquiatría.
- .- Neonatología: Unidad de Terapia Intensiva del Recién Nacido, Unidad de Cuidados Intermedios, consulta de seguimiento (Neurología, Cardiología, Ortopedia, Genética y Ultrasonido), Unidad de Cuidados Inmediatos, Cirugía Neonatal.
- .- Farmacia.
- .- Unidad de Registro Civil.
- .- Unidad de Vacunas.
- .- Sede de los Postgrados de Obstetricia y Ginecología, Neonatología y Medicina Interna.
- .- Docencia de Enfermería.

La directiva actual de la Institución ha planteado que en aras de mejorar la calidad de los servicios es necesario una mayor participación de las comunidades y cooperativas de servicios que permitan mejorar la

infraestructura de la institución y la calidad de vida de las parturientas y de sus pequeños hijos.

3.1.2. Misión y Visión

La dirección de la MCP expresa como misión y visión de la institución:

Misión

Atender integralmente a la mujer embarazada y al neonato, fomentando la salud, previniendo complicaciones y restableciéndolos al núcleo familiar lo más pronto posible, todo dentro del marco de la atención, docencia e investigación para así mejorar la condición de vida de la familia venezolana.

Visión

La Maternidad “Concepción Palacios” trata de mejorar la asistencia a las mujeres y a los recién nacidos, para así disminuir y controlar los indicadores de salud (tasa de natalidad, mortalidad neonatal) en el Distrito Metropolitano y estar a la vanguardia de la tecnología moderna para la atención materno infantil.

3.2 SALA DE PARTOS.

La MCP cuenta con distintos Departamentos, entre los cuales se encuentra el de Obstetricia y Ginecología. Uno de los servicios que incluye este último Departamento es el de Sala de Partos; que constituye la unidad operativa destinada a prestar servicios médicos especializado en la atención de la mujer embarazada y del recién nacido.

3.2.1 Nivel Demográfico

La MCP es un centro de referencia nacional, las pacientes que acuden provienen, en su mayoría, del área metropolitana (50%), del Estado Miranda (30%), Estado Vargas (10%) y resto del país (10%). Siendo la población femenina estimada por censo 2001 para Venezuela de 11.651.341, el mayor porcentaje se encuentra comprendido entre 15 - 59 años con un 60,3%. El 80% del área de influencia (Distrito Capital y Estado Miranda) corresponde para el censo del 2001 a 2.042.400 mujeres.

3.2.2 Distribución espacial

El servicio de sala de Partos de la Maternidad “Concepción Palacios” se encuentra ubicado en el piso 1 de la edificación conocida como Maternidad Nueva. Una de las dependencias de este servicio se encuentra ubicada en el sótano del edificio nuevo y recibe el nombre de Unidad de Admisión y Emergencia, área destinada a recibir a las pacientes que acuden en la búsqueda de atención médica por presentar situaciones agudas obstétricas ó ginecológicas.

Esta Unidad cuenta con una sala de espera, un ambiente con baño, 4 cubículos para examen físico, 1 cubículo séptico para examen de pacientes con procesos infecciosos, un estar de enfermeras, una faena sucia, un área de hospitalización ambulatorio con 6 camas, cuarto de ecosonografía, una residencia para médico especialista, 1 depósito y la recepción de secretarías.

3.2.3 Distribución administrativa

Hay un jefe de servicio, que es el encargado de sala de partos, contratado a ocho horas. El jefe del servicio coordina a:

- 6 médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia (que poseen cada uno 2 turnos de 6 horas cada semana con guardias cada 6 días) y residentes del curso de especialización en Obstetricia y Ginecología.
- 9 licenciadas en enfermería (1 coordinadora, dedicada a actividades administrativas y 8 encargadas de actividades asistenciales).
- 22 enfermeras auxiliares.
- 8 camilleras.
- 10 camareras.
- 4 secretarias.

En la unidad se efectúan actividades:

- Asistenciales
- Académicas
- Investigación

Este personal se encargará de atender a la población femenina obstétrica-ginecológica que acuda a la MCP para asistencia medico-quirúrgica. Para ello, el servicio mantiene su infraestructura con el presupuesto asignado y funciona veinticuatro horas al día, siete días a la semana.

3.2.4 Misión y visión

Misión:

Prestar un servicio eficaz, efectivo, eficiente y gratuito a todas las mujeres que consultan a este centro ya sea por problemas propios de la gestación o por alteraciones ginecológicas y que ameritan una hospitalización inmediata para tratamiento médico o quirúrgico. Es a su vez un centro de formación práctica y teórica para los nuevos profesionales a los que se les inculca la necesidad de preparación y trabajo en equipo para lograr los mejores resultados.

Visión

Mantener el liderazgo como la maternidad más importante del país, logrando con el uso de la tecnología más avanzada, el conocimiento teórico y la capacitación práctica, mantener la salud y proporcionar bienestar a la mujer embarazada con requerimientos especiales y al recién nacido y a su vez avocarnos a la formación de los nuevos especialistas que el país necesita, siempre en constante conexión con los problemas de la sociedad actual.

3.3 ORGANIGRAMA.

Desde el punto de vista administrativo, en la MCP se identifican distintos niveles jerárquicos, que se visualizan en el organigrama anexo. (Anexo A).

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación.

Se propone la realización de un estudio evaluativo, definido por Fernández- Ballesteros (1996) citado por Yáber y Valarino (2003): que tiene como propósito la sistemática determinación de la calidad o valor de programas, proyectos, planes, intervenciones; el cual permitirá valorar las condiciones de referencia y movilización de las pacientes que acuden a la Unidad de Admisión y Emergencia de la Maternidad “Concepción Palacios” referidas por otras instituciones hospitalarias.

4.2 Población y Muestra.

Población

Ramírez T (1998) define población:

El conjunto de individuos que pertenecen a una misma clase por poseer características similares, limitado por el ámbito del estudio a realizar; es un subconjunto del universo conformado en atención a un determinado número de variables que se van a estudiar, variables que lo hacen un subconjunto particular con respecto al resto de los integrantes del universo.

En este sentido, para el estudio planteado corresponde al total de pacientes que acuden a la Unidad de Admisión y Emergencia de la

Maternidad “Concepción Palacios” referidas de otras instituciones del Área Metropolitana y estados vecinos.

Muestra

“La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (Hernández S, citado por Balestrini M, 2002). Para Ramírez (1998), el muestreo no probabilístico tiene como rasgo fundamental “que desconoce la probabilidad de que un elemento de la población forme parte de la muestra” y, es intencionado, “cuando el investigador obtiene información de unidades de población escogidas de acuerdo a criterios preestablecidos, seleccionando representantes”.

El estudio cuenta con una muestra no probabilística, intencionada de 300 formatos de referencia que portan las pacientes que acuden a la Unidad de Admisión y Emergencia de la Maternidad “Concepción Palacios” referidas de otras instituciones del Área Metropolitana y estados vecinos, durante junio – julio 2006.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de Información.

Como técnica a aplicar en esta investigación se empleará la observación. Se entiende por observación “el proceso intelectual e intencional que el investigador realiza sobre hechos, acontecimientos, datos y relaciones, que señalan la existencia de fenómenos que pueden explicarse en el marco de la ciencia sobre la que se realiza” (Sabino, 2001).

El instrumento es definido por Ramírez (1998): “dispositivo de sustrato material que sirve para registrar los datos obtenidos a través de diferentes

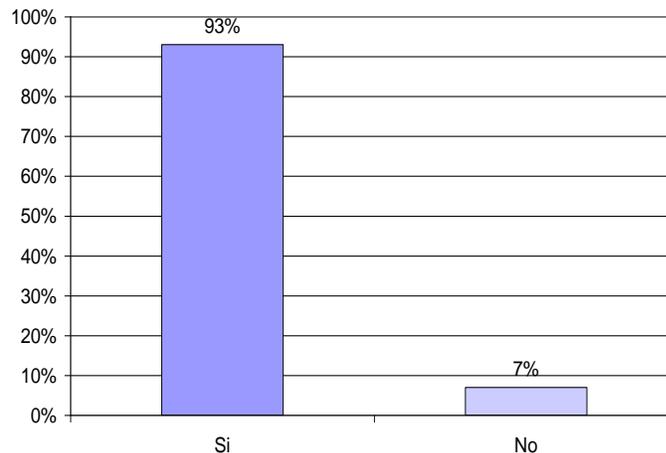
fuentes”. En tal sentido, se diseña un formato estructurado para la recolección de datos pertinentes al estudio, los cuales serán obtenidos de la hoja emitida por la institución referente y que lleva consigo la paciente para el momento de su arribo a la institución (Anexo B).

Este valioso instrumento de trabajo fue sometido a una prueba piloto que permitió determinar su coherencia con lo establecido en el estudio.

4.4 Análisis de los resultados.

Se hace uso de la estadística descriptiva para el resumen y presentación de los datos obtenidos de la revisión de 300 formatos de referencia de pacientes provenientes de otras instituciones, en los meses junio – julio de 2006.

.- Identificación del establecimiento de origen:



Fuente: El autor (2006)

Gráfico 1. Distribución de frecuencia de identificación del establecimiento de origen

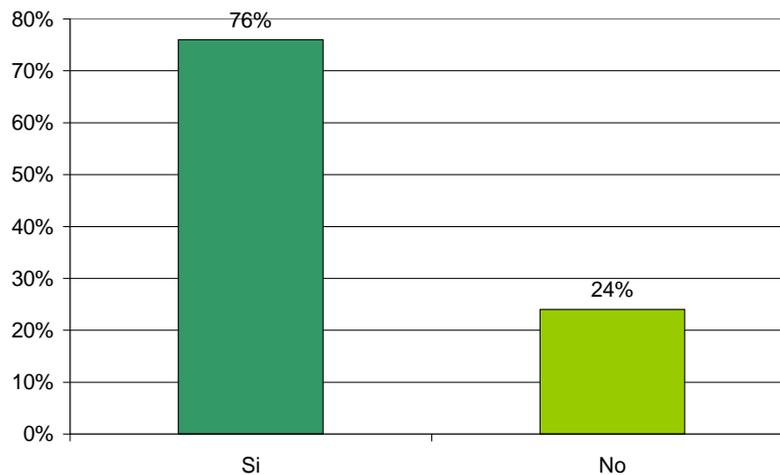
En el 93 % de las observaciones se reconoce con claridad cuál es la institución emisora, ya que dispone de un formato específico, utilizado por los

médicos para el envío de las pacientes a la MCP, lo que permite no olvidar información relevante y necesaria; pero, en el 7 % de los casos, esto no se cumple, la paciente acude con una hoja sin identificación de la institución de la cual proviene, que se obtiene directamente de la paciente, con una información bastante escueta y, prácticamente, anónima.

.- Fecha y hora de emisión:

Este elemento es considerado importante para la atención de este tipo de pacientes se reconoce adecuadamente en el 68 % de los casos, mientras que en el restante 32 % no se logra identificar ninguno de estos elementos, de forma tal que, se requiere obtenerlo de la paciente mediante interrogatorio directo.

.- Descripción del caso clínico:



Fuente: El autor (2006)

Gráfico 2. Distribución de frecuencia de descripción adecuada del caso clínico en la referencia

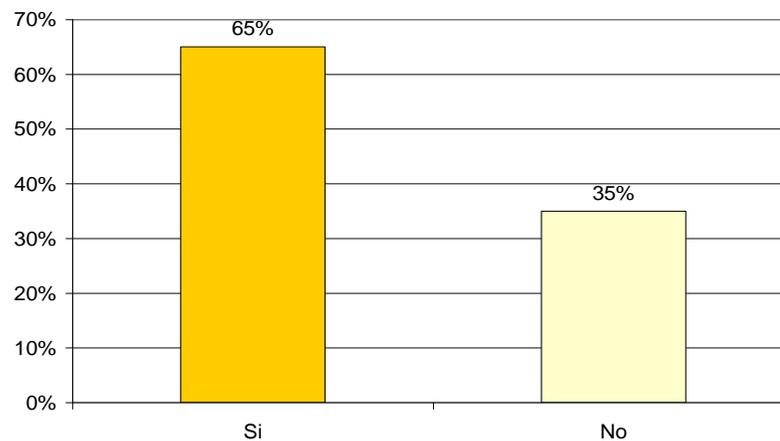
En el 76% de los casos, se considera que los elementos clínicos descritos en el formato de la referencia son adecuados y permiten establecer

la prioridad de atención que requiere la condición por la cual la paciente ha sido trasladada a la MCP; situación que no se presentaba en el 24 % restante, donde no se logra reconocer características importantes, tales como signos vitales de la paciente, descripción del tacto vaginal, exámenes complementarios efectuados o medicación recibida.

.- Condiciones clínicas de la paciente para el momento en el cual fue evaluada en la MCP:

En este aspecto se pudo obtener una correspondencia con la situación clínica descrita en el formato de la referencia en un 65 % de los casos, mientras que, luego de la evaluación requerida en el 35 % restante, se podía reconocer que la condición objeto del traslado no coincidía con la presunción diagnóstica de la institución emisora.

.- Identificación adecuada del responsable de la referencia:



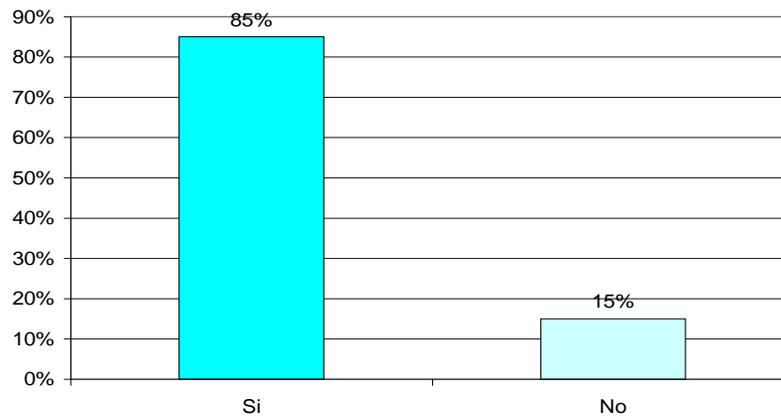
Fuente: El autor (2006)

Gráfico 3. Distribución de frecuencia de identificación adecuada del responsable de la referencia.

Es clara, legible y jerarquizada en el 65 % de las observaciones, pero esto no ocurre así en el 35 % de los casos, en los cuales no se logra

identificar el nombre del médico examinador, la firma está representada por un trazado ilegible, ni su condición jerárquica como médico general, residente asistencial, año de residencia del curso de especialización en obstetricia y ginecología, médico especialista. Tampoco, hay una noción clara si la decisión había sido consultada con el médico de guardia de mayor jerarquía o especialista de guardia.

.- Razón por la cual se efectúa la referencia:

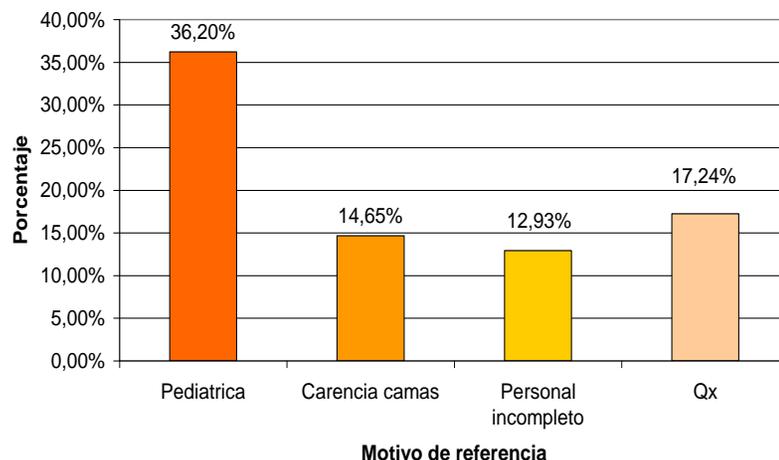


Fuente: El autor (2006)

Gráfico 4. *Distribución de frecuencia de señalización de motivo de la referencia*

Esta información se pudo identificar con suficiente claridad en un 85 % de los casos. Los motivos distribuyen en dos grupos:

Los cuatro principales motivos para el traslado de la paciente a la MCP, se muestran en el gráfico 5.



Fuente: El autor (2006)

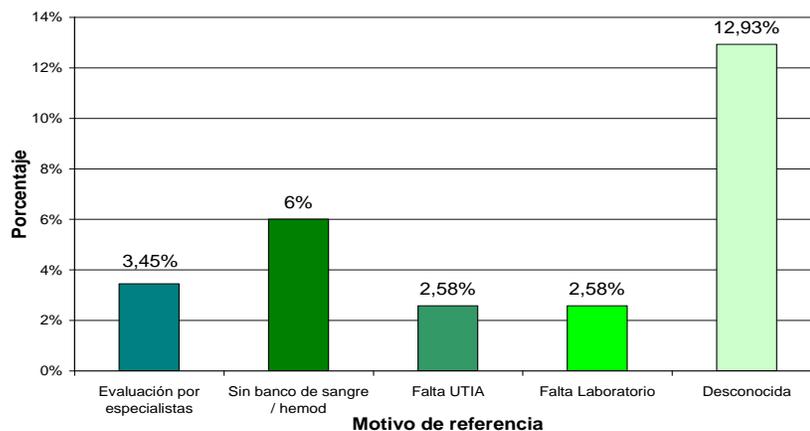
Gráfico 5. *Distribución de frecuencias de los principales motivos de referencia*

Como se aprecia, los motivos más frecuentes por los cuales una paciente fue derivada a la MCP corresponde a:

- (a) Falta de cupo pediátrico: 36,2 %, este aspecto fundamentalmente dado por la carencia de unidades de cuidados intensivos neonatales en el 90 % de los casos, mientras que el 10 % restante manifiesta no disponer de cupos en los retenes generales.
- (b) Problemas del área quirúrgica: 17,24 %. Se señala como principales motivos: área quirúrgica contaminada, falta de insumos o carencia de material quirúrgico estéril, aire acondicionado del área quirúrgica o de sala de partos dañado o falta de succión.
- (c) Carencia de cupos maternos: 14,65 %. Determinado por la no disponibilidad de camas en el área Parto o en el área de hospitalización de obstetricia y ginecología.

- (d) Personal de guardia incompleto: 12,93 %. Principalmente se describe insuficiencias en el personal del equipo quirúrgico, por falta de personal de enfermería o médico especialista en obstetricia y ginecología o anestesiólogo.

Las otras razones que determinan el motivo del traslado se muestran en el gráfico 6.



Fuente: El autor (2006)

Gráfico 6. *Distribución de frecuencias de los otros motivos de referencia*

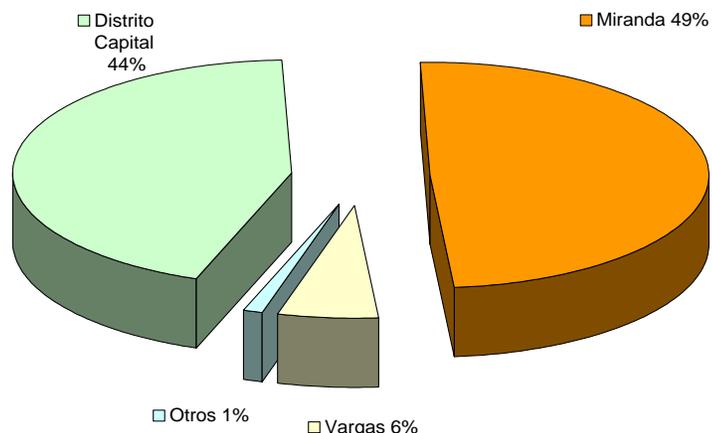
Como se aprecia, estas otras razones que motivan la referencia presentan una menor proporción que las descritas previamente y corresponde a: carencia de Banco de Sangre o de hemoderivados (6 %), evaluación por especialista (3,45 %), falta de cupo en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos (2,58 %) o de laboratorio (2,58 %). Llama la atención que en el 12,93 % de las observaciones no se especifica el motivo de la referencia y la paciente no dispone información de la razón por la cual no

pudo ser atendida en la institución emisora, situación que incrementa el tiempo de atención.

.- Entidad Territorial a la cual pertenece la institución que refiere:

Tabla 1. *Distribución de Frecuencias según el Estado que Refiere.*

Estado	frecuencia	Porcentaje (%)
Miranda	144	49
Distrito Capital	134	44
Vargas	21	6
Otros	1	1



Fuente: El autor (2006)

Gráfico 7. *Distribución de frecuencias según entidad que refiere.*

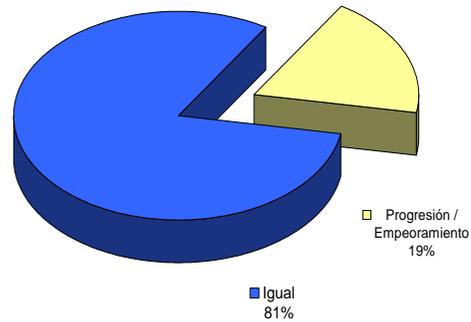
Se reconoce que la mayor proporción de pacientes provienen de instituciones del Estado Miranda (49 %) y del Distrito Capital (44 %). Para el Estado Miranda, los principales entes emisores fueron el Hospital General de los Valles del Tuy, motivado a la falta de personal médico de guardia y el Materno Infantil de Petare, por no contar con sistema de succión; mientras que, en el Distrito Capital, el mayor número de los casos provienen del Hospital Universitario de Caracas, debido a la falta de cupo materno,

pediátrico o ambos; de la Maternidad Santa Ana y Materno Infantil de Caricua por falta de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

En la mayoría de los casos, la paciente asiste directamente desde la institución referente, sólo en 9 casos habían estado en otra institución antes de su llegada a la MCP, en las cuales fueron evaluadas y dada la condición presente se decidió enviar a la MCP.

En el 90% de los casos la paciente acude a consultar a la MCP, ya que esa había sido la decisión de la institución de salud referente, pero en el 10 % de las observaciones, la paciente hace caso omiso a la recomendación y llega por motivación personal. Esto guarda relación con el hecho que sólo en el 16 % de los casos, la paciente viene referida en ambulancia, generalmente en compañía de un paramédico (personal de enfermería o bomberos), mientras que la mayoría de las pacientes (84 %) asisten por sus propios medios. Estas consideraciones permiten catalogar las condiciones de traslado como inseguras, lo que repercute negativamente en el pronóstico en un 56 % de las pacientes.

A continuación, se muestra la apreciación por parte del observador de cómo las condiciones del traslado inciden en la condición clínica.

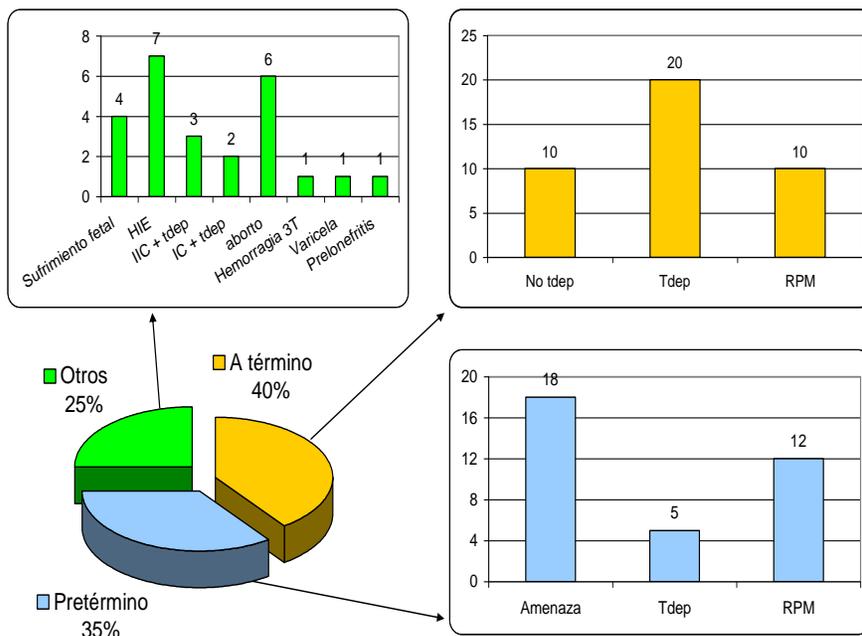


Fuente: El autor (2006)

Gráfico 8. *Distribución de frecuencias según la repercusión de las condiciones del traslado en la evolución del caso clínico.*

En el 81 % de los casos, permanecen condiciones clínicas similares a las observadas en la institución de origen, pero, en el 19 % de los casos, se puede establecer que hay progresión del estado que motivó que la paciente fuera enviada a la MCP, fundamentalmente en relación con el principal motivo de referencia, como lo es la falta de cupo o carencia de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por tratarse de pacientes con amenaza o inicio de parto pretérmino.

Finalmente, se reconoce los diagnósticos de ingreso a la MCP



Fuente: El autor (2006)

Gráfico 9. Distribución de frecuencias según el diagnóstico de ingreso a la Maternidad "Concepción Palacios".

Se observa en la muestra evaluada, que el mayor número de pacientes referidas (40 %) está constituido por gestantes con embarazo a término, de las cuales, el 50 % se encuentra en trabajo de parto (t de p). Además, un número importante de pacientes referidas ingresan con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, en las que el cuello uterino no muestra o presenta pocas modificaciones, de forma tal que, dependiendo de la distancia y el tiempo que transcurra entre ambas instituciones, estos cambios pueden progresar y la situación clínica convertirse en un trabajo de parto pretérmino instalado, con la repercusión que trae en la morbilidad y mortalidad neonatal.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Toda vez que una institución que presta servicios de salud reconoce que no puede brindar la atención oportuna que demanda la paciente que consulta, busca remitirla a otro centro de iguales características o de un nivel superior, dependiendo de la situación. Esta decisión debe basarse en la valoración adecuada de los beneficios y riesgos potenciales que puede traer consigo el traslado.

Debido a la inexistencia de una red integrada de comunicación interinstitucional, se requiere que la hoja que se utiliza como instrumento de comunicación entre las instituciones reúna características que permitan catalogarla como válida y pertinente, de manera que, al ser recibida en la institución a la cual fue referida la paciente, sea atendida sin retardos que comprometan las condiciones clínicas.

En el presente estudio se observa que, aunque idealmente el 100 % de las pacientes debería portar un formato de referencia emitido en la institución de origen por el (los) médico(s) de guardia, que contenga la información necesaria que permita jerarquizar la atención, no se cumple de manera adecuada.

Se aprecia errores administrativos en el llenado de la referencia, tales como: El 7 % de las referencias no identifica la institución de origen, detalle organizacional de importancia, que permite tener una idea inicial del tipo de caso que pueda estar siendo remitido. De gran relevancia resulta conocer la fecha y la hora en la cual fue atendida en la institución referente, ya que el tiempo transcurrido puede constituir un elemento a tomar en consideración

en determinadas condiciones clínicas para la decisión de una conducta, pero sólo se logra identificar adecuadamente en el 68 % de las observaciones, de forma tal que en una proporción importante de pacientes se requiere obtener aproximaciones subjetivas por interrogatorio directo de la paciente. En el 65 % de los casos se puede reconocer que el caso fue atendido por médico, discutido con el médico de guardia de mayor jerarquía o el especialista de guardia (cuando se dispone), el traslado fue autorizado por la dirección de la institución referente. Pero, existe un 35 % de situaciones donde existen errores de identificación de los responsables de la referencia, con presencia de datos ilegibles, incompletos, que deben ser corregidos.

En el 76 % de las pacientes se describe las características clínicas adecuadamente, sin embargo sólo coincide con la exploración hecha en la MCP en el 65 % de las observaciones, situación que amerita la revisión de otros elementos como el tiempo transcurrido en el traslado, retraso en la atención, interrupción de tratamientos iniciados en la institución referente, desplazamientos innecesarios, entre otros, para establecer la discrepancia en la presunción diagnóstica. Es importante destacar que el 80 % de las referencias se realizan por razones no directamente médicas, sino administrativas, las cuales principalmente se relacionan con carencia de cupos maternos, pediátricos o ambos, y problemas del área quirúrgica. No obstante, la disponibilidad de cupos de la MCP también resulta limitada, en relación con su área de influencia y la condición de hospital de referencia.

Con respecto a las características del traslado, llama la atención el hecho que una proporción importante de pacientes referidas (84 %) acuden por sus propios medios, situación que puede ocasionar retardos en la llegada y repercutir negativamente en la condición clínica. Asisten a la MCP según la decisión de la institución referente. En un 16 % de los casos la paciente es trasladada en ambulancia, acompañada por paramédico. Si bien se reconoce

que en el 56 % de las observaciones, las condiciones del traslado pueden ser inseguras y afectar las condiciones clínicas iniciales, sólo en 19 % de los casos se identifica progresión del estado que motivó que la paciente fuera enviada a la MCP, fundamentalmente asociado con el principal motivo de referencia, como lo es la falta de cupo o carencia de unidad de cuidados intensivos neonatales, por tratarse de pacientes con amenaza o inicio de parto pretérmino.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

La realización de este estudio permite obtener una visión objetiva de la problemática que a diario se hace manifiesta en la Unidad de Admisión y Emergencia de la Maternidad “Concepción Palacios”, donde concurren una proporción importante de pacientes referidas de otros centros de salud, las cuales acuden con la esperanza que si podrán recibir la atención que ameritan, pero, esto no siempre puede ser satisfecho debido a las limitaciones de capacidad, recursos humanos, técnicos y económicos, que en grado diverso ha caracterizado a la institución a lo largo de su existencia.

Las pacientes que son referidas a la Maternidad “Concepción Palacios” muestran generalmente condiciones clínicas similares a las descritas en la institución de origen, cuando esta información se dispone, como se observa en la presente revisión, en la cual se obtuvo un resultado de 65 %, no obstante, en muchas de las pacientes incluidas en el 35 % restante, no se logra determinar esta situación por falta de la información en el formato de la referencia.

Los diagnósticos establecidos en la institución referente coincidieron con los emitidos en la MCP para el momento del ingreso, pero, llama la atención, que el principal diagnóstico correspondió a gestantes con embarazos a término no complicados, lo cual constituyó un 40 % de la muestra evaluada, situación que amerita un llamado de atención, ya que, aunado a las pacientes que voluntariamente acuden a este centro, incide en el porcentaje de camas ocupadas, lo cual disminuye la posibilidad de ingreso

para gestantes con complicaciones. Por otra parte, el segundo diagnóstico más frecuente es el embarazo pretérmino con un 35 %, lo cual también debe ser tomado en consideración para establecer un plan de acción efectivo y eficaz, que permita favorecer la atención de las gestantes del Área Metropolitana, ya que, generalmente sucede, que las madres de estos productos se mantienen ocupando la cama asignada, después que han sido dadas de alta, pues su hijo continúa bajo cuidados neonatales y, hasta tanto no egresen ellas permanecen en la institución.

La paciente referida acude con mayor frecuencia por sus propios medios y esta observación constituye para la muestra evaluada el 84 %, situación que ocasiona retrasos en la llegada y posibilidad de comprometer las condiciones de la paciente.

Sobre la base de la observación realizada, se puede afirmar que el hecho de las condiciones del traslado conlleva a que la situación por la cual fue referida progrese o empeore, y esto se constata en el 19 % de las observaciones realizadas en este estudio.

El principal motivo por el cual fueron referidas las pacientes a la MCP lo constituye el requerimiento de cuidados pediátricos (36,2 %), lo cual representa una proporción mayor a la oferta de la institución.

6.2 RECOMENDACIONES

Se requiere la implementación a corto plazo de un sistema de referencia eficaz y eficiente, que garantice la comunicación adecuada entre los distintos centros del Área Metropolitana, con el objeto de mejorar la atención de las pacientes que acuden referidas desde otras instituciones a la Maternidad “Concepción Palacios” por razones que son, fundamentalmente, obstétricas, con el objeto de favorecer la atención del binomio madre-hijo.

Las observaciones derivadas de este estudio, deben ser tomadas en consideración para efectuar plan que asegure un traslado cónsono con la condición de la gestante, para que esta situación no influya negativamente en su pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero, O., Sánchez, M. y Torres, J. (1963) *Historia de la Maternidad "Concepción Palacios"*. Caracas: Tipografía Lux S.A.
- Balestrini, M. (2002). *Como se elabora el proyecto de investigación*. Caracas: BL Consultores Asociados. Servicio Editorial.
- Carrasco, O., Rivera, C., Estévez, J. (2002). Análisis de los pacientes referidos al servicio de urgencias para adultos del Hospital General de México, entre Julio y Octubre de 2001. *Revista de Medicina Interna de México*, 18 (6), 278-82.
- Código de Deontología Médica. (1985).
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5.453 (Extraordinario), Marzo 24, 2000.
- Gómez, L., Serra, M., Arias, N., Girón, S., Mateus, J.(2004). Evaluación de la pertinencia de las remisiones generadas en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá. Recuperado en Abril 15, 2006 de <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/remisionesgeneradas/>
- Instituto de Salud de México. (2004). Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México. Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos en el Estado de México desde el año 2002. Recuperado en Abril 19, 2006 de [http:// www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)
- Ley de Ejercicio de la Medicina. (1982). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 3.002 (Extraordinario), Agosto 23, 1982.
- Ley Orgánica de Salud. (1998). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.263 (Extraordinario), Septiembre 17, 1998.
- Loyola, W. (2004) *Manual de Organización de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud de Perú*. Recuperado en Abril 19, 2006, de <http://www.minsa.gob>.

- Maternidad "Concepción Palacios". (2005, Junio). Boletín informativo. Caracas: Dirección General.
- Méndez, C. (2004). *Metodología*. Bogotá: Editorial McGraw-Hill,.
- Ramírez, T. (1998) *Como hacer un proyecto de investigación*. Caracas: Editorial Panapo de Venezuela, C.A.
- Sansó, F. (1999). Propuesta de un Modelo de Referencia y Contrarreferencia en el sistema de salud Cubano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(6), 613-20.
- Santalla-Peñaloza, Z. (2005). Guía para la elaboración formal de reportes de investigación. Caracas: Editorial Texto, C.A.
- UPEL (2003). Manual de Trabajos de Grado, de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Yáber, G. y Valarino, E. (2003). *Tipología, fases y modelo de gestión para la investigación de postgrado en Gerencia*. Conferencia presentada en el Seminario sobre líneas de investigación en gerencia y economía de la empresa. Universidad Metropolitana. Caracas-Venezuela.