

Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría

Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell

Dres. Laura Pardo*, Cristina Zabala†, Stella Gutiérrez‡, Jorge Pastorini§, Yelena Ramírez¶, Silvia Otero††, Víctor Gil††, Aux. Anahí Juchnewicz‡‡

Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay

Resumen

Introducción: *en nuestro país, como en el resto del mundo, los sistemas de salud están sometidos a procesos de modernización y reforma con el objetivo de adecuar sus capacidades a las necesidades de la población. En este contexto la estructura y gestión del sistema de salud son vehículos importantes para cumplir el objetivo. A fin de hacer buen uso de esta red, resulta crucial asegurar una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención. Un sistema de referencia-contrarreferencia (SRC) constituye una herramienta que pone, a disposición de los médicos, criterios y procedimientos homogéneos que permiten canalizar la demanda para servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención.*

Objetivos: *analizar las derivaciones de pacientes al Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) a través del Departamento de Emergencia (DEP) y de la Policlínica Pediátrica General de Referencia (PPGR).*

Material y método: *se realizó un estudio descriptivo a partir de los registros correspondientes del triage de las interconsultas de las policlínicas de atención primaria a los servicios de neuropediatría, neumología y gastroenterología realizados en la PPGR desde agosto del año 2005 a diciembre de 2006. Se analizaron además los pases realizados al DEP del CHPR desde septiembre a diciembre del año 2006.*

Se realizaron fichas codificadas tanto para evaluar la interconsulta a especialista, así como para evaluar el pase al DEP. Se calcularon porcentajes. Los datos se procesaron mediante Epi Info 6.04.

Resultados: *evaluación de los niños derivados a especialistas. El 69% de los casos procedía de Montevideo. Luego del triage, 69% del total de interconsultas fueron derivadas a la policlínica de referencia. Neuropediatría fue la especialidad más solicitada en 60% de los pases.*

** Ex Profesor Adj. de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

† Asistente de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

‡ Profesor Agdo. de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

§ Profesor Adj. de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

¶ Médico Pediatra de Policlínica de Referencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

†† Médico residente en Administración Hospitalaria. Uruguay.

‡‡ Auxiliar de Enfermería del Departamento de Emergencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Cristina Zabala
Cooper 2307. Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: criszabala@hotmail.com
Recibido: 12/5/2007.
Aceptado: 27/12/2007.

Luego de realizado el triage del total de niños con pase a neuropediatría, 30% fue derivado a esta especialidad, a gastroenterología 0,05% y a neumología 0,03%.

La calidad de los datos fue buena en 30% de los casos. La derivación fue oportuna en 89% de los casos.

Evaluación de los pases al DEP. Del total de consultas en ese período, 24% concurrieron con pase. Se analizó 7,6%. El 73,2% provenía de Montevideo, 20% de Canelones. Los pacientes fueron derivados desde sistemas de emergencia móvil en 39% de casos.

El 26% de los pases fue realizado por pediatra y el resto por médico general o de familia. El motivo de la derivación más frecuente fue por requerimiento de especialista, 29,6%. La calidad del pase fue buena en 64%.

El 57% de los pacientes fue trasladado en ambulancia con médico; de éstos, 58,5% no requería tercer nivel de atención.

Conclusiones: los resultados hallados muestran una ineficiente utilización de los recursos. Se deben establecer medidas para racionalizar el sistema de atención y promover su eficacia. Se proponen medidas para mejorar el funcionamiento del SRC y la derivación oportuna y adecuada a especialista en el HP-CHPR.

Palabras clave: HOSPITALES PEDIÁTRICOS.
URUGUAY.
SISTEMA DE SALUD.
PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD.
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.
REMISIÓN Y CONSULTA.

Keywords: HOSPITALS, PEDIATRIC.
URUGUAY.
HEALTH SYSTEMS.
DELIVERY OF HEALTH CARE.
QUALITY OF HEALTH CARE.
REFERRAL AND CONSULTATION.

Introducción

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).

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).

Las actuales autoridades de nuestro país tienen como objetivo optimizar el sistema de salud. Para ello es necesario reorientar el gasto potenciando el primer nivel de atención, fortaleciendo la comunicación entre los niveles, aplicando las herramientas necesarias para la monitorización de los profesionales de salud e instituciones en sus diferentes escalafones. El modelo al que se aspira es el de un

sistema en el cual las personas puedan acceder a una red y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios⁽⁵⁾.

El sistema de referencia-contrarreferencia es uno de los eslabones de esta red. Se define como referencia la derivación del paciente desde un establecimiento de menor capacidad resolutoria hacia otro de mayor complejidad de asistencia, debido a que los recursos propios y disponibles del primer nivel de atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente.

Contrarreferencia es la derivación de los pacientes en sentido inverso, en la cual se envía al lugar de origen la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial. Una adecuada contrarreferencia constituye la expresión formativa más práctica, por ser un factor de retroalimentación estrechamente vinculado con la actividad concreta que se realiza^(6,7).

El Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR), situado en la capital del país, es el hospital pediátrico de nivel secundario y terciario de referencia nacional. Cuenta con 291 camas de cuidados moderados, 20 camas de cuidado intermedio e intensivo y 16 policlínicas de especialidades. Recibe un gran número de pacientes, algunos de los cuales podrían haberse resuelto en niveles de menor complejidad. Esto puede deberse a que no se cuenta con los recursos necesarios en estos

niveles o a una inadecuada utilización de los servicios de salud.

El HP-CHPR recibe pacientes a través de:

- 1) Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP): consultan 6.000 a 7.000 pacientes por mes, por iniciativa propia, por derivación de pediatra, médico general o de familia. Concurren por sus propios medios o trasladados en ambulancia con o sin médico.
- 2) Policlínica de Pediatría General de Referencia (PPGR): integrada por personal de Facultad de Medicina (FM) y del Ministerio de Salud Pública (MSP). Desde el año 2001 constituye un nexo entre el primer nivel de atención y el hospital. Los pacientes son referidos por pediatras del primer nivel de atención de Montevideo o del interior, utilizando un formulario de referencia nacional (anexo 1). Con los recursos clínicos y paraclínicos disponibles en el hospital se intenta dar respuesta al problema del paciente, luego de lo cual es derivado nuevamente a su médico tratante, utilizando un formulario de contrarreferencia (anexo 2).
- 3) Policlínicas de especialidad: los pacientes llegan con formulario de referencia o sin él, derivados por médicos de Montevideo o del interior del país.

Existen además algunos pacientes que ingresan directamente al centro de cuidados intensivos, que por su pequeño número no son de interés en este trabajo.

En octubre de 2003 se implementó un sistema de triage o clasificación de las interconsultas a especialistas, para hacer frente a la elevada demanda insatisfecha. Este triage es realizado por médicos de la policlínica de referencia de acuerdo a criterios preestablecidos de derivación (anexo 3). Actualmente se realiza el triage de las solicitudes de interconsulta de Montevideo, Canelones, Maldonado y San José para las especialidades de neuropediatría, gastroenterología y neumología. Esos departamentos del interior fueron elegidos por su cercanía a Montevideo, con el proyecto de ampliar en un futuro el triage al resto de los departamentos ubicados al sur del río Negro. Las especialidades seleccionadas fueron aquellas en que se constató previamente en los informes anuales una demanda insatisfecha importante^(*).

Al ser el Departamento de Emergencia y la Policlínica Pediátrica General de Referencia las principales vías de llegada de pacientes al Hospital Pediátrico, surge la necesidad de profundizar en la información disponible sobre su funcionamiento, con la finalidad de identificar problemas en la red de atención a los usuarios y mejorar la planificación de la atención pediátrica.

* Informe de las interconsultas a la Policlínica Pediátrica General de Referencia elevado a Dirección Pediátrica (2003).

Objetivos

Objetivo general: contribuir a la organización y planificación de la atención pediátrica ambulatoria a través del análisis de la referencia de pacientes al DEP y a la PPGR del HP-CHPR.

Objetivos específicos:

- 1) Describir las características de la población referida y la calidad de la derivación.
- 2) Proponer estrategias que permitan mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo a partir de los registros correspondientes a:

1. Interconsultas a especialista (neuropediatría, neumología y gastroenterología) procesadas en el triage realizado en la PPGR entre agosto de 2005 y diciembre de 2006.
2. Consultas al DEP del HP-CHPR entre septiembre y diciembre del año 2006.

1. Derivación a especialista

Para evaluar la interconsulta a especialista se registraron los siguientes datos: lugar de procedencia de la solicitud, edad del paciente, especialidad consultada, motivo de la derivación, destino adjudicado al paciente en el triage (policlínica de referencia o especialidad solicitada) y calidad del pase.

Para evaluar la calidad del mismo se utilizaron los siguientes criterios:

- la escritura es legible;
- el médico establece el problema por el cual envía al paciente;
- la interconsulta con el especialista está justificada de acuerdo a los criterios de derivación preestablecidos.

La calidad se consideró buena si los tres ítems eran afirmativos, regular con dos ítems afirmativos, mala con un solo ítem afirmativo. En caso de ser totalmente ilegible, se consideró mala.

Los datos se obtuvieron de la ficha utilizada en el triage (anexo 4).

Cuando el paciente concurría a la PPGR y el formulario de referencia no era adecuado se recurría a la comunicación telefónica con el fin de aclarar el motivo de la interconsulta.

2. Consultas al DEP

Se registraron los siguientes datos: departamento de procedencia del paciente, lugar de procedencia de la deriva-

ción, profesional que la indica, motivo de la derivación, tipo de traslado (concorre por sus propios medios, en ambulancia con o sin personal de salud), necesidad de paraclínica, consulta con especialista y tratamiento recibido.

Estos datos se obtuvieron del pase y de la historia clínica del DEP (anexo 5).

Se seleccionaron los pacientes que concurren al DEP con pase realizado por médico. Se analizaron los correspondientes a dos días de la semana en forma rotativa, exceptuando los fines de semana.

Se consideró que el paciente requería atención en el tercer nivel si luego de ser asistido en el DEP requirió:

1. Paraclínica con tecnología de alta complejidad (tomografía, resonancia nuclear magnética, ecografía, etcétera). Los pacientes referidos para realización de paraclínica básica (hemograma, proteína C reactiva, examen de orina, etcétera) que podía ser realizada al día siguiente en los laboratorios de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), se evaluaron como sin necesidad de tercer nivel.
2. Tratamiento sólo pasible de realizar en el hospital.
3. Consulta con especialista.

Para evaluar la calidad del pase se utilizaron los siguientes criterios:

- la escritura es legible;
- el problema del paciente está identificado;
- el paciente requería atención en el hospital de acuerdo con los criterios definidos más arriba.

La calidad se consideró buena si los tres ítems eran afirmativos, regular con dos ítem afirmativos, mala con un solo ítem afirmativo. En caso de ser totalmente ilegible se consideró mala.

Se calcularon medianas como medida de tendencia central y porcentajes. Se realizó comparación de proporciones mediante el test de χ^2 . Los resultados se procesaron mediante Epi Info 6.04.

Resultados

Evaluación de los pases a especialistas

Se registraron 2.529 interconsultas desde agosto de 2005 hasta diciembre de 2006.

Del total de los casos, 69% procedía de Montevideo, 25% de Canelones, 4% de San José y 2% de Maldonado. Los resultados se muestran en la tabla 1.

La mediana de edad de los niños fue de 7 años con un rango de 1 a 14 años.

Los centros que más solicitaron consulta con especialista fueron: Hospital de Canelones 24%, La Cruz de Carrasco 12%, Cerro 12%, Piedras Blancas 8%, Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) 8%, Jardines del Hipódromo 8% y Sayago 6% (tabla 2).

Del total de interconsultas solicitadas, 60% correspondió a neuropediatría; 24,5% a gastroenterología, y 15,5% a neumología. Luego del triage, 69% de las interconsultas se derivó a la PPGR donde fueron resueltas. De las consultas derivadas al especialista, la mayoría correspondió a neuropediatría.

La calidad de los datos fue buena en 30% (n=759) de los casos; regular en 44% (n=1.113), y mala en 26% (n=657). La derivación fue justificada en 89% de los casos y no justificada en 11%.

La comunicación telefónica aclaró en algunos casos el objetivo de la interconsulta cuando la referencia no fue adecuada (datos no registrados), pero en otras ocasiones no se logró encontrar al colega que había solicitado la derivación.

La calidad del pase fue similar en Montevideo y Canelones ($p>0,05$) y la consulta justificada se asoció más con el paciente derivado de Montevideo ($p<0,05$) (tablas 3 y 4).

Evaluación de los pases al DEP

En los tres meses analizados se asistieron 26.790 pacientes en el DEP, de los cuales 6.487 concurren con pase (24%). De ellos, se analizaron 496 (7,6%); 73,2% provenía

Tabla 1. Procedencia de los niños derivados a especialista (N=2.529)

Procedencia	N y Porcentaje (%)
Montevideo	1.745 (69,0)
Canelones	632 (25,0)
San José	101 (4,0)
Maldonado	51 (2,0)

Tabla 2. Solicitud de consultas a especialista según centro de salud

Centros de salud	Porcentaje
Hospital de Canelones	24
La Cruz de Carrasco	12
Cerro	12
Piedras Blancas	8
Intendencia Municipal de Montevideo	8
Jardines del Hipódromo	8
Sayago	6
Otros*	22

* Otros: Hospital Filtro, Centros Giordano, Maciel, Maroñas, Monterrey, Santa Rita, Unión, centros del Instituto Nacional del Menor y Policlínica de Rincón de la Bolsa.

Tabla 3. Mala calidad del pase a especialista

	Sí	No
Montevideo	421	637
Canelones	223	192

* p<0,05

Tabla 4. Consulta justificada a especialista

	Sí	No
Montevideo	1.691	54
Canelones	571	61

* p<0,05

Tabla 5. Procedencia de derivaciones al DEP. (N=496)

Procedencia	N y Porcentaje
Montevideo	363 (73,2)
Canelones	99 (20),9
San José	31 0(6,3)
Otros*	3 0(0,5)

* Rivera, Cerro Largo, Rocha
DEP: Departamento de Emergencia Pediátrica

de Montevideo, 20% de Canelones, 6,3% de San José y el resto (0,5%) de Rivera, Cerro Largo y Rocha. Los resultados se muestran en la tabla 5.

Los pacientes fueron derivados desde sistemas de emergencia móvil (39%), policlínicas del MSP (19%), centros de asistencia del primer nivel (CAP) (18%), policlínicas del Banco de Previsión Social (5,8%), policlínicas de la IMM (2,5%), centros del Instituto Nacional del Menor (0,2%) y otros (12,9%).

El 26% de los pases fue realizado por pediatra y el resto por médico general o de familia. Los resultados se muestran en la tabla 6.

El motivo de la derivación fue para consulta con especialista en 29,6%; para tratamiento en 27,8%; para realización de paraclínica en 26%, y para diagnóstico en 15,7%.

La calidad del pase fue buena en 64% (n=317), regular en 32% (n=159), mala en 4% (n=20).

La llegada de los pacientes fue por sus propios medios en 43% (n=213) y trasladado en ambulancia en 57% (n=283). De los 283 pacientes trasladados en ambulancia, 68,2% (n=192) fue trasladado con médico, el resto con enfermería o sin personal asistencial.

Tabla 6. Servicios que refirieron al DEP

Procedencia de derivación	Porcentaje
Emergencia móvil	39,0
Policlínicas MSP	19,0
CAP	18,0
Policlínicas BPS	5,8
Policlínicas IMM	2,5
Centros del Instituto Nacional del Menor	0,2
Otros*	12,9

* Emergencia del Hospital Saint Bois y policlínicas no estatales. MSP: Ministerio de Salud Pública; CAP: centros de asistencia del primer nivel; IMM: Intendencia Municipal de Montevideo; BPS: Banco de Previsión social

Tabla 7. Características de la derivación al DEP. (N=496)

Motivo de derivación*	Porcentaje
Especialista	29,6
Terapéutica	27,8
Paraclínica	26,0
Diagnóstico	15,7
Traslado	
Ambulancia	57,0
Por sus propios medios	43,0
Requerimiento tercer nivel	
Sí	36,0
No	64,0

* Cuatro sin datos. DEP: Departamento de Emergencia Pediátrica

En 64% no existía requerimiento de derivación al tercer nivel. De los 193 traslados con médico, 58,5% no requería tercer nivel de atención. Los resultados se muestran en la tabla 7.

Discusión

Para utilizar en forma adecuada los recursos de un sistema de salud es importante que los problemas se asistan en el nivel que corresponde de acuerdo a su complejidad^(5,8,9). No obstante, en una red asistencial es frecuente que los centros de tercer nivel, con recursos humanos y técnicos muy especializados, asistan problemas de salud de naturaleza no compleja^(3,6,10). El sistema de referencia-contrarreferencia articula los tres niveles de atención y le ofrece al usuario recursos y tecnología adecuada al problema, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia.

Los resultados de este trabajo confirman el inadecuado uso de los recursos destinados a la atención a la salud en el hospital pediátrico de referencia nacional.

El número de consultas a especialista es muy elevado, lo que genera demanda insatisfecha. El 11% de los pases correspondía a niños que podrían haberse resuelto en su policlínica barrial sin necesidad de traslado al HP-CHPR. Podría contribuir a la solución de este problema la existencia de guías para el médico que asiste a niños en el primer nivel de atención que definan los criterios y lugares de derivación de acuerdo con la capacidad resolutive de los establecimientos de la zona⁽¹¹⁾.

De los pacientes adecuadamente derivados, la mayoría (69%) se canalizó rápidamente a través del triage a la PPGR, donde se resolvió el problema con los recursos disponibles en el hospital de referencia.

De los pases justificados a especialista la real demanda correspondió a neuropediatría. Parece imprescindible contar con neuropediatras en sitios estratégicos dentro de la red de atención primaria. Esto evitaría el traslado del paciente al hospital de referencia y disminuiría la demanda insatisfecha. Si los pediatras del primer nivel pudieran acceder directamente a la paraclínica especializada en situaciones específicas, de modo que el niño llegue correctamente estudiado al especialista, las consultas podrían disminuir en número y no habría quizá tanta demora⁽¹¹⁾.

La calidad del pase fue insatisfactoria en 70% de los casos. Esto genera problemas asistenciales y médico-legales. La legibilidad de la escritura en un pase, en el cual el colega comunica por escrito la identificación del problema y los datos que él dispone de la historia clínica del niño, es una pieza clave para poder interpretar la situación. La comunicación telefónica con el médico que refirió al niño permitió superar esta dificultad en muchas ocasiones. La comunicación entre los diferentes colegas muchas veces es difícil de lograr. El intercambio de opiniones, ya sea por correo o teléfono, enriquece siempre la asistencia del paciente-problema y al equipo médico tratante^(12,13). El pase es un documento médico-legal que si está bien formulado constituye la mejor garantía en caso de reclamos por parte del usuario. La calidad de los pases y de todos los registros médicos es un tema fundamental en la educación médica continua. La calidad del pase fue similar en Montevideo y Canelones. Sin embargo, la derivación injustificada predominó en Canelones.

Una vez que el paciente se resuelve es contrarreferido a su médico de cabecera. No se dispone aún de datos que evalúen si lo realizado en la PPGR satisfizo las expectativas del colega que derivó al paciente al especialista y si el pase correspondiente presentaba o no buena calidad.

La derivación de pacientes al DEP no había sido estudiada anteriormente. La muestra analizada puede no ser representativa, sin embargo, los datos obtenidos constituyen un llamado de atención para estudiar este problema en profundidad. De los pacientes derivados, 74% no requería este nivel de atención y la mitad se trasladó en

ambulancia. De los pacientes trasladados en ambulancia con médico, 58,5% no requería atención en el tercer nivel. El esfuerzo y los recursos humanos y materiales mal utilizados en este proceso requieren urgentes propuestas destinadas a revertir la situación. En cuanto a los motivos para que esto suceda, el desconocimiento del funcionamiento de la red de atención, con posibilidad de realizar determinada paraclínica y tratamientos en centros de atención primaria de la zona de referencia o en centros de segundo nivel, el miedo a la mala praxis, la presión que pueden ejercer los familiares para ser trasladados, la ausencia de pediatras en muchos centros, pueden ser algunas de las causas del mal uso del hospital de tercer nivel.

La mayoría de los pacientes referidos al DEP provenía de Montevideo y Canelones. Si bien Canelones presenta un segundo nivel de atención en los hospitales de Las Piedras y de Canelones, probablemente el acceso al HP-CHPR sea más rápido en el sector este del departamento.

La calidad de los pases fue buena en un alto porcentaje, lo que muestra que el médico reconoce el problema del paciente en forma correcta, pero no lo deriva al nivel de complejidad que corresponde. Sólo 26% de los niños fue visto por pediatra previo a su derivación. Dentro de la red de atención debería existir mayor disponibilidad de pediatras que pudieran ser consultados en los casos no urgentes previos a su derivación al DEP.

Para promover la utilización adecuada y eficiente del HP-CHPR es necesario aumentar la capacidad resolutive del primer nivel y mejorar la accesibilidad, tanto geográfica como organizativa, a los centros de salud y a las consultas especializadas ambulatorias^(3,9). El médico que trabaja en policlínicas o sistemas de emergencia móvil debe conocer el funcionamiento de la red asistencial del MSP, que cubre la asistencia de 410.097 niños y adolescentes menores de 15 años de Uruguay*.

De esta forma disminuirá el número de pacientes que acuden al hospital por iniciativa propia o derivados por médico sin criterios de derivación.

Se deben establecer medidas para racionalizar el uso de recursos y promover la eficiencia del sistema, de manera que cada nivel de atención asuma el seguimiento de los pacientes según grados de competencia y complejidad. La referencia de pacientes al hospital y la contrarreferencia a su vez deben ser evaluadas periódicamente para ajustar y mejorar la asistencia que se brinda^(3,13,14).

Si el sistema comienza a mejorar y el paciente es derivado según criterios definidos de consulta al especialista que se encuentre en el tercer nivel o que requiera de un tercer nivel en forma urgente, se logrará la racionalización de los recursos necesarios en la PPGR y en el DEP.

* Datos aportados por la Dirección General de ASSE (abril 2007).

Agradecimientos

A la directora del HP-CHPR, Dra. B Silva, a la Profesora Dra. Ana María Ferrari, a las Dras. M. Debat, L. Seoane e Y. Reggiardo.

Summary

Introduction: following a global trend, the health system in our country is undergoing modernization and reform processes with the purpose of making their capabilities suitable for the needs of the population. Under this framework, the structure and management of the health system are important tools to achieve this goal. To this end, the different levels of health care providers need to be well coordinated. A reference-contrareference system is a tool that provides physicians with criteria and homogeneous procedures that enable their channeling the demand for health care services and to use the system efficiently.

Objectives: the study aims to analyze how patients consulting at the Emergency Department and the General Pediatrics Reference Policlinic are referred to the Pereira Rossell Hospital.

Method: a descriptive study was conducted, based on performing triage assessment of interconsultations at the first level of health care to neuropediatrics, neumology and gastroenterology services in the General Pediatrics Reference Policlinic from August 2005 to December 2005. Referrals were analyzed from the emergency service at the Pereira Rossell Hospital from September to December, 2006.

Coded tables were prepared to evaluate interconsultations with specialists and referrals to the Emergency Service. Percentages were calculated and the data was analyzed using Epi Info 6.04.

Results: evaluation of children referred to a specialist, 69% of them came from Montevideo. After performing triage assessment, 69% of all interconsultations were referred to the reference policlinic. Neuropediatrics was the most requested specialty in 60% of cases. Subsequent to triage, 30% of all children referred to neuropediatrics were redirected to this specialty, 0.05 were referred to gastroenterology and 0.03 to neumology. The data quality was good in 30% of the cases. Referral was appropriate in 89% of cases.

Evaluation of referrals to the Emergency Service. Out of all consultations during the period of study, 24% resulted from referrals. 7.6% of them were analyzed. 73.2% came from Montevideo and 20% from Canelones. 39% of patients were referred by mobile emergency units. 26% of patients were referred by pediatricians and the rest by general physicians or family doctors. The most frequent cause for referral (29.6%) corresponded to specialists' request. The quality of referral was good in 64% of cases.

57% of patients were transferred by an ambulance along with a physician. In 58.5% of cases it was not necessary to refer them to the third level of assistance.

Conclusions: results show resources are inefficiently used. We need to set specific measures to rationalize the health care system and promote its efficacy. Measures to improve functioning of the reference-contrareference system and the timely and appropriate referral to a specialist at the Perreira Rossell Hospital are suggested.

Résumé

Introduction: dans notre pays, ainsi que dans le monde entier, les systèmes de santé subissent des processus de modernisation et des réformes afin d'adapter leurs capacités aux besoins de la population. Or, la structure et la gestion du système de santé sont importantes pour atteindre cet objectif. Il s'avère fondamental assurer une harmonisation parmi les différents niveaux d'assistance. Un système de référence- contre référence (SRC) est un outil qui met à la portée des médecins des critères et des procédés homogènes qui permettent de guider les demandes vers des services de santé et en faire un emploi efficace.

Objectif: analyser les entrées de patients à l'Hôpital Pédiatrique du Centre Hospitalier Pereira-Rossell (HP-CHPR) à travers le Département d'Urgence (DEP) et de la Polyclinique Pédiatrique Générale de Référence (PPGR).

Matériel et méthode: on fait une étude descriptive des registres dérivés du triage des inter consultations des polycliniques d'assistance primaire aux services de neuropédiatrie, de pneumologie et de gastro-entérologie à la PPGR, depuis août 2005 jusqu'en décembre 2006. On étudie aussi les ordonnances au DEP du CHPR de septembre à décembre 2006.

On a élaboré des fiches codées pour évaluer l'inter consultation au spécialiste, ainsi que pour évaluer l'entrée au DEP. On a fait les pourcentages. Les données ont été classées avec Epi Info 6.04.

Résultats: évaluation des enfants dérivés à des spécialistes: 69% provenant de Montevideo. Après le triage, 69% des interconsultations ont été dérivées à la polyclinique de référence. Neuropédiatrie a été la plus sollicitée pour 60% des enfants dérivés. Du total des enfants ayant une ordonnance pour aller chez le neuropédiatre, 30% ont été dérivés à cette spécialité, 0,05% à gastro-entérologie et 0,03% à pneumologie. La qualité des données a été bonne à 30% des cas. Les ordonnances opportunes à 89%.

Evaluation des admissions au DEP: de la totalité des consultations, 24 % avaient une ordonnance, 7,6% ont été analysées. 73,2% provenaient de Montevideo, 20% de Canelones. 39% des patients avaient été dérivés depuis des systèmes d'urgence mobiles. 26% des ordonnances

ont été faites par le pédiatre et le reste par le généraliste ou le médecin de famille. Le motif le plus fréquent d'ordonnance est pour demande du spécialiste (29,6%) et la qualité en est bonne à 64% des cas.

57% des patients ont été déplacés en ambulance avec un médecin ; de ce pourcentage, 58,5% n'avait pas besoin de troisième niveau d'assistance.

Conclusions: les résultats montrent un emploi inefficace des ressources. Il s'avère indispensable d'adopter des mesures dans le but d'améliorer le système d'assistance. On en propose ici, pour ajuster le fonctionnement du SRC et l'ordonnance opportune et adéquate à un spécialiste du HP-CHPR.

Resumo

Introdução: no nosso país, como no resto do mundo, os sistemas de saúde estão submetidos a processos de modernização e reforma buscando adequar sua capacidade às necessidades da população. Dessa forma, a estrutura e a gestão do sistema de saúde são veículos importantes para atingir o objetivo. Para fazer um bom uso dessa rede, é fundamental garantir uma boa coordenação entre os diferentes níveis de atenção. Um sistema de referência e contra-referência (SRC) é uma ferramenta que coloca a disposição dos médicos, critérios e procedimentos homogêneos que permitem canalizar a demanda de serviços de saúde e utilizar o sistema de atenção de forma eficiente.

Objetivos: analisar a derivação de pacientes ao Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Pereira Rossell (HP-CHPR) através do Departamento de Emergência (DEP) e da Policlínica Pediátrica Geral de Referência (PPGR).

Material e método: realizou-se um estudo descritivo a partir dos registros correspondentes a triagem das interconsultas das policlínicas de atenção primária aos serviços de neuropediatria, pneumologia e gastroenterologia realizados na PPGR desde agosto de 2005 a dezembro de 2006. Também foram analisados os encaminhamentos realizados ao DEP do CHPR no período setembro- dezembro de 2006.

Foram preparadas fichas codificadas tanto para avaliar a consulta com um especialista, bem como para avaliar o encaminhamento ao DEP. Foram calculadas porcentagens. Os dados foram processados utilizando Epi Info 6.04.

Resultados: avaliação das crianças derivados a especialistas: 69% dos casos eram de Montevideú. Depois da triagem, 69% das consultas foram derivadas à policlínica de referência. A especialidade mais solicitada foi neuropediatria - 60% das referências.

Depois da triagem, das crianças referidas a neuropediatria 30% foi encaminhada a essa especialidade, 0,05% a gastroenterologia e 0,03% a pneumologia.

A qualidade dos dados foi boa em 30% dos casos. O

encaminhamento foi oportuno em 89% dos casos.

Avaliação do encaminhamento ao DEP. 24% do total de consultas nesse período, foram realizadas por encaminhamento. 7,6% foram analisadas. 73,2% era de Montevideú e 20% de Canelones. Em 39% dos casos os pacientes foram enviados por sistemas de emergência móvel.

26% dos encaminhamentos foram realizados por pediatra e os demais por médico geral ou de família. O motivo mais frequente foi por solicitação de especialista, 29,6%. A qualidade da referência foi boa em 64%.

57% dos pacientes foram trasladados em ambulância com médico; 58,5% desses pacientes não necessitava atenção de nível terciário.

Conclusões: os resultados encontrados mostram uma utilização ineficiente dos recursos. É necessário estabelecer medidas para racionalizar o sistema de atenção e promover sua eficácia. Propõem-se medidas para melhorar o funcionamento do SRC e o encaminhamento oportuno e adequado a especialistas no HP-CHPR.

Bibliografía

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. **Ferrari AM, Picón T, Magnífico G, Mascaró M.** Hospitalización pediátrica. Estudio de la población asistida: Clínica Pediátrica "A". 1991-1995. *Rev Méd Urug* 1997; 13: 77-92.
6. **México. Secretaría de Salud. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.** Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes Pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área Conurbada del Estado de México. México: Secretaría de Salud, 2003. 40 p.
7. **Sansó Soberats F.** Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(6): 613-20.
8. **Iglesias D, Gérman MA, López A, Pardo L, Huguet A.** Análisis de las derivaciones realizadas a una emergencia pediátrica alternativa. *Jornadas de Emergencia Pediátrica* 2004. Uruguay.
9. **Lapeña S, Reguero S, García M, Gutiérrez M, Abadía I, González H.** Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 121-5.
10. Proyecto de Mejora de la Calidad de Atención Primaria, con asesoría técnica de GCI. In: *Health and Development* 2002-

- 2003.
11. **Magnífico G, Noceti C, Rodríguez N.** Planificación de la Red Asistencial de ASSE. Montevideo: MSP/ASSE, 2002.
 12. **Sansó F, Sylva L, Suárez J.** Aspectos formativos del Médico de atención primaria y su relación con el policlínico y el hospital. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(4): 357-63.
 13. **Sánchez Jacob M.** Atención integral a la infancia: modelo biopsicosocial. *Bol Pediatr* 2001; 41 (178): 321-4.
 14. **Escorihuela E, Barajas MV, Domínguez Garrido N, Fernández Villalba ME.** Actuación hospitalaria con las interconsultas procedentes de atención primaria. *An Pediatr* 2003; 58(4): 327-32.

ANEXO 1 FORMULARIO DE REFERENCIA DE PACIENTES

1) DATOS DEL PACIENTE _____

NOMBRE _____	Nº DE REGISTRO CHPR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA NACIMIENTO: __/__/__ EDAD SEXO CÉDULA DE IDENTIDAD DEL NIÑO _____						
DOMICILIO _____			ENTRE _____			
CIUDAD/LOCALIDAD/BARRIO _____			TELÉFONO PARA CITAR _____			

2) MOTIVO DE LA REFERENCIA

CONTINUAR ASISTENCIA CON PEDIATRA <input type="checkbox"/>	INTERCONSULTA CON ESPECIALISTA <input type="checkbox"/>	_____
ESTUDIO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	(Especificar cuál)
(Especificar cuál)		

3) INFORMACIÓN BÁSICA DEL PACIENTE: (Antecedentes, datos clínicos, exámenes realizados, diagnósticos)

_____ Fecha	_____ Firma, C.I. y sello del profesional actuante
----------------	---

4) CONTRARREFERENCIA: (si corresponde) INFORME DE ESTUDIO, RESPUESTA A INTERCONSULTA

_____ Fecha	_____ Firma, C.I. y sello del profesional actuante
----------------	---

5) DATOS DEL EFECTOR DE SALUD QUE REFIERE AL PACIENTE

HOSPITAL/C. AUX <input type="checkbox"/>	CENTRO DE SALUD <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
_____ Nombre del Servicio (sello)		

6) CONTROL EFECTOR DE SALUD QUE REFIERE AL PACIENTE

_____ Fecha	_____ Firma	_____ Contrafirma	_____ Nº CJP
----------------	----------------	----------------------	-----------------

7) DATOS EFECTOR DE SALUD QUE REFIERE AL PACIENTE

HOSPITAL/C. AUX <input type="checkbox"/>	CENTRO DE SALUD <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
_____ Nombre del hospital / Centro de Salud / Otro		

8) CONTROL DEL EFECTOR DE SALUD QUE CONTRARREFIERE

_____ Fecha	_____ Firma	_____ Contrafirma	_____ Sello del efector
----------------	----------------	----------------------	----------------------------

ANEXO 2
FORMULARIO DE CONTRARREFERENCIA

CATEGORÍA A

CATEGORÍA B

ESTIMADO COLEGA:

Hemos visto al paciente _____

Se plantearon los siguientes diagnósticos:

El o los problemas actuales son:

Sugerimos:

Fecha del próximo control _____

Quedando a vuestra disposición, en el teléfono _____

En el horario de 8:00 a 13:00 hrs., saluda atentamente

Firma: _____

Contrafirma: _____

ANEXO 3

INDICACIONES DE PASE A ESPECIALISTA POR EL PEDIATRA

NEUMOLOGÍA

Deben referirse:

- Niños con tos crónica o neumonías recurrentes cuando el pediatra no ha podido llegar a un diagnóstico etiológico. Pacientes con fibrosis quística.
- Niños con broncodisplasia moderada y grave.
- Niños con daño pulmonar crónico postviral o pacientes con enfermedad pulmonar crónica sin diagnóstico etiológico.
- Entre los niños con asma deben referirse aquellos pacientes donde hay falta de respuesta al tratamiento bien instituido o cuando hay signos y síntomas atípicos que pueden orientar a un diagnóstico diferencial.
- Pacientes que requieren tratamiento para asma moderado persistente o asma severo persistente.
- Pacientes con problemas en la adherencia y los niños con crisis asmáticas graves. Pacientes que están en seguimiento con neumólogo.

GASTROENTEROLOGÍA

Deben referirse:

- Los paciente con dolor abdominal crónico con síntomas de alarma: vómitos, pérdida de peso, diarrea crónica, fiebre no explicada, pérdidas sanguíneas gastrointestinales, AF, de enfermedades inflamatorias.
- Estreñimiento con mala respuesta al tratamiento correcto del estreñimiento funcional correcto luego de 3 meses (probable enfermedad de Hirsprung).
- RGE cuando hay vómitos recurrentes, fallo del crecimiento, llanto persistente, trastornos del sueño, ALTE, posturas anormales, enfermedad respiratoria crónica que no mejora con el tratamiento instituido.
- Lactante vomitador luego de los 18-24 meses.
- Niños con pirosis o dolor retroesternal que no mejora con el tratamiento adecuado luego de 2-4 semanas.
- Pacientes con enfermedad inflamatoria confirmada o de alta sospecha, por ej. colitis ulcerosa crónica.
- Probable enfermedad celíaca: pacientes ya estudiados que se envían para biopsia intestinal.
- Hepatitis prolongadas o crónicas.
Pacientes en control en dicha policlínica.

NEUROPEDIATRÍA

Deben referirse:

- Parálisis cerebral que se detecta por primera vez.
- Retardo mental detectado por primera vez.
- Malformaciones del SNC (Ej. mielomeningocele, micro o macrocefalia, TAC patológica).
- Epilepsia de difícil manejo.
- Niño hipotónico.

ANEXO 4
FORMULARIO DE CONTRARREFERENCIA

FECHA TRIAGE _____
MÉDICO TRIAGE _____
CENTRO SALUD _____ MÉDICO CENTRO _____

NOMBRE PACIENTE _____ SEXO _____

(Ingresar apellido primero y nombres después)

NÚMERO REGISTRO _____ C. IDENTIDAD _____

FECHA NACIMIENTO _____ EDAD _____ TIPO _____ A=años M=meses D=días

TELÉFONO CONTACTO _____ PERTENECE A _____ OTRO _____

PROCEDENCIA _____ BARRIO/LOCAL _____

INTERCONSULTA CON _____ CUÁL _____

MOTIVO CONSULTA _____ CUÁL _____

DESTINO _____ CUÁL 2 _____

EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD

OPORTUNA _____ CALIDAD DE LOS DATOS _____

FECHA CONSULTA _____ CONSULTORIO _____

DIAG 1 _____

DIAG 2 _____

ATENDIDO POR DR. / DRA. _____

ANEXO 5
FICHA DE EVALUACIÓN DE PASES A DEP

Departamento de donde proviene _____

Si es del interior indicar ciudad o pueblo _____

Nombre del Hospital _____

Policlínica: MSP
 IMM
 INAU
 Otro

Quién lo deriva: Pediatra
 Médico de familia
 Médico General

Nombre del médico que lo deriva: _____

Fecha en que lo deriva: mm/dd/yyyy

Concurre en ambulancia con: Médico
 Enfermera
 Sin personal asistencial

Calidad del pase: Bueno
 Regular
 Malo

Problemas por el que se deriva: Diagnóstico
 Paraclínica
 Terapéutica