



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

LN23:2019

**LINEAMIENTO DE REFERENCIA Y RESPUESTA DEL
SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD**

Autoridades de la Secretaría de Salud

Licda. Alba Consuelo Flores

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Cosenza

Subsecretario de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Elvia Ardón

Directora General de Normalización

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Mireya Fuentes

Directora General de Desarrollo del Recurso Humano

Dr. Roney Alcides Martínez

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Tabla de contenido

1. Introducción	5
2. Objeto	6
3. Campo de aplicación.....	6
4. Marco de referencia	6
5. Definiciones.....	6
6. Acrónimos, símbolos y términos abreviados	7
7. Generalidades del proceso de referencia y respuesta en el Sistema Nacional de Salud	7
7.1 Razones o motivos por las que un usuario debe ser referido:	8
7.2 Elementos del proceso de referencia y respuesta.....	8
7.3 Formatos del proceso de referencia y respuesta.....	10
8 Lineamientos para la gestión del usuario	11
9 Mecanismo de uso de tecnología de información y comunicación	18
9.1 Consideraciones generales.....	18
9.2 Servicio de Telemedicina.....	19
10 Mecanismo de transporte de los usuarios.....	20
10.1 Consideraciones generales.....	20
10.2 Acciones previas al traslado.....	20
10.3 Acciones durante el traslado	20
10.4 Acciones en el Establecimiento de recibo	21
10. Bibliografía	22
11. ANEXOS.....	23
Anexo N° 1. Categorización y Tipificación de Establecimientos de Salud del Primer y segundo Nivel de Atención.....	23
Anexo N° 2. Referencia y Respuesta	24
Anexo N° 3. Referencia del Agente Comunitario y Promotor de Salud	26
Anexo N° 4. Referencia Obstetrica y Puerperio de Emergencia de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención	27
Anexo N° 5. Referencia de embarazadas y puérperas del Promotor de Salud	29
Anexo N° 6: Referencia para embarazada del Agente Comunitario de Salud	31
Anexo N° 7. Referencia para Niños Menores de 5 años del Agente Comunitario de Salud	32
Anexo N° 8. Registro diario de referencias y respuestas (Enviadas y recibidas)	33

APROBACIÓN

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante
RESOLUCION No. 73 DGN – LN23:2019 del 17 de Mayo 2019, me
permito aprobar el

**“LINEAMIENTO DE REFERENCIA Y RESPUESTA DEL SISTEMA
NACIONAL DE LA SALUD”**

1. Introducción

La implementación del Modelo Nacional de Salud (MNS) asegura la atención integral y continua de la salud, basado en la atención primaria; fortaleciendo la promoción y protección; la prevención de riesgos, daños y enfermedades; la identificación y eliminación de las barreras de cualquier índole que limitan el acceso; orientado más a la demanda y necesidades de la población que a la oferta y que refuerce la responsabilidad institucional de dar respuesta a las necesidades de la población.

Los Lineamientos de Referencia y Respuesta se constituye como el mecanismo de coordinación de país, que favorece el cumplimiento del compromiso de asegurar una atención oportuna integral, completa y continua en cada Establecimientos de Salud de la red, mediante el adecuado y ágil flujo de usuarios referidos y atendidos entre niveles de atención.

La Secretaría de Salud (SESAL) como ente rector del Sistema Nacional de Salud, presenta los siguientes Lineamientos de Referencia y Respuesta de Honduras, como el instrumento de gestión que establece los lineamientos de carácter general y obligatorios para su cumplimiento por parte de los proveedores de Servicios de Salud no públicos y públicos independientemente su modalidad de gestión, así como por los agentes comunitarios de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Se trata de homologar los mecanismos de operación de los Lineamientos en las redes de servicios, para que los Equipos de Salud Familiar, Agentes Comunitarios de Salud y los proveedores de salud en general, conozcan y faciliten la referencia y respuesta de los usuarios en riesgo a través de los distintos Establecimientos de Salud de las Redes y entre Redes, y asegurar la coordinación requerida entre los diferentes Administradores o Gestores de Servicios de Salud en los niveles de atención.

En el marco del Modelo Nacional de Salud, Ley del Sistema de Protección Social y de la Normativa Nacional vigente, estos lineamientos contribuyen a que cada usuario reciba la atención de salud integral y de calidad conforme a su necesidad o problema, permitiendo una atención de salud oportuna y más acertada, con la participación escalonada de profesionales en forma permanente y continua, con efectividad en el uso de recursos y talento humano y no menos importante, ahorro económico al usuario y su familia.

2. Objeto

Brindar al sistema de salud los Lineamientos de Referencia y Respuesta que orienten al equipo de salud de los diferentes Establecimientos de Salud (ES), así como al personal comunitario que conforman las Redes Integrada de Servicios de Salud (RISS), las directrices que garanticen la efectiva coordinación que permita al usuario recibir las prestaciones de servicios con oportunidad, calidad, accesibilidad, continuidad, complementariedad, e integralidad (1 y 2).

3. Campo de aplicación

Estos lineamientos son de aplicación nacional y de uso obligatorio para todos los Proveedores de Servicios de Salud públicos y no públicos o privados independientemente su modalidad de gestión, así como por los agentes comunitarios (ACS) de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

4. Marco de referencia

- Constitución de Honduras. 1982.
- Código de Salud Norma. Nº 65-91.
- Ley del Sistema Nacional de la Calidad
- Modelo Nacional de Salud. 2013
- Reglamento Técnico de Licenciamiento de Establecimientos de Salud, RTH-SESAL-01:13.
- Licenciamiento Establecimientos de Salud. Autorización y Funcionamiento.
- Plan Nacional de Salud. 2014-2018.
- Ley Marco del Sistema de Protección Social. 2015.

5. Definiciones

Referencia: Es el envío de un usuario con un formato escrito por parte de un proveedor de salud, a otro de mayor, igual o menor complejidad, para la atención o complementación de la prestación de servicios (diagnóstica, tratamiento, seguimiento o rehabilitación).

Respuesta: Es el envío de un usuario que fue referido por otro proveedor, con un formato escrito de la valoración clínica y el tratamiento realizados, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el Establecimiento de Salud que refirió al paciente, con el objeto de que éste continúe con su atención.

Agentes Comunitarios de Salud: Persona, hombre o mujer, que de manera voluntaria realizan actividades orientadas a promover, proteger y conservar la salud de las personas y las familias de su comunidad y aplicar intervenciones de medicina simplificada a casos particulares, en coordinación con el Equipo de Salud Familiar, personal de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención y la comunidad organizada.

Usuario: Toda persona que acude a un Establecimiento de Salud a demandar servicios de salud.

Urgencia médica: Situación o patología cuya evolución es lenta y en la que no existe riesgo

inminente de muerte pero que requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo para evitar complicaciones mayores.

Emergencia Médica: Situación crítica de riesgo en la que la vida del paciente o la función de un órgano pueden estar en peligro inmediato de muerte.

Interconsulta: Es el envío de un paciente por parte de un proveedor de servicios a otro proveedor, con el objetivo de contar con apoyo asistencial de diagnóstico, manejo e indicaciones a seguir. A diferencia de la referencia, esta no transfiere la responsabilidad de la atención de un paciente o usuario a otro profesional e institución.

Triage: Es la acción de evaluar, clarificar y derivar para su atención a los pacientes que acuden a urgencias, de acuerdo a intensidad o gravedad de sus manifestaciones.

6. Acrónimos, símbolos y términos abreviados

ACS:	Agente Comunitario de Salud
CIS:	Centro Integral de Salud
ECOR:	Equipo Coordinador de la Red
ES:	Establecimiento de Salud
MNS:	Modelo Nacional de Salud
RISS:	Redes Integradas de Servicios de Salud
SESAL:	Secretaría de Salud
TIC:	Tecnología de Información y Comunicación
UAPS:	Unidad de Atención Primaria de Salud
UAU:	Unidad de Atención al Usuario

7. Generalidades del proceso de referencia y respuesta en el Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Referencia y Respuesta, es el mecanismo de coordinación entre los diferentes Establecimientos de Salud públicos y no públicos que se articulan en Redes Integradas de Servicios de Salud, a fin de asegurar la continuidad e integralidad de la Atención y facilitar, además, una mayor oportunidad y eficiencia en la prestación de servicios del usuario referido (Enviado) y atendido (Recibido) de forma bidireccional, por lo que contamos con dos tipos de referencia:

- **Referencia Horizontal:** Entre los ES de un mismo nivel de Atención
- **Referencia Vertical:** Entre los ES de los diferentes niveles de Atención.

El MNS establece y reconoce únicamente dos niveles de atención: El Primer Nivel de Atención, donde se brindan las atenciones ambulatorias con la participación activa de los Agentes Comunitarios de Salud; Cuenta con tres tipos de Establecimientos de Salud de diferente complejidad:

- Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS),
- Centro Integral de Salud (CIS)
- Policlínico

Y el, Segundo Nivel de Atención, el cual brinda las atenciones hospitalarias, y cuenta con los servicios de mayor complejidad de la RISS; cuenta con cuatro tipos de Establecimiento de Salud de diferente complejidad:

- Hospital Básico
- Hospital General
- Hospital de Especialidades
- Instituto

7.1 Razones o motivos por las que un usuario debe ser referido:

- Diagnóstico: (Ej. Amniocentesis diagnóstica, y Ultrasonido).
- Tratamiento: (Ej. Cesárea).
- Seguimiento a complicaciones de enfermedades: (Ej. Enfermedades crónicas).
- Rehabilitación: (Ej. Terapia física, foniatría y consejería).

7.2 Elementos del proceso de referencia y respuesta

7.2.1 Para implementar los lineamientos de Referencia y Respuesta, se debe contar con :

- Redes Integradas de Servicios de Salud
- Documentos normativos de atención
- Gestión del usuario
- Tecnología de información y comunicación (TIC)
- Mecanismos de transporte de usuarios
- Sistema Integrado de información en Salud
- Mecanismos de Monitoria y Evaluación

7.2.2 Todo Establecimiento de Salud del primer y segundo nivel de atención, está obligado a atender a los usuarios que demanden servicios por casos de urgencia y emergencia, independiente de si es referido o no.

7.2.3 Cuando se reciba un usuario que amerite servicio de urgencias, se evaluará la gravedad de su padecimiento y se iniciarán las medidas de estabilización correspondientes de forma inmediata.

7.2.4 Cuando el personal de salud determine la necesidad de referir al usuario por

emergencia o urgencia, debe de realizar las siguientes acciones:

- Informar al usuario y a sus familiares sobre el caso y los motivos de la referencia.
- El personal de salud que toma de decisión de realizar la referencia, deberá comunicarse con el médico responsable del ES al que se referirá, informándole: los motivos de la referencia, diagnóstico, exámenes realizados, manejo clínico, tratamiento, evolución, pronóstico y recursos que serán requeridos para su manejo.
- El personal de salud que realiza la función de gestión de usuario ó el auxiliar de la Unidad de Atención al Usuario (UAU) (2), realizará las acciones de traslado y recepción del usuario referido por el ES correspondiente.

7.2.5 El usuario que presenta una condición estable, que no requiere hospitalización, puede ser enviado por sus propios medios.

7.2.6 Todo usuario en condición estable que amerite referencia para ser atendido en consulta externa o que requieren un estudio complementario de apoyo diagnóstico, el personal de la UAU o el personal que realiza las funciones de gestión de pacientes, deberá previamente coordinar una cita con la UAU o con el personal que realiza la función de gestión de usuario del ES al que se refiere.

7.2.7 Una vez finalizada la atención el ES, deberá enviar al usuario al ES correspondiente, con la respuesta a la referencia, utilizando el **(Anexo No 2)**, cumpliendo lo siguiente:

- Llenar el formato con letra legible y datos completos.
- El personal de salud debe brindar las recomendaciones al usuario y familiares de forma clara, entregándoles el formato de respuesta original, dejando copias en el expediente clínico del paciente.
- El usuario debe de regresar al ES correspondiente, con el formato de respuesta y entregarlo al personal del ES.

7.2.8 Toda referencia y respuesta debe contar con original y copia, se dejará la copia en el expediente de la ES que la emitió, y la original es entregada al usuario para que la presente al personal de ES al cual fue referido o devuelto.

7.2.9 Todos los ES deberán tener disponibles todos los formatos de referencia y respuesta anexos a este lineamiento, según su nivel de complejidad y categoría.

7.2.10 Las UAU o las personas que realizan funciones de gestión de pacientes deberá utilizar el, **Anexo No 8**, para planificar o coordinar las visitas de seguimiento de los usuarios que no han regresado con la respuesta.

7.2.11 Los Equipos de Salud Familiar son los responsables de realizar la visita domiciliaria a los usuarios que no hayan regresado al ES después de haber sido referidos a otro nivel de atención para efectuar el seguimiento. Lo anterior se puede realizar con el apoyo de los ACS.

7.2.12 Las Regiones Sanitarias, Equipo Coordinador de la Red (ECOR) ó Administradora de Servicios de Salud (3 y 4), Jefes de ES del Primer Nivel de Atención y Directores del Segundo Nivel de Atención deberán supervisar, monitorear y evaluar el funcionamiento del proceso de referencia y respuesta de forma mensual.

7.2.13 Todo usuario sea este asegurado ó no que demande servicios de atención a los Establecimientos de Salud publico ó no publico (Privado), debe ser estabilizado y coordinado con la institución correspondiente el servicio de transporte previo al envío.

7.2.14 Equipo Coordinador de la Red, Administradora de Servicios de Salud ó Gestor de la Red, es el responsable de disponer de un directorio actualizado de los ES públicos y no públicos de su red, que incluya los siguiente:

- Proveedores de servicios de la SESAL, Instituto Hondureño de Seguridad Social, ONG, Militares y otros.
- Nombre y tipo de ES
- Servicios que brindan
- Horario de atención
- Dirección física y electrónica
- Teléfonos del ES
- Contacto del responsable de la: Gestión de paciente, Jefe del Establecimiento de Salud, Incluye a los Agentes Comunitarios de Salud con sus nombres, dirección y número de teléfonos.

El directorio actualizado, deberá ser facilitado por el Equipo Coordinador de la Red, Administradora de Servicios de Salud ó Gestor de la Red a todos los Establecimiento de Salud que son parte de su Red.

7.2.15 El ACS para realizar la referencia hacia el Primer Nivel de Atención, debe coordinar con un miembro del Equipo de Salud Familiar correspondiente, la cual puede realizarse con el uso de las TIC.

7.3 Formatos del proceso de referencia y respuesta

El proceso de la referencia respuesta cuenta con seis (6) formatos para ser utilizados en la RISS (**Ver Tabla No 1**):

Tabla No 1. Resumen de formatos para la referencia y respuesta a utilizar en la RISS

Formatos	No Anexo	Primer Nivel de Atención		ES del Segundo Nivel de
		Comunidad	Personal de Salud de los Establecimientos de Salud	

		ACS	Promotor	Médico General, Médico Especialista, Lic. Enfermería, Auxiliar de Enfermería	Atención
Referencia y Respuesta (HC10)	2			X	X
Referencia del Agente Comunitario y Promotor de Salud	3	X	X		
Referencia Emergencias Obstetricas y puerperio de ES del Primer Nivel de Atención	4			X	
Referencia Emergencia obstetrica y puérperas del Promotor de Salud	5		X		
Referencia de Embarazadas del ACS	6	X			
Referencia de menores de 5 años del ACS	7	X			

Fuente: Secretaria de Salud abril 2019

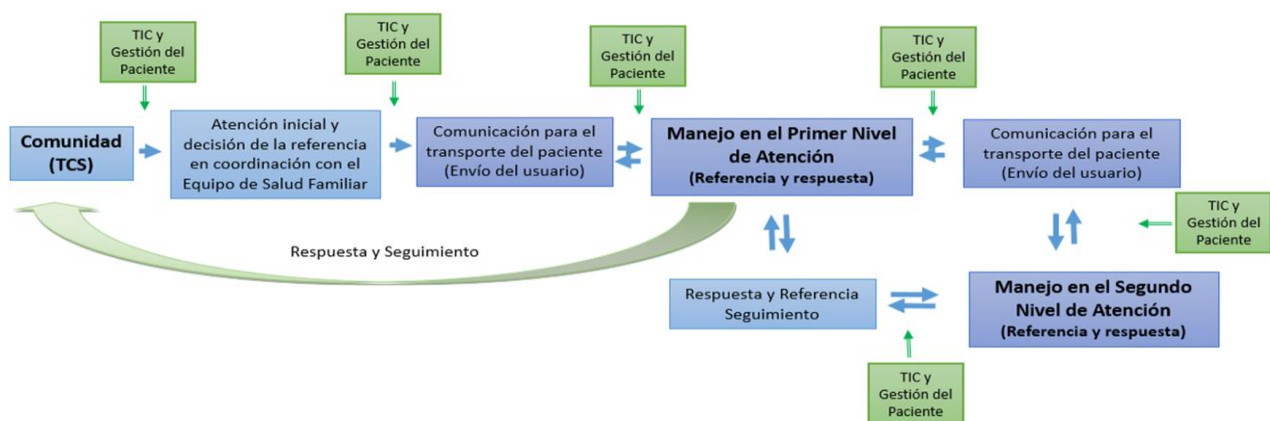
8 Lineamientos para la gestión del usuario

8.1 Lineamientos específicos para la gestión del usuario

La incorporación en el procedimiento de Referencia y Respuesta de la figura de un facilitador/enlace al interior de los Establecimientos de Salud del Primer y Segundo Nivel de Atención y la comunidad, permite la tutela del tránsito ordenado de los usuarios tanto en el Establecimiento de Salud, así como a lo largo de la red integrada de servicios de salud.

- 8.1.1 La gestión del paciente al interior de los Establecimientos de Salud es necesaria para: asignación de citas, atención oportuna y adecuada del usuario en cualquier punto de entrada, seguimiento del usuario durante su estancia y comunicación constante con los ES y comunidad de origen, así como el envío de la Referencia y Respuesta.
- 8.1.2 Para que se desarrolle el flujo de la atención del usuario en la RISS y se concrete una efectiva gestión del usuario, es necesario cumplir el siguiente circuito de Referencia y Respuesta, **ver figura No 1.**

Figura N° 1 Circuito de la Referencia y Respuesta



Fuente: HO 1-03: SESAL-MSH, 014

- 8.1.3 Es indispensables para el funcionamiento de la Referencia y Respuesta, establecer estrategia de Gestión del Usuario en el Primer y Segundo Nivel de Atención.
- 8.1.4 El personal asignado en los UAPS y CIS del Primer Nivel de atención, deberá realizar las funciones de gestión del usuario.
- 8.1.5 Los Policlínicos, deberán contar con una Unidad de Gestión de Usuario que incluya la atención del usuario.
- 8.1.6 En cada hospital, se debe organizar el Departamento de Gestión del Usuario de acuerdo a los Lineamientos del Modelo de Gestión Hospitalaria (5).
- 8.1.7 Toda referencia realizada del Primer Nivel de Atención hacia el Segundo Nivel, debe ser consultada con algún miembro del equipo de apoyo especializado del Policlínico, la cual puede realizar con el uso de las TIC.

8.2 Gestion del usuario a través de los Agentes Comunitarios de Salud:

- 8.2.1 A nivel de la comunidad, los ACS pueden realizar referencias de usuarios identificados con factores de riesgo y signos de peligro con base a los **Formatos de referencia para embarazadas y menores de 5 años del Agente Comunitario de Salud (Ver anexo N°6 y N° 7)**; Y para otras causas de referencia de la población general, utilizará el **Formato referencia del Agente Comunitario y Promotor de Salud (Ver anexo N°3)**.
- 8.2.2 El ACS deberá comunicarse con el médico del Equipo de Salud Familiar correspondiente a través del uso de las TIC para la orientación sobre la decisión de la referencia y al ES que debe referir.
- 8.2.3 En caso de no encontrarse el médico, el ACS se comunicará con cualquiera de los miembros del Equipo de Salud Familiar para solicitar orientación.
- 8.2.4 El Equipo de Salud Familiar que apoya al ACS, deberá comunicarse a través del uso de las TIC si fuera necesario con el ES al que será referido el usuario para presentar el caso

y pedir que sea atendido.

- 8.2.5** En caso de tratarse de una emergencia, el ACS deberá remitirlo al ES que cuente con la capacidad de brindar la respuesta; ejemplo: hemorragia obstétrica, herida de bala, fractura expuesta, entre otros.
- 8.2.6** El ES que recibe al usuario, debe comunicarse vía TIC con el Equipo de Salud Familiar que facilitó la referencia, y este a su vez debe comunicarse con el ACS que lo refirió para informar que está en proceso de atención, así como la evolución del mismo, situación que el ACS debe informar a los familiares.
- 8.2.7** Los ACS apoyarán al Equipo de Salud Familiar en la búsqueda en su comunidad de aquellos usuarios que tenían cita, referencia o respuesta en una ES y no asistió a la misma.
- 8.2.8** Si el usuario amerita ser referido a una ES de mayor complejidad de atención, el ACS coordinará con el **Comité de traslado de pacientes** (6) para asegurar el transporte del mismo y a la vez se comunicará con el Equipo de Salud Familiar correspondiente o a la admisión de la ES que lo recibirá en caso de una urgencia o emergencia.

8.3 Gestion del usuario en el Primer Nivel de Atención:

- ❖ Recibe y da respuesta a las referencias de los Agentes Comunitarios de Salud, de personal de salud de UAPS, CIS, Policlínico y ES de mayor complejidad.
 - ❖ Recibe referencia de otros Establecimientos de Salud de mayor complejidad
 - ❖ Cualquier personal de la UAPS, y CIS por asignación, realizará las funciones de Gestión de paciente.
 - ❖ El Policlínico, debe contar con una Unidad de Gestión de Usuario, constituida entre el personal de Admisión, Unidad de Atención al Usuario y Archivo entre ellos se realizan todas las actividades de procesos administrativos de registro y de atención del usuario.
- 8.3.1** El personal de salud que realiza la función de gestión de usuario ó el auxiliar de la UAU, recibe y da la bienvenida al usuario que solicita atención.
- 8.3.2** El personal de salud que realiza la función de gestión de usuario ó el auxiliar de la UAU, revisa la hoja de referencia para conducirlo a su atención:
- Consulta externa
 - De urgencia o emergencia
- 8.3.3** En la admisión, se debe:

- Solicitar la tarjeta de identidad o partida de nacimiento al usuario.
 - Registrar en el **Anexo N° 8**).
 - Revisar la referencia y verificar que fue gestionada desde las UAPS, CIS, Policlínico o ACS;
 - Si el usuario viene por cita, verifica si la misma fue gestionada desde la UAPS, CIS o por el ACS, en caso no contar con cita le notifica si hay algún cupo con el especialista o servicio (cupos perdidos).
 - Si hay cupos disponibles en consulta externa, el personal de admisión le entrega un número de llegada al usuario, para que espere ser atendido, de lo contrario gestiona una cita.
- 8.3.4 Si el usuario viene a consulta externa, el personal de admisión envía el expediente a preclínica e informa al usuario y le dice que alguien lo guiará a la misma, y llama al personal que realiza la función de gestión de usuario ó el auxiliar de la UAU para que conduzca al usuario a la preclínica.
- 8.3.5 En el caso de ser una referencia que requiere una atención de emergencia o urgencia, el personal que realiza la función de gestión de usuario ó el auxiliar de la UAU, conducirá al usuario en forma prioritaria a la atención médica.
- 8.3.6 En la atención médica, el personal de salud:
- Evaluará al usuario, el personal de salud del UAPS y CIS si es necesario, solicitará apoyo a los especialistas del policlínico y decidir si lo maneja en su ES o lo refiere al nivel correspondiente.
 - El personal de salud del Policlínico se comunicará con los especialistas del Segundo Nivel de Atención de ser necesario y decidir si lo manejan en el ES o para informar y presentar el caso que se va a referir al nivel correspondiente (Segundo Nivel de atención).
- 8.3.7 Si el usuario no amerita ser referido, se le brindará la atención correspondiente:
- Una vez atendido el usuario, el personal de salud que brindó la atención, tiene la obligación de orientarlo sobre: diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación, referencia, cita y otros.
 - El personal que brinda la atención, le explica al usuario que regrese a donde la persona que lo refirió para su seguimiento y le entrega su hoja de respuesta.
 - El personal que brinda la atención, le explica al usuario que regrese a admisión con el formato de respuesta que le entregó, para que sea anotada la misma en el **Anexo N°8**; El personal de salud que realiza la función de gestión de usuario ó el auxiliar de la UAU debe brindarle el acompañamiento.
 - El personal de salud que realiza la función de gestión de usuario ó el auxiliar de la UAU, se comunicará con la persona responsable que realiza la función de gestión de paciente, o la UAU del ES al que se envía la respuesta; también se comunicarán

con el ACS en relación a la respuesta.

8.3.8 Si el caso amerita de **cita médica** en otro ES:

- El personal de Gestión del Paciente o el auxiliar de la UAU, coordinará con el nivel de complejidad correspondiente, para que el usuario sea atendido, la cual anotará en la referencia, explicándole al usuario la fecha y hora en que debe asistir al ES al cual fue referido.
- El personal que realiza funciones de gestión de usuario ó la auxiliar de la UAU, debe realizar el seguimiento en la comunidad a los usuarios que fueron referidos pudiéndose apoyar en los ACS, para asegurar que estos fueron al ES referido, y regresen con la respuesta al ES.

8.3.9 Si el caso amerita referencia a otro nivel de mayor complejidad para su **atención inmediata**:

- El personal de salud que brinda la atención, debe explicar al usuario y familiares porque lo refiere, le explica la importancia de que el usuario regrese al ES que le corresponde para su seguimiento.
- Cuando el usuario sale de la consulta de urgencia, el personal que realiza funciones de gestión de usuario ó la auxiliar de la UAU apoya al familiar de este, en el trámite de la referencia en la admisión.
- El personal de admisión registra en el **Anexo N°8**.
- y luego se la entrega al usuario o su familiar, para que este la lleve al ES correspondiente.
- El personal que realiza funciones de gestión de usuario ó la auxiliar de la UAU deberá gestionar el mecanismo de transporte del usuario, y se comunicará con el personal de gestión de pacientes del ES al cual va referido.
- El personal que realiza funciones de gestión de usuario ó la auxiliar de la UAU deberá dar seguimiento, al usuario referido: Verifica con el ES si el usuario llegó y cuál fue la resolución del caso.
- El personal que realiza funciones de gestión de usuario ó la auxiliar de la UAU, debe realizar el seguimiento en la comunidad a los usuarios que fueron referidos apoyándose en los ACS, para asegurar que estos fueron al ES referido, y regresen con la respuesta al ES.
- Cuando el usuario vuelve con la hoja de respuesta al ES, el personal que realiza funciones de gestión de usuario ó la auxiliar de la UAU, lo recibe y da la bienvenida al usuario, lo conduce a la admisión, donde se registra en **Anexo N°8**.

8.4 Gestión del usuario en el Segundo Nivel de Atención

En el segundo nivel de atención la gestión del usuario se realiza a través de la UAU que es parte del Departamento de gestión del paciente, y realiza:

- ❖ Recibe y da respuesta a las referencias de los ACS y de los ES del Primer nivel de Atención, y de los ES de mayor complejidad, y recibe las respuestas de los ES de mayor complejidad de las referencias enviadas.
- ❖ Recibe referencia de otros Establecimientos de Salud de mayor complejidad de su mismo nivel de atención.
- ❖ Debe contar con un Departamento de Gestión del Paciente.

8.4.1 Gestión del Paciente en la Unidad de Atención al Usuario (2)

- 8.4.1.1 Recibe y da la bienvenida al usuario que solicita atención.
- 8.4.1.2 Revisa la referencia para conducirlo, ya sea a la admisión de urgencia o a la de consulta externa.
- 8.4.1.3 Si el usuario fue atendido en la admisión de la consulta externa, este debe ser registrado en **Anexo N° 8**, el auxiliar de la UAU lo conduce a la preclínica y luego a la clínica donde este será atendido y en donde se le darán las recomendaciones e indicaciones necesarias para su manejo.
- 8.4.1.4 Cuando el usuario sale de la consulta, el auxiliar de la UAU lo conduce a la admisión, donde deberá ser registrado en el **Anexo N° 8**.
- 8.4.1.5 Si el usuario viene con una referencia de urgencia, el auxiliar de la UAU lo conducirá al triage y estará pendiente del mismo, para posteriormente acompañarlo al servicio correspondiente. (revisar con lo del primer nivel).
- 8.4.1.6 El personal de salud que brindó la atención, tiene la obligación de: orientar al usuario sobre la respuesta (tratamiento, seguimiento, cita, etc.), explicar que debe entregar el formato de la respuesta en la ES a la que se envía, y dejar una copia del formato de respuesta en el expediente del usuario.
- 8.4.1.7 Si el usuario **amerita ser referido** a un ES de mayor complejidad de atención, la jefa de enfermería del servicio correspondiente gestionará con el Departamento de Gestión de Pacientes para que este a su vez coordine con Servicios Generales para asegurar el traslado del mismo. El auxiliar de la UAU se comunicará con la admisión de la ES que recibirá al usuario. El personal de salud que brinda la atención es el responsable de elaborar la referencia.
- 8.4.1.8 Cuando el usuario sale de la consulta de urgencia el auxiliar de la UAU apoya al familiar de este en el trámite de la referencia en la admisión, donde deberá ser

registrado en el **Anexo N° 8**.

8.4.1.9 El auxiliar de la UAU deberá dar seguimiento al usuario referido.

8.4.2 Gestión del paciente en la admisión y documentación consulta externa:

8.4.2.1 El usuario entrega la referencia al auxiliar de admisión.

8.4.2.2 Identifica diagnóstico de referencia y confirma la cita que fue gestionada desde el Primer Nivel, en caso de no contar con cita, le notifica si hay cupo con el especialista a la admisión (cupos perdidos).

8.4.2.3 Solicita la tarjeta de identidad partida de nacimiento, información del usuario y apertura del expediente.

8.4.2.4 Auxiliar de la admisión envía el expediente a la preclínica.

8.4.3 Gestión del paciente en la Admisión y Documentación de Urgencias

8.4.3.1 El usuario entrega la referencia al responsable del triage, quien la registra en el **Anexo N°8**.

8.4.3.2 El responsable del triage evalúa, clasifica y deriva al usuario al servicio correspondiente.

8.4.3.3 Si la urgencia amerita referir al usuario a un ES del Segundo Nivel de mayor complejidad, El personal de salud que brinda la atención es el responsable de elaborar la referencia.

8.4.3.4 Una vez atendido el usuario, este o su familiar en acompañamiento del auxiliar de la UAU, regresa a la admisión con el formato de respuesta que le entregó la persona que lo atendió.

8.4.3.5 El auxiliar de admisión registra en el **Anexo N° 8**, y luego le entrega al usuario o su familiar el formato de respuesta, para que este la lleve al Equipo de Salud Familiar o ES, que lo refirió.

8.4.3.6 El personal de salud que brindó la atención, tiene la obligación de: orientar al usuario sobre la respuesta (tratamiento, seguimiento, cita, etc.), explicar que debe entregar el formato de la respuesta en el ES a la que se envía y de dejar una copia del formato de respuesta en el expediente del usuario.

8.4.3.7 El auxiliar de la UAU, se comunicará con el Departamento o Unidad de gestión de pacientes de los ES al que se envía la respuesta.

8.4.3.8 Si el caso amerita Referencia al Primer Nivel o a otro ES del Segundo Nivel de Atención, para su manejo:

- El auxiliar de la UAU, se comunica a través del uso de las TIC, con el Departamento o la unidad responsable de la Gestión de Pacientes de la ES al que se va a referir.
- Si el usuario no amerita ser referido a otra ES, deberá enviar respuesta al ES que lo remitió.
- Orienta al usuario para que se dirija a al ES que lo va a recibir.
- Explica la importancia de que el usuario regrese a la ES que le corresponde para su seguimiento.
- Coordina con la ES que recibirá al usuario, apoyándose en las TIC.
- Verifica con la ES si el usuario llegó.

9 Mecanismo de uso de tecnología de información y comunicación

9.1 Consideraciones generales

El principal aporte en la utilización de la informática a través de aparatos móviles de celulares y computadores y de la internet en los procesos de atención en salud y específicamente en la referencia, permite un incremento de la calidad en la atención al usuario y de la eficiencia; reducción de los costos operativos de los servicios médicos y la posibilidad de implementar modelos de salud completamente nuevos como es nuestro caso. El uso de las TIC debe ser apropiado y consensuados en la red.

- La incorporación de las TIC es para mejorar la comunicación en doble vía entre la ES que envía y la que recibe al usuario, evita las referencias innecesarias o mal dirigidas, además pueden incorporarse desde la comunidad para con ello iniciar más tempranamente el manejo de las emergencias al establecer un canal rápido y eficiente de comunicación entre los agentes comunitarios de salud y las ES.
- Cada Red Integrada de Servicios de Salud debe incorporar las herramientas electrónicas de tecnología de información y comunicación necesarias para el funcionamiento de los procesos de telemedicina, interconsulta médica, agenda de citas de consulta externa y sistema de referencia y respuesta.
- Los coordinadores de las RISS, serán los responsables de supervisar y monitorear el correcto funcionamiento de los medios de comunicación de la red.
- Cada Establecimiento de Salud tendrá un responsable de comunicaciones, el cual deberá velar por su correcto funcionamiento y mantenimiento, además, será el responsable de monitorear y dar respuesta a todas las comunicaciones que se generen.
- Se podrá utilizar cualquier medio de comunicación disponible, ya sea radio, telefonía fija, telefonía celular, internet y otros dispositivos disponibles.

- Antes de proceder a enviar a un usuario a otro Establecimiento de Salud de la red, el personal encargado de la Unidad o Departamento de gestión de paciente, deberá comunicarse a través de las TIC con el personal encargado de la Unidad o Departamento de gestión de usuario del Establecimiento de Salud donde se refiere, para asegurar la atención en salud, brindándole toda la información sobre el estado de salud del usuario que se refiere, diagnóstico, condición de gravedad, tratamiento previo, evolución, sugerencias terapéuticas y recursos que serán requeridos para su manejo.
- La comunicación se establecerá entre los responsables de comunicaciones de los Establecimientos involucrados, quienes tendrán la responsabilidad de comunicar a los médicos, o enfermeras responsables de la recepción y atención del usuario en condiciones de emergencia y/o urgencia.
- En los casos de usuarios que se refieren en condición en la cual peligre su vida, la comunicación con el Establecimiento de referencia, debe realizarse mediante el medio de comunicación más efectivo posible y en forma oportuna, a fin de garantizar la atención prioritaria de los usuarios. El personal de salud que refiere previo a movilizar el paciente grave; debe comunicarse con los médicos del ES al que se referirá a través de las TIC, para comunicarles los motivos de la referencia y las condiciones de envío para que el receptor esté preparado.

9.2 Servicio de Telemedicina

El objetivo del servicio de telemedicina de la red, será el de brindar orientación clínica al proveedor de salud en la atención de los usuarios, para evitar y disminuir el tránsito innecesario de los usuarios y los costos relacionadas con este proceso.

- Cada RISS, debe contar con el servicio de telemedicina, el cual debe estar conformado por un Equipo Multidisciplinario en los Policlínicos y Hospitales, y debe estar disponible para orientar al personal de salud de los establecimientos de menor, igual o mayor complejidad de la red en forma oportuna.
- Cada Equipo Coordinador de la Red, Administrador de Servicios de Salud, ó Gestor de RISS es el responsable de organizar el sistema de telemedicina con todos los Establecimientos de Salud del Primer y Segundo Nivel de atención de la red, mediante el uso de videoconferencias u otras herramientas tecnológicas.

10 Mecanismo de transporte de los usuarios

10.1 Consideraciones generales

Los usuarios en estado crítico (emergencia/urgencia) que requieren una referencia a un Establecimiento de mayor complejidad y capacidad resolutive deben ser enviados en ambulancia.

- El Personal de gestión de pacientes, debe coordinar con el sistema de ambulancias o con los sistemas locales comunitarios de transporte. Aquellos Establecimientos de Salud que dispongan de su propio sistema de ambulancias, utilizará este mecanismo para el traslado de los usuarios.
- En las ciudades donde exista el mecanismo de centralización del sistema de urgencias (911), se usará este mecanismo y será responsabilidad del equipo del Establecimiento de Salud coordinar la activación del sistema para el traslado del usuario.
- Los traslados de las personas referidas a consulta externa o que requieren un estudio complementario de apoyo diagnóstico será responsabilidad de los familiares, previa confirmación de parte del Equipo de Salud local de la disponibilidad del servicio en el Establecimiento al cual se envía.

10.2 Acciones previas al traslado

- Todo usuario catalogado como urgencia o emergencia médica, para su traslado debe ser debidamente estabilizado que asegure su vida hasta su destino final.
- El personal de Salud debe informar y coordinar con el Establecimiento al cual refiere el usuario, especialmente su condición.

10.3 Acciones durante el traslado

- El traslado de usuarios en estado crítico, debe efectuarse en ambulancia con la asistencia de personal paramédico entrenado, en caso de que en el servicio no cuente con este recurso, un médico o paramédico del Establecimiento debe asistir al usuario.
- El personal asignado de la gestión de pacientes, debe tener el control del traslado mediante comunicaciones frecuentes con el servicio de ambulancia hasta el arribo al Establecimiento destino
- El personal de salud debe proveer asistencia al usuario de acuerdo a los documentos normativos de atención aplicables para el traslado de pacientes en estado delicado.

10.4

Acciones en el Establecimiento de recibo

- El paramédico o personal de salud que asiste al usuario durante su traslado, debe entregar la referencia al personal del servicio de emergencia/urgencia al que se envía, quien realizará el triage de acuerdo a los protocolos institucionales para la atención oportuna del usuario.
- El usuario que asiste a cita de consulta externa, debe avocarse al equipo de gestión del paciente en el Establecimiento de Salud, quien será el encargado de guiar al usuario hasta su atención.

10. Bibliografía

1. **Secretaría de Salud.** *Modelo Nacional de Salud. Tegucigalpa, Honduras , 2013.*
2. **Secretaría de Salud.** *Manual Unidades Funcionales de Atención al Usuario (UFAU).Tegucigalpa, Honduras. 2006.*
3. **Congreso Nacional de Honduras.** *Decreto No. 56-2015, Ley Marco del Sistema de Proteccion Social. 2015*
4. **Poder Ejecutivo.** *Modelo Nacional de Salud, Tegucigalpa, Honduras.Decreto ejecutivo número PCM 051-2017.*
5. **Secretaría de Salud.** *Modelo Gestion Hospitalaria. Tegucigalpa, Honduras, 2014.*
6. **Secretaría de Salud.** *Manual para la operativizacion de la estrategia de trabajo con individuos familias y comunidades, 2012*

Anexo N° 1. Categorización y Tipificación de Establecimientos de Salud del Primer y segundo

Nivel de Atención

NIVEL DE ATENCION	ESCALONES DE COMPLEJIDAD CRECIENTE	CATEGORIA Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA DISTINTIVA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
PRIMER NIVEL	Nivel de Complejidad 1	Unidad de Atención Primaria de Salud UAPS Establecimiento de Salud Tipo 1	Ambulatorio con Médico General
	Nivel de Complejidad 2	Centro Integral de Salud CIS Establecimiento de Salud Tipo 2	Ambulatorio con Médico General. Atenderá Referencia de ES Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 3	Policlínico Establecimiento de Salud Tipo 3	Ambulatorio urbano con Atención Médica Especializada básica, sin internamiento. Puede contar con camas de corta estadía (12 horas). Atiende referencias de ES Tipo 1 y Tipo 2
SEGUNDO NIVEL	Nivel de Complejidad 4	Hospital Básico Hospital Tipo 1	Hospital Básico con especialidades básicas. Atiende referencias de del primer nivel.
	Nivel de Complejidad 5	Hospital General Hospital Tipo 2	Hospital General y algunas Subespecialidades. Referencia del Hospital Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 6	Hospital de E Especialidades y Subespecialidades. Hospital Tipo 3	Hospital de Especialidades y Subespecialidades. Atiende pacientes referidos de los Hospitales Tipos 1 y 2.
	Nivel de Complejidad 7	Hospital Instituto e Instituto altamente especializado. Hospital Tipo 4	Hospital Instituto e Instituto altamente especializado. De Referencia Nacional.

Fuente: Poder Ejecutivo. *Modelo Nacional de Salud, Tegucigalpa, Honduras. Decreto ejecutivo número PCM 051-2017.*

Anexo 2. Referencia y Respuesta

 Referencia y Respuesta				Referencia	<input type="checkbox"/>
				Respuesta	<input type="checkbox"/>
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)			Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
N° de expediente:		N° de Identidad:			Edad:
Dirección:	Colonia	Ciudad	Municipio	Departamento	Teléfono
Correo Electrónico:		Acompañante	Parentesco	Dirección/Teléfono	
Nombre del Establecimiento que refiere/responde:		Red:			
		Institución: SESAL <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>			
		IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
		Gestor	Centralizado <input type="checkbox"/>	Establecimiento que refiere o responde: UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/>	
			Descentralizados <input type="checkbox"/>	Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, Especifique:	
Motivo del envío:	Diagnostico: <input type="checkbox"/>	Tratamiento: <input type="checkbox"/>	Seguimiento: <input type="checkbox"/>	Rehabilitación: <input type="checkbox"/>	
Describe:					
Signos y Síntomas principales:					
Resumen de datos clínicos:					
Signos Vitales	P/A:	FR:	P/FC:	T°:	Peso: Talla:
Datos Gineco Obstétricos:	FUM:	FPP:	E:	P:	C: HV: HM: O: A:
Cabeza:					
ORL:					
Ojos:					
Cuello:					
Tórax:					
Abdomen:					
Genitales:					
Extremidades:					
Neurológico:					
Resultados de exámenes complementarios:					Evaluación de Riesgo
					Con Riesgo <input type="checkbox"/>
					Sin Riesgo <input type="checkbox"/>
Impresión Diagnóstica:					
Recomendaciones/observaciones:					
Referido/Responde a:			Amerita atención en:		
<input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, especifique:			<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización		
			<input type="checkbox"/> Otros, especifique:		
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde:			Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta:		
			Día: Mes: Año: Hora:		
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá:			Nombre y cargo de la persona contactada:		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Especifique:					
Referencia/Respuesta elaborada por:			Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta:		
<input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista					
<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería					
<input type="checkbox"/> Otro, Especifique:					
Cita al servicio de:	Día:	Mes:	Año:	Hora:	Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta:
					Día: Mes: Año: Hora:
Este campo es para ser llenado exclusivamente por el establecimiento de salud que recibe la referencia.					HC-10
Referencia : Oportuna: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Justificado : Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>					

Fecha _____/_____/_____ Número: _____ ES: _____ RED: _____

REFERENCIA/RESPUESTA A:

ESTABLECIMIENTO: _____

AL SERVICIO DE: _____

DIRECCIÓN: _____

PARA: ☐ DIAGNÓSTICO ☐ TRATAMIENTO ☐ SEGUIMIENTO ☐ REHABILITACIÓN

¡IMPORTANTE!

LEA ESTO

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN

INDISPENSABLE PARA SU SALUD

ES IMPORTANTE QUE CUMPLA BIEN LAS

INDICACIONES QUE LE DIERON

PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON

Anexo 3. Referencia del Agente Comunitario y Promotor de Salud



Referencia del Agente Comunitario y Promotor de salud

Fecha: _____	Hora: _____	Sector: _____
Comunidad: _____	Establecimiento de Salud: _____	
Red: _____	Región Sanitaria: _____	

Nombre del Paciente: _____		
No de Identidad: _____	Sexo: _____	Edad: _____
Persona Responsable: _____	No de Teléfono: _____	

Motivo de la referencia:	

Acción realizada:	

Nombre del que refiere: _____	
No de Celular: _____	Correo electrónico: _____

Datos del Establecimiento de Salud donde se refiere
Nombre del Establecimiento de Salud: _____
Red a la que pertenece el Establecimiento de Salud: _____
Dirección de Establecimiento de Salud: _____
Región Sanitaria: _____
Servicio al que se remite: _____

Referencia Obstétrica y Puerperio de Emergencia de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre (s)		Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nº de expediente:				Nº de Identidad:			Edad:
Dirección:	Colonia	Ciudad	Municipio	Departamento		Teléfono	
Correo Electrónico:				Acompañante	Parentesco	Dirección/Teléfono	
Nombre del Establecimiento que refiere: Red: Institución: SESAL <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				Gestor	Centralizado <input type="checkbox"/> Descentralizado <input type="checkbox"/>	Establecimiento que refiere: UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/>	
Antecedentes: Patologías antes y durante el embarazo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Zika: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otras, Especifique: _____							
Carnet Perinatal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. de atenciones prenatales: ____ Fecha de inicio de las atenciones prenatales: ____/____/____ Plan de parto: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Fecha ultimo parto: ____/____/____ Exámenes de laboratorio: Tipo: ____ RH: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo: <input type="checkbox"/> Prueba de formación de coagulo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tiempo: ____ Min							
Proteinuria en cinta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Otros: _____							
Ginecológicos: HGO: G: ____ P: ____ C: ____ A: ____ HV: ____ HM: ____ FUM: ____/____/____ FPP: ____/____/____ EG: ____ Semanas USG: EG: ____ Semanas							
Signos vitales: P/A: ____ FR: ____ P/FC: ____ T*: ____ Peso: ____ Taille: ____ Datos GO: AFU: ____ FCF: ____ MF: ____ Cuantos: AU: ____ Duración: ____ Fecha del USG: ____/____/____							
HALLAZGOS				SI NO MANEJO			
Presión sistólica mayor o igual de 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual de 90 mmHg.				REFIERA DE INMEDIATO al Hospital. No aplique Medicamentos			
Hipertensión gestacional: Embarazo mayor o igual de 20 semanas o durante el puerperio, P/A sistólica mayor o igual de 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual de 90 mmHg, con Proteinuria negativa: menor de 300mg o 1+ en tiras reactivas							
Preeclampsia: Embarazo mayor o igual de 20 semanas o durante el puerperio, P/A sistólica mayor o igual de 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual de 90 mmHg, con Proteína en orina de 24 horas: mayor de 300mg o 1+ en tiras reactivas							
Preeclampsia grave o severa: Embarazo mayor o igual de 20 semanas o durante el puerperio, Presión arterial sistólica de ≥160 mmHg o Presión arterial diastólica de ≥110 mmHg o más, con o sin los siguientes: edema de miembros inferiores, visión borrosa, dolor abdominal, dolor de cabeza, zumbido de oídos, dolor en el pecho, dificultad respiratoria, náuseas o vómitos.							
Eclampsia: Si paciente convulsiona o esta convulsionando asociada a un trastorno hipertensivo de embarazo o puerperio. Si se presenta CONVULSIONES durante el traslado aplicar: <ul style="list-style-type: none">• 2 Gr de Sulfato de magnesio, al 10%, IV Directo en un lapso de 3 a 5 min.<ul style="list-style-type: none">➢ Se aplicó dosis: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>• Oxígeno de 4-6 Lts por minuto.• Vigile por Intoxicación por sulfato de magnesio (Paro respiratorio)				REFIERA DE INMEDIATO al Hospital, y aplique: Sulfato de Magnesio al 50%, via IM. Profunda, aplicar 2 grs en cada glúteo. (Si persisten las convulsiones, administre 2 gramos más). O utilizar Sulfato de Magnesio al 10%, via IV. 4 gr. diluidos en 100 CC de DW al 5% a pasar en 20 minutos. (Si persisten las convulsiones, administre 2 gramos más).			
Paciente Pálida, fría, sudorosa, hipotensa (PAM menor de 70), con o sin evidencia de sangrado, antes o después de las 20 semanas gestacionales.							
Post parto: Si hay sospecha de retención de restos y/o placenta, y/o hemorragia. Aplique también: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Oxitócica 20 UI en 500 ml de Solución Salina, 20 gotas por minuto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div><div>Balón Hidrostático (APLICA por hipotonía Uterina) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div></div>				REFIERA DE INMEDIATO al Hospital, y canalice 2 vías: <ul style="list-style-type: none">• Lactato Ringer IV a 60 gotas x min (Usar catéter No 16 ó 18)• Traje anti-shock (si está disponible en el Policlínico)• Balón hidrostático (En el Policlínico)• Oxígeno 5 Lts por minuto			
Paciente PUERPERA o Post Aborto con temperatura más de 38°, o menos de 36, malestar general y/o Fetidez en loquios.							
Genitales: Leucorrea: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fetidez: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sangrado: SI <input type="checkbox"/> escaso: ____ moderado: ____ Abundante: ____ NO <input type="checkbox"/>				REFIERA DE INMEDIATO al Hospital, aplicar la dosis inicial del antibiótico disponible según protocolo			
Especuloscopia (Si aplica): _____							
Tacto Vaginal: D: ____ B: ____ Membranas Integra: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuantas hrs: ____ Meconio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AP: ____ Presentación: ____ Pelvis: ____ <small>(Flejo vaginal está contraindicado ante la sospecha de EMBARAZO SEVERO)</small>							
Diagnostico:							
Recomendaciones/observaciones:							
Nombre del Hospital al que se Refiere:				Atender atención en: Emergencia <input type="checkbox"/> Otros, especifique:			
Se contactó al Establecimiento al que refiere: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Nombre y cargo de la persona contactada:			
Especificque:				Fecha de elaboración de la referencia:			
Referencia Elaborada por: <input type="checkbox"/> Medico General <input type="checkbox"/> Medico Especialista <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería Otro, especificar: _____							
Referencia Oportuna: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Justificada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia: _____ _____/_____/_____ Hora: _____			
<small>*Este campo es para ser llenado exclusivamente por el establecimiento de salud que recibe la referencia</small>							

Fecha ____/____/____ número: ____ ES: ____ RED: ____

REFERENCIA A:

ESTABLECIMIENTO: _____	
AL SERVICIO: _____	
DIRECCIÓN: _____	
PARA: Diagnostico <input type="checkbox"/>	Tratamiento <input type="checkbox"/>

**¡IMPORTANTE!
LEA ESTO**

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
--

INDISPENSABLE PARA SU SALUD

ES IMPORTANTE QUE CUMPLA BIEN LAS
--

INDICACIONES QUE LE DIERON

PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
--

INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON

Anexo 5. Referencia de embarazadas y puérperas del Promotor de Salud

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____

Nombre de la usuaria: _____

No. de identidad: _____ No. de Ficha Familiar: _____

Según sus cuentas cuanto tiene de embarazo: _____ FUM: ____/____/____ FPP: ____/____/____

Fecha del Parto: ____/____/____ (si aplica) Horas, Días de su puerperio: _____ (si aplica)

YA RECIBIO ATENCIÓN PRE/POSTNATAL: S I: ☐ NO: ☐ (SI RESPONDE **NO**; ENVÍELA A LA ES más cercana DE INMEDIATO) Y

SI RESPONDE SI: A DONDE VA: _____ RED: _____

Lugar donde vive: Dirección _____

Teléfono/os: _____ edad: _____ ocupación: _____

Tiene todas sus vacunas (según norma): S I: ☐ NO: ☐ (ENVÍELA CON SU CARNET DE VACUNAS)

Ha recibido vitaminas prenatales: S I: ☐ NO: ☐ PLAN DE PARTO: S I: ☐ NO: ☐

Ha recibido educación sexual: S I: ☐ NO: ☐ Ha recibido consejería de P/F: S I: ☐ NO: ☐

FACTORES DE RIESGO	SI	NO
1. VIVE EN AREA RURAL O URBANO MARGINAL (y aun no está en control prenatal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. MADRE SOLTERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. SU MARIDO ESTA DESEMPLEADO O GANA MENOS DE 200 lps. diarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NO FUE A LA ESCUELA O PASO MENOS DE (6) SEXTO GRADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. BEBE O FUMA O USA DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. SU MARIDO O ALGUN FAMILIAR LA GOLPEA O MALTRATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. SU RH sanguíneo ES NEGATIVO (-) o tiene otros factores de riesgo: (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☒ **OJO:** si responde **SI** a alguna de las anteriores asegúrese que ya este recibiendo Atención Prenatal de acuerdo a norma y de no estar, envíela para cumplir norma.

SEÑALES DE PELIGRO	SI	NO
1. ES MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 35 AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. NO HA PARIDO O HA PARIDO MAS DE 3 HIJOS (INCLUYENDO ABORTOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD (azúcar en la sangre, presión alta, enfermedad del corazón, asma , enfermedad de los riñones, epilepsia o anemia) O ha tenido ZIKA, CHICUNGUNYA, DENGUE y/o MALARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. HA TENIDO ABORTOS, SANGRADOS O HEMORRAGIAS DESPUES DEL PARTO, CESAREAS, NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER Y/O SE LE SUBE LA PRESION DURANTE EL EMBARAZO o se le han hinchando las piernas en sus embarazos anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. EN ESTE EMBARAZO: tiene dolor de cabeza, se le nubla la vista o se le están hinchando las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. TIENE FLUJO VAGINAL O ARDOR PARA ORINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. TIENE SANGRADO O HA SANGRADO DURANTE ESTE EMBARAZO (y no ha sido tratada y/o evaluada por médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☒ **OJO:** SI EN ALGUNA DE LAS ANTERIORES RESPONDE SI ENVÍE A LA PACIENTE **URGENTEMENTE** para evaluación **MÉDICA**

PROPÓSITO DE LA REFERENCIA: _____

PERSONA QUE REMITE AL: **UAPS / CIS / POLI.** : _____

CARGO: _____ COMUNIDAD: _____ EQUIPO: _____ RED: _____

Fecha ____/____/____ número: ____ ES: ____ RED: ____

REFERENCIA A:

ESTABLECIMIENTO: _____

AL SERVICIO: _____

DIRECCIÓN: _____

PARA: Diagnostico ☐

Tratamiento ☐

¡IMPORTANTE!

LEA ESTO

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN

INDISPENSABLE PARA SU SALUD

ES IMPORTANTE QUE CUMPLA BIEN LAS

INDICACIONES QUE LE DIERON

PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON

Anexo N. 6: Referencia para embarazada del Agente Comunitario de Salud



Adjunto para Referencia Comunitaria



Fecha: _____

Información Adicional para Embarazadas

Nombre del Paciente: _____	Meses de Embarazo: ____ meses. ____ No sabe.
Dirección del Paciente: _____ (Ejemplo número asignado por el ESFAM durante el mapeo)	
Teléfono: _____	
Atención Prenatal: SI <input type="checkbox"/> Qué Establecimiento de Salud? NO <input type="checkbox"/> <u>(MÁNDALA AL ESTABLECIMIENTO MÁS CERCANO DE INMEDIATO)</u>	
Tiene todas las Vacunas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/> <u>(SI MARCA NO O NO SABE ENVÍELA CON SU CARNET AL CENTRO DE SALUD)</u>	
Recibió Vitaminas Prenatales: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/>	
Ha Recibido Alguna Explicación sobre Educación Sexual o Planificación Familiar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/>	

Factores de Riesgo

1. Vive en el área rural o urbano marginal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. Madre soltera (no tiene pareja) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. La familia gana menos de 200 LPS. diario. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. Primaria Incompleta. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Bebe o fuma o usa drogas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. ¿Algún Familiar la golpea? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. Nunca ha parido o ha parido más de 3 hijos (incluyendo abortos) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. Menor de 18 años o mayor de 35 años SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. Ha tenido: <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> Sangrados después del parto <input type="checkbox"/> Cesáreas	10. Ha tenido: <input type="checkbox"/> Niños de Bajo Peso <input type="checkbox"/> Alta Presión durante el Embarazo	11. Otros factores de riesgo, Especifique.	

Factores de Riesgo

5. Flujo Vaginal  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. Sangrado en este Embarazo  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. En este embarazo: Dolor de Cabeza o vista nublada  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. En este embarazo: Se le hinchan las manos o Piernas  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Le cuesta respirar  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. Arrojando bastante  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. Calentura  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. ¿Se le mueve el niño?  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. Dolor de estómago en este embarazo  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Azúcar en la sangre <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón		12. Otros Problemas no mencionados, Especifique:
11. Tiene alguna enfermedad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones <input type="checkbox"/> Ataques			

¡¡¡OJO: REFERIR URGENTEMENTE SI PRESENTA ALGUNA SEÑAL DE PELIGRO!!!

Persona que remite: _____	Referido a: _____
---------------------------	-------------------

Anexo No 7. Referencia para Niños Menores de 5 años del Agente Comunitario de Salud



SECRETARÍA DE SALUD

ADJUNTO PARA REFERENCIA COMUNITARIA:

Información Adicional para Niños Menores de 5 Años



Fecha:

Nombre del Paciente:

☐ Todavía sin nombre Hijo/a de:

Dirección del Paciente:

Teléfono:

(Ejemplo, número asignado por el ESFAM durante el mapeo)

Tiene Carné de vacunas:

SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

(REFIÉRALO CON SU CARNET DE VACUNAS)

Está en Control de Niño Sano:











SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

(SI RESPONDE "NO" O "NO SABE" REFIÉRALO DE INMEDIATO)

Factores de Riesgo

1. NACIO ENFERMO / MUY PEQUEÑO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. ESTÁ DESNUTRIDO O MADRE REFIERE Poca GANANCIA DE PESO O NO ESTÁ GANANDO PESO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. SIN LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE 6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. EL BEBE TIENE TODAS LAS VACUNAS O NO SE HA VACUNADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ESTA EXPUESTO A CONTAMINACIÓN DEL AIRE: LA MADRE USA FOGÓN DENTRO DE LA CASA O FUMAN EN LA CASA ALGUNO DE LOS PADRES O FAMILIARES. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. EN SU CASA VIVEN MAS DE 6 PERSONAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. HA SIDO INGRESADO EN EL HOSPITAL POR ENFERMEDADES GRAVES EN EL ÚLTIMO AÑO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. OTRAS ENFERMEDADES (EJ. TIENE ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, ENFERMEDADES DE NACIMIENTO (CONGÉNITAS) ASMA O DEFECTOS DE NACIMIENTO) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. ES HIJO DE MADRE ADOLESCENTE (MENOR DE 16 AÑOS). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10. NO HA RECIBIDO VITAMINA A O SULFATO FERROSO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	11. OTROS PROBLEMAS DE SALUD: ESPECIFIQUE:	

SIGNOS DE PELIGRO

1. HA DEJADO DE MAMAR O TIENE DIFICULTAD PARA TRAGAR  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. ARROJA CUALQUIER COSA QUE SE LE DA  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. EL NIÑO TIENE CALENTURA O ESTÁ PÁLIDO, FRÍO Y SUDOROSO  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. LE HAN DADO ATAQUES DURANTE ESTA ENFERMEDAD  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ALETARGADO, INCONSCIENTE O CUESTA DESPERTARLO  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. DIFICULTAD AL RESPIRAR O RESPIRACIÓN RÁPIDA  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. HUNDIMIENTO DEBAJO COSTILLAS  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. DIARREA SEVERA, OJOS HUNDIDOS, MUCHA SED O LA MOLLERA ESTÁ HUNDIDA  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. DIARREA CON SANGRE  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10. PALIDO O ANEMICO  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI TIENE ALGUNO DE LOS ANTERIORES REFIERA URGENTEMENTE!!	

Persona que remite:

Referido a:

