



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Programa de Apoyo  
a la Reforma del Sector Salud  
PARSALUD II



Invirtiendo en nuestro futuro

**El Fondo Mundial**

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

## PROYECTO OCTAVA RONDA DEL FONDO MUNDIAL - COMPONENTE TUBERCULOSIS” – PARSALUD II

# “PROPUESTA DE DIRECTIVA DE SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LA ATENCIÓN INTEGRADA DE LA TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (PAL) “

SETIEMBRE 2011

Esta consultoría fue desarrollada en el marco del Proyecto “Haciendo la diferencia: consolidando una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú” Octava Ronda Fondo Mundial - Componente Tuberculosis bajo los términos de donación (PER-809-G07-T suscrito entre el Ministerio de Salud y el Fondo Mundial - Receptor Principal PARSALUD II). Fue preparada por Consultor Dr. Carlos Saavedra Leveau de la Orden Lafayette, con la supervisión de la Dra. Rosa Inés Béjar Cáceres – PARSALUD II y el Dr. Héctor Oswaldo Jave Castillo, Coordinador Nacional de la ESNPCT.

# INDICE

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| • Finalidad  | 4           |
| • Objetivos  | 4           |
| • Ámbito de aplicación   | 4           |
| • Base Legal   | 5           |
| • Disposiciones generales  | 5           |
| ○ Definiciones operativas  | 6           |
| • Disposiciones específicas  | 8           |
| ○ Organización del Sistema de Referencia y Contra referencia   | 8           |
| ○ Procedimientos de la referencia  | 10          |
| ○ Procedimientos de la contra referencia   | 13          |
| • Responsabilidades por niveles: administrativo, prestacional, monitoreo y evaluación.                     | 14          |
| • Disposiciones finales  | 15          |
| • Referencias bibliográficas   | 16          |
| • Anexos   | 18          |
| ○ Anexo N°1 - Mapa de la referencia y contrareferencia   | 19          |
| ○ Anexo N°2 - Formatos e instructivos del Sistema de Referencia y Contra referencia                        | 21          |
| ○ Anexo N°3 - Glosario de términos   | 28          |
| ○ Anexo N°4 - Tablas básicas de información: Relación de establecimientos de salud ámbito de la Directiva. | 29          |

I. **TITULO:** DIRECTIVA DE SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA EN LA ATENCIÓN INTEGRADA DE LA TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (AITER/PAL).

II. **FINALIDAD**

Garantizar la continuidad de la atención de las enfermedades respiratorias en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación de la Atención Integrada de Tuberculosis y Enfermedad Respiratoria (AITER/PAL), mediante un sistema de referencia y contra referencia efectivo, eficiente y oportuno.

III. **OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL**

Normar y regular la organización, los procesos, y los procedimientos administrativos –asistencias del sistema de referencia y contra referencia para la atención de las enfermedades respiratorias en los establecimientos de salud del ámbito de la implementación de la Atención Integrada de Tuberculosis y Enfermedad Respiratoria.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer la organización, los procesos, y los procedimientos administrativos – asistenciales del sistema de referencia y contra referencia para la atención de las enfermedades respiratorias en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación de la Atención Integrada de Tuberculosis y Enfermedad Respiratoria (AITER/PAL).
- Establecer los procedimientos para la articulación y operatividad del sistema de referencia y contra referencia para la atención de las enfermedades respiratorias en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación del AITER/PAL.
- Establecer los recursos y las modalidades de control para la adecuada operatividad del sistema de referencia y contra referencia para la atención de las enfermedades respiratorias en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación del AITER/PAL.

IV. **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El ámbito de aplicación de la presente Directiva está constituido por 150 establecimientos de salud a nivel nacional, de los cuales 30 son hospitales y 120 centros de salud. (Relación completa en anexos)

## **V. BASE LEGAL**

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional coordinado y Descentralizado de Salud.
4. Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.
5. R.M. N° 826-2005/MINSA, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
6. RM N° 751-2004/MINSA. NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.
7. Resolución Ministerial N° 729-2003-SA aprobación del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS
8. Resolución Ministerial N° 771-2004-SA, creación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
9. RM N° 383-2006/MINSA. NT N° 041-MINSA/DGSP-V.01:”Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis”.
10. RM N° 579-2010/MINSA. Actualización del Capítulo de Tratamiento de la NT N° 041-MINSA/DGSP-V.01:”Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis”.

## **VI. DISPOSICIONES GENERALES**

1. La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), es la respuesta socio-sanitaria al problema de la tuberculosis, considerada como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e interinstitucional; que permite un abordaje multifactorial para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto y concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones, con un enfoque de costo-efectividad de alta rentabilidad económica y social.
2. El Ministerio de Salud, por medio de la ESN-PCT garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de

discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza ó etnia y otros.

3. La Atención Integrada de Tuberculosis y Enfermedad Respiratoria AITER/PAL, es una iniciativa que forma parte de componente tres de la Estrategia de *Alto a la Tuberculosis*, que tiene por objetivos principales aumentar significativamente la detección de casos de tuberculosis dentro de los consultantes por patología respiratoria y mejorar la integración de la atención respiratoria dentro de la consulta ambulatoria, se aplica en personas afectadas mayores de 15 años de edad.
4. El sistema de de Referencia y Contrareferencia en la Atención Integrada de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (AITER/PAL), se estructura en el marco de la NT N° 018 – MINSA/DGSP V.01 “Norma Técnica del Sistema de referencia y Contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud”
5. La presente Directiva del “Sistema de Referencia y Contrareferencia en la Atención Integrada de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (AITER/PAL)” tiene un alcance nacional, considerando aspectos estructurales y funcionales del Ministerio de Salud, y se aplica inicialmente en forma específica a los establecimientos de salud que forman parte del ámbito del proyecto de implementación de la estrategia PAL, en el marco del Proyecto del Fondo Mundial en su VIII Ronda.

## DEFINICIONES OPERATIVAS

- a. **Sistema de Referencia y contra referencia:** Es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través de los cuales se asegura la continuidad de la atención de los usuarios AITER/PAL, con la oportunidad, eficiencia y eficacia, transfiriéndolo de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.
- b. **Referencia:** Es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de un usuario AITER/PAL a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
- c. **Contrareferencia:** Es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el personal del establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad de la atención del usuario al establecimiento de salud de origen de la referencia.
- d. **IVRA:** Incluye un amplio espectro de enfermedades infecciosas de etiología predominantemente viral, que incluye la Rinitis, Rinosinusitis o

Sinusitis, Rinofaringitis o Resfrío común, Faringitis, Amigdalitis, Epiglotitis, Laringitis, Laringotraqueítis y Traqueítis.

- e. **NAC:** Neumonía Adquirida en la Comunidad. Presencia de síntomas y signos secundarios a infección del tracto respiratorio inferior que compromete al parénquima pulmonar.
  
- f. **EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Enfermedad crónica y progresiva caracterizada por inflamación sistémica, pero predominantemente del parénquima pulmonar y las vías aéreas, que causa destrucción alveolar y limitación del flujo aéreo no completamente reversible, que lleva a atrapamiento aéreo, produciendo disnea progresiva, agotamiento muscular respiratorio, tos y expectoración de diferente severidad.
  
- g. **Asma:** Enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea. La inflamación es la responsable de la obstrucción bronquial reversible (sea de forma espontánea o con tratamiento), hiperreactividad bronquial y la sintomatología clínica.

## VII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

Para el desarrollo ordenado de la respuesta socio-sanitaria, ante la complejidad de las necesidades de salud en el marco de la Atención Integrada de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (PAL), se deben considerar las siguientes disposiciones específicas:

### A. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

La referencia y contrareferencia de personas atendidas en el marco del AITER/PAL, se organiza e implementa insertándose en la organización y estructura del sistema de referencia y contrareferencia del Ministerio de Salud.

Para fines de implementación del AITER/PAL, el sistema de referencia y contra referencia se organizará de la siguiente manera:

#### a. Organización administrativa:

- Nivel nacional: MINSA  
Dirección General de Salud de las Personas.  
Coordinador Nacional de Referencias y Contrareferencias.  
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.
  
- Nivel intermedio: DISA/DIRESA  
Dirección General de la DISA/DIRESA.  
Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.  
Coordinador Regional de Referencias y Contrareferencias.

Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de Tuberculosis.

- Nivel local: Red de Salud.  
Dirección Ejecutiva de la Red.  
Oficina de Desarrollo Institucional.  
Coordinador de Referencias y Contrareferencias.  
Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de Tuberculosis.
- Nivel local: establecimiento de salud.  
Jefe del establecimiento de salud (Hospital, Centro de Salud).  
Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de Tuberculosis.

**b. Organización Prestacional:**

El nivel prestacional cuenta con establecimientos de diferente complejidad y capacidad resolutive.

Para efectos de la organización del sistema de referencia y contrarreferencia se diferenciarán dos niveles de atención: hospitales y centros de salud.

- Nivel de mayor capacidad resolutive: Hospital I, II, III. del ámbito del proyecto.

Para la prestación la organización incluye a:

- Dirección del Hospital.
- Oficina de referencias y/o seguros.
- Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de Tuberculosis.

Los requerimientos mínimos para atención son:

Recursos humanos capacitados

Médico Neumólogo

Médico Internista

Lic. de enfermería.

Químico Farmacéutico.

Tecnólogo Médico ó Biólogo.

Técnico de enfermería.

Equipamiento operativo

Estetosocopio.

Pulsioxímetro.

Flujómetro.

Espirómetro.

Broncofibroscopio.

Tensiometro.

Infraestructura básica: con ventilación adecuada.

Consultorio médico.

Sala de procedimientos.  
Salas de hospitalización.  
Consultorio de La ESNPCT.

- Nivel de menor capacidad resolutive: Centro de Salud del ámbito del proyecto.

Para la prestación la organización incluye a:

- Jefatura del establecimiento de Salud.
- Oficina de referencias y/ó seguros.
- Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de Tuberculosis.

Los requerimientos mínimos para atención son:

Recursos humanos capacitados

Médico  
Lic. de enfermería.  
Tecnólogo Médico ó Biólogo.  
Técnico de enfermería.

Equipamiento operativo

Estetosocopio.  
Pulsioxímetro.  
Flujómetro.

Infraestructura básica: con ventilación adecuada.

Consultorio médico.  
Consultorio de La ESNPCT.

## **B. PROCEDIMIENTOS DE LA REFERENCIA**

- **Responsable de la referencia:** La responsabilidad de la referencia corresponde al médico tratante del establecimiento de salud origen de la referencia; la cual termina hasta que inicie la atención en el establecimiento de destino de la referencia.
- **Selección de establecimiento de destino de la referencia:**
  - Capacidad resolutive:** El usuario será referido al establecimiento que tenga la cartera de servicios para resolver los problemas motivo de la referencia: Para efectos de la estrategia AITER/PAL, el establecimiento debe ser un hospital que debe contar como mínimo con recursos humanos: neumólogo, enfermera, profesional de laboratorio y equipamiento: estetoscopio, pulsioxímetro, flujómetro, espirómetro y Broncofibroscopio.

**-Accesibilidad:** El hospital elegido para la referencia de acuerdo a su capacidad resolutive debe ser el más cercano y accesible a través de vías de comunicación convencionales.

**-Oportunidad:** El usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado, en forma correcta, tal como lo establezca la “Guía Técnica para la Implementación de la Atención Integrada de Tuberculosis y Enfermedad Respiratoria (AITER/PAL)”, evitando riesgos de complicación o muerte del paciente, garantizando los derechos que asiste al paciente de recibir atención de calidad y oportuna.

- **Criterios de referencia:**

**Asma:** Se debe referir al hospital en los siguientes casos:

-Para realizar espirometría diagnóstica.

-Pacientes con PEF < 50%

-Pacientes que fracasen al tratamiento: No Controlados y Parcialmente Controlados.

-Pacientes con co-morbilidad (tuberculosis, neumonía, Diabetes Mellitus, neumotórax), para evaluación de posibles eventos adversos secundarios y terapias concomitantes

-Para estudio de casos de diagnóstico diferencial.

### **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

-Para confirmar diagnóstico.

-EPOC estadio III o IV

-Evaluación periódica de pacientes con enfermedad moderada y grave.

-Tratamiento del tabaquismo en pacientes con fracasos previos

-Presencia de cor pulmonale

-Indicación de oxigenoterapia continua domiciliaria

-Prescripción de rehabilitación respiratoria

-En presencia de exacerbaciones.

### **Neumonía Adquirida en Comunidad**

-Frecuencia cardiaca > 100 por minuto.

-Frecuencia respiratoria > 30 por minuto.

-Trastorno de conciencia: confusión.

-Hipotensión: presión arterial sistólica < 90 mmHg.

-Edad > 65 años.

-Comorbilidad: enfermedad respiratoria crónica, diabetes, infección VIH, neoplasia, insuficiencia cardiaca congestiva, desnutrición severa, postración crónica o dependencia física, insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática descompensada, etc.

-Intolerancia a la vía oral.

-Urea mayor de 40 mg en un paciente sin antecedentes de enfermedad renal.

-Compromiso radiológico multilobar.

-Saturación de oxígeno < 90% respirando aire ambiental.

### **Infección de la Vía Respiratoria Alta (IVRA)**

-Disnea, cianosis, dolor torácico, vómitos o diarreas persistentes, deshidratación moderada-severa, trastorno del sensorio, deterioro agudo de estado hemodinámico, empeoramiento de enfermedad crónica, disfonía marcada.

-Sospecha de absceso periamigdaliano: tumoración faríngea dolorosa con disfagia progresiva y fiebre; la cual debe ser evaluada integralmente entre el médico neumólogo y el médico otorrinolaringólogo, teniendo en cuenta la disponibilidad del especialista.

-Caso probable de Influenza con factores de riesgo.

-Caso de tos coqueluchoide: golpes o accesos de tos con cianosis, emetizante, con protrusión de la lengua que origina un estridor laríngeo inspiratorio prolongado.

- **Origen de la referencia:** La referencia del usuario puede generarse en los centros de salud en siguientes niveles:

**-Consulta externa:** El responsable de referencias del establecimiento de salud que coordinó la referencia, entregará la hoja de referencia al paciente o responsable para la atención, consignando los datos correspondientes de acuerdo al sistema de referencias y contraferencias vigente del Ministerio de Salud.

**-Emergencia:** La referencias de usuarios en situación de emergencia se ejecutará con la oportunidad necesaria para no agravar la situación de salud del paciente, así como garantizar el cuidado durante su traslado. Se deberá establecer coordinaciones con la unidad de referencias regional o nacional según sea el caso. Se deberá considerar el traslado del paciente en ambulancia y acompañado por personal de salud, de acuerdo a la complejidad y gravedad del caso y de acuerdo a la disponibilidad del establecimiento de salud origen de la referencia.

- **Establecimiento de destino de la referencia:** Es el establecimiento de salud donde es referido el usuario para la atención y/o problema de salud identificado a través de las unidades productoras de servicios (emergencia, consultorios externos y apoyo al diagnóstico), que para efectos del Sistema de Referencia y Contraferencia del

AITER/PAL (SRC PAL) corresponde a los hospitales seleccionados como ámbito del proyecto, que garanticen la capacidad resolutive.

En el establecimiento, atender al paciente referido en forma preferencial, asegurando que reciba todas las consultas, interconsultas y exámenes auxiliares pertinentes para solucionar su problema de salud en el tiempo más corto posible, a fin que retorne al establecimiento de origen en el más breve plazo.

**-Consulta externa:** Cuando el problema de salud del usuario requiere de la atención en consulta externa en otro establecimiento de salud de mayor complejidad.

El servicio de admisión será el responsable de recibir la hoja de referencia e incluir en la historia clínica para la atención correspondiente.

Se brinda la atención según protocolos establecidos y se decide qué tipo de atención adicional necesita el paciente para ser incluido en la hoja de contrareferencia.

**- Emergencia:** Cuando el usuario según criterios de emergencia presenta signos y síntomas indican gravedad, riesgo de perder la vida o posibilidad de quedar con secuelas invalidantes y se requiere atención inmediata. Aceptada la referencia el jefe de guardia comunicará al personal médico y de enfermería para la preparación del servicio en el que se dará la atención inmediata al paciente según los protocolos establecidos.

## **C. PROCEDIMIENTOS DE LA CONTRA REFERENCIA**

- **Responsable de la contrareferencia:** La responsabilidad de la contrareferencia corresponde al médico tratante del establecimiento de salud de origen de la contrareferencia; la cual termina hasta que inicie la atención en el establecimiento de destino de la contrareferencia.

- **Criterios de contrareferencia:**

**-Asma:** Se realizará la contrarreferencia cuando el paciente tenga la condición de Controlado ó Parcialmente Controlado.

**-EPOC:** Se realizará la contrarreferencia del servicio de Urgencia y Emergencia si el paciente presenta buena respuesta al tratamiento de una exacerbación de EPOC, esta alta será dada por el Médico Neumólogo Consultor.

**-Neumonía Adquirida en la Comunidad:**

En los pacientes hospitalizados, se considera que el paciente puede continuar su tratamiento de forma ambulatoria si presenta los criterios:

- Adecuada tolerancia oral
- Afebril por lo menos 48 horas.
- Frecuencia cardiaca y respiratoria dentro de límites normales.
- Saturación de O<sub>2</sub> superior a 90%
- Soporte social/familiar adecuado.
- Estado de conciencia basal, previo a la NAC.

**-Infección de la Vía Respiratoria Alta (IVRA):**

- Desaparición de signos de alarma.
- Compensación de la disnea, ausencia de cianosis, dolor torácico, vómitos o diarreas, deshidratación, trastorno del sensorio, estado hemodinámico compensado.

## VIII. RESPONSABILIDADES

De acuerdo a las normas vigentes, la organización del SRC está basado en los niveles de organización estructural y funcional del Ministerio de Salud.

### a. Del nivel administrativo:

- **MINSA:** A través de la DGSP, establecer la normatividad técnica para la implantación y funcionamiento del SRC a nivel nacional, en coordinación con la ESNPCT.

Cogestionar con el nivel regional, aspectos técnicos intra y extra institucionales para dar soporte al SRC y la implementación del PAL.

Identificar y socializar en forma oportuna la capacidad resolutive disponible en la red de servicios del Ministerio de Salud en el ámbito del proyecto de implementación del PAL.

- **DISA/DIRESA, Red de Salud:** Es el nivel responsable de la organización, conducción y control del SRC en su ámbito a través de su dirección ejecutiva, coordinador de seguros y coordinador de la ESRPCT.

Velar por el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC emitidas por los niveles superiores dentro de su ámbito. Designar los responsables de SRC de los diferentes niveles estructurales de su ámbito. Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad del SRC para el PAL.

Garantizar mediante mecanismos técnicos administrativos, que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las prestaciones asistenciales originadas en el SRC.

Las unidades ejecutoras deben garantizar mediante mecanismos técnicos administrativos la asignación de profesionales del Servicio de Neumología para la atención del AITER/PAL.

- **Microred:** Velar por el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC emitidas por los niveles superiores dentro de su ámbito. Designar los responsables de SRC de los establecimientos de salud de su ámbito. Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad del SRC para el PAL.

**b. Del nivel asistencial:**

- **Funciones de hospital:** Tiene la responsabilidad de dar continuidad a la atención de los usuarios de acuerdo a su nivel de complejidad. Se encargará de realizar, coordinar y ejecutar todos los procesos que corresponden a la referencia y contrareferencia. Estará conformado por un equipo de personas cuya cantidad y tipo variará de acuerdo a su nivel de complejidad. Será conducido por el coordinador de la ESNPCT, que deberá ser un profesional de la salud médico preferentemente a dedicación exclusiva.

Cumplir la normatividad y disposiciones del SRC emitidas por los niveles superiores dentro del ámbito hospitalario e institutos especializados.

Cumplir la normatividad vigente de la ESNPCT y guía de atención del PAL.

- **Funciones del Centro de Salud:**

Cumplir la normatividad y disposiciones del SRC emitidas por los niveles superiores dentro del ámbito hospitalario e institutos especializados.

Cumplir la normatividad vigente de la ESNPCT y guía de atención del PAL.

Se encargará de realizar, coordinar y ejecutar todos los procesos que corresponden a la referencia y contrareferencia de acuerdo a su nivel de complejidad. Estará conformado por un equipo de personas cuya cantidad y tipo variará de acuerdo al primer nivel de atención. Será conducido por el coordinador de la ESNPCT, que deberá ser un profesional de la salud preferentemente a dedicación exclusiva.

## **IX. DISPOSICIONES FINALES**

1. Para aquellos aspectos no contemplados en la directiva: “Sistema de Referencia y Contrareferencia en la Atención Integrada de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (AITER/PAL)”, se recurrirá a la NT N° 018 – MINSA/DGSP V.01 “Norma Técnica del Sistema de referencia y Contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud”.
2. Las atenciones que forman parte del Sistema de Referencia y Contrareferencia en la Atención Integrada de la Tuberculosis y Enfermedades

respiratorias (AITER/PAL), serán implementadas con los recursos estatales considerados en el PPR de acuerdo a la complejidad de cada establecimiento de salud y con el apoyo de la cooperación externa en el marco del Proyecto del Fondo Mundial VIII Ronda.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”. RM N° 751-2004/MINSA. NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01:
2. Documento de trabajo 2011: Actualización de la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis”. RM N° 383-2006/MINSA. NT N° 041-MINSA/DGSP-V.01:”
3. Actualización del Capítulo de Tratamiento de la NT N° 041-MINSA/DGSP-V.01:”Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis”. RM N° 579-2010/MINSA.
4. Documento de Trabajo: Guía Técnica para la Implementación del Abordaje Práctico de la Salud Respiratoria (AITER/PAL).
5. Giraldo Estrada, Giraldo. EPOC diagnóstico y tratamiento integral con énfasis en la rehabilitación pulmonar. 3ra edición. Editorial médica Panamericana.2008.
6. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (Updated 2009)
7. Pineda Bonilla, José. Despistaje de la EPOC en fumadores. Enfermedades del Torax. Vol. 44. N° 2.2001
8. Lizarbe Castro, Victor. EPOC: características clínicas, epidemiológicas y radiológicas en pacientes de altura-hospital es salud de Cusco (1987 - 1999). Enfermedades del Tórax. 2000; 43(1): 567 – 574.
9. Meneses MB Ana. Proyecto latinoamericano de investigación en obstrucción pulmonar – PLATINO. ALAT. Marzo 2007.
10. Peces-Barba G, Barberà JA, Agustí A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL et al. Diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: joint guidelines of the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) and the Latin American Thoracic Society (ALAT)]Arch Bronconeumol. 2008 May;44(5):271-81.
11. O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, Aaron S, Bourbeau J, Marciniuk D, Balter M, Ford G, Gervais A, Lacasse Y, Maltais F, Road J, Rocker G, Sin D, Sinuff T, Voduc N. Canadian Thoracic Society recommendations for

management of chronic obstructive pulmonary disease - 2008 update - highlights for primary care. *Can Respir J*. 2008 Jan-Feb; 15 Suppl A:1A-8A.

12. Montserrat Vendrell, et al. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiectasia. Normativa SEPAR. *Arch Bronconeumol*. 2008;44(11):629-40.
13. Uribe, A, et al. Hallazgos endoscópicos en pacientes con bronquiectasias de una zona endémica de tuberculosis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008; 25(2):253-256.
14. Rosario Menendez, Antoni Torres, Javier Aspa et al. Normativa SEPAR Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*.2010;46(10):543–558.
15. Giraldo Estrada, Giraldo. EPOC diagnóstico y tratamiento integral con énfasis en la rehabilitación pulmonar. 3ra edición. Editorial médica Panamericana.2008.
16. Frider B, Larrieu E, Corti O. Frecuencia de las localizaciones hepática y pulmonar del quiste hidatídico en pacientes sintomáticos y en portadores asintomáticos de áreas endémicas. *Rev Iber Parasitol* 1988; 48:149-153.

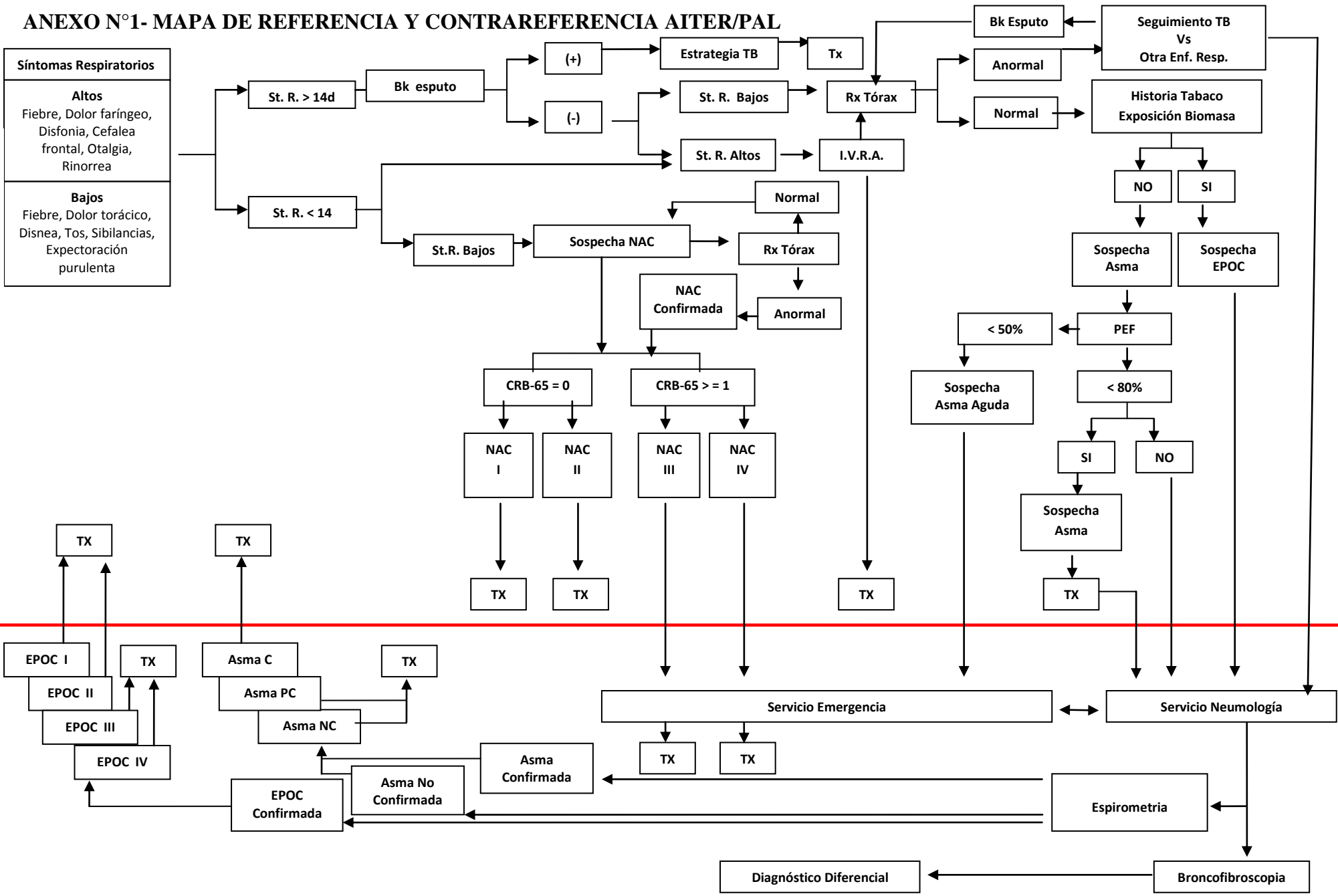
## **XI. ANEXOS**

# ANEXO N°1- MAPA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA AITER/PAL

Centro de Salud

---

Hospital



## **Leyenda de abreviaturas**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>St. R</b>        | <b>Síntomas Respiratorios</b>                         |
| <b>St. R. Altos</b> | <b>Síntomas Respiratorios Altos</b>                   |
| <b>St. R. Bajos</b> | <b>Síntomas Respiratorios Bajos</b>                   |
| <b>IVRA</b>         | <b>Infección de Vías Respiratorias Alta</b>           |
| <b>NAC</b>          | <b>Neumonía Adquirida en la Comunidad</b>             |
| <b>NAC I</b>        | <b>Neumonía Adquirida en la Comunidad Grupo I</b>     |
| <b>NAC II</b>       | <b>Neumonía Adquirida en la Comunidad Grupo II</b>    |
| <b>NAC III</b>      | <b>Neumonía Adquirida en la Comunidad Grupo III</b>   |
| <b>NAC IV</b>       | <b>Neumonía Adquirida en la Comunidad Grupo IV</b>    |
| <b>Tx</b>           | <b>Tratamiento</b>                                    |
| <b>PEF</b>          | <b>Pico Espiratorio Flujo</b>                         |
| <b>EPOC</b>         | <b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</b>        |
| <b>EPOC I</b>       | <b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EC I</b>   |
| <b>EPOC II</b>      | <b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EC II</b>  |
| <b>EPOC III</b>     | <b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EC III</b> |
| <b>EPOC IV</b>      | <b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EC IV</b>  |
| <b>Asma C</b>       | <b>Asma Controlada</b>                                |
| <b>Asma PC</b>      | <b>Asma Parcialmente Controlada</b>                   |
| <b>Asma NC</b>      | <b>Asma No Controlada</b>                             |

## **FORMATOS E INSTRUCTIVOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**

(La referencia y contra referencia del AITER/PAL, se implementa en el marco del sistema de referencia y contra referencia del Ministerio de Salud, por lo que se utilizará los mismos formatos.)

HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

HOJA DE REFERENCIA

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

1. DATOS GENERALES.

Fecha 

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| día | mes | año |
|-----|-----|-----|

 Hora 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 Asegurado:  SI  NO

PLANES DE ATENCIÓN SIS 

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
|  | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|

Tipo: .....

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento Destino de la Referencia

| CODIGO DE AFILIACION AL SIS   | N° HISTORIA CLINICA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

|  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Apellido Paterno   | Apellido Materno  | Nombres       |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |
| Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Edad Años <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Meses <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |               |  |  |  | Días <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |
|  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |               |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección:<br>Distrito:                                    |   | Departamento: |  |  |  |  |  |  |  |

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

**Anamnesis**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Examen Físico** 1° \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Exámenes Auxiliares** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Diagnóstico | CIE - 10 |  |  |  |  | D | P | R |
|-------------|----------|--|--|--|--|---|---|---|
|             |          |  |  |  |  |   |   |   |
| 1) _____    |          |  |  |  |  |   |   |   |
| 2) _____    |          |  |  |  |  |   |   |   |
| 3) _____    |          |  |  |  |  |   |   |   |

**Tratamiento** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. DATOS DE LA REFERENCIA

|   |                                     |   |  |
|---|-------------------------------------|---|--|
| Coordinación de la Referencia   | UPS Destino de la Referencia:       |   |  |
|   | Emergencia <input type="checkbox"/> | Consulta Externa <input type="checkbox"/> | Apoyo al Diagnóstico (Adjuntar orden) <input type="checkbox"/> |
| Fecha en que será atendido:   |                                     |   |  |
| Hora en que será atendido:  |                                     |   |  |
| Nombre de quien lo atender:   |                                     |   |  |
| Nombre de quien se coordinó la atención:  |                                     |   |  |
| Especialidad de Destino:  |                                     |   |  |
| Pediatria..... <input type="checkbox"/> Medicina..... <input type="checkbox"/> Cirugía..... <input type="checkbox"/> Gineco-Obst. <input type="checkbox"/> Lab. <input type="checkbox"/> Dx.Imag. <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |                                     |   |  |
| Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado   |                                     |   |  |
| Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/>  |                                     |   |  |

| Responsable de la RF   | Responsable del Establecimiento  | Personal que acompaña  | Personal que recibe  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre Colegiatura<br>Profesión <input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetriz<br><input type="checkbox"/> Otros..... | Nombre Colegiatura<br>Profesión <input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetriz<br><input type="checkbox"/> Otros..... | Nombre Colegiatura<br>Profesión <input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetriz<br><input type="checkbox"/> Otros..... | Nombre Colegiatura<br>Profesión <input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetriz<br><input type="checkbox"/> Otros.....   |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Hora <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma y Sello  | Firma y Sello  | Firma y Sello  | Firma y Sello  |  |  |  |  |  |

## INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE REFERENCIA

### 1. DATOS GENERALES

- ⇒ **Nº (NUMERO DE REFERENCIA):** Escribir el número correlativo de la hoja de referencia, la referencia Nº 001 corresponde a la primera referencia realizada desde el 1º de Enero y termina con la última realizada hasta el 31 de Diciembre del año en curso.
- ⇒ **FECHA:** Escribir el día, mes y año en el que realiza la referencia.
- ⇒ **HORA:** Escribir la hora exacta en la que se realiza la referencia. Anotarla como la hora real del día., Ejemplo: 14:25 horas y no 02:25 p.m. Evitar las siglas a.m. o p.m.
- ⇒ **ASEGURADO:** Señalar si el usuario es beneficiario de algún tipo de seguro y especificar el tipo de seguro.
- ⇒ **PLANES DE ATENCIÓN SIS:** Sólo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se marcará una X en el cuadro correspondiente al plan de atención del que es beneficiario. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN:** Registra el nombre completo del establecimiento de salud que realiza la referencia.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA:** Escribir el nombre completo del establecimiento de salud a donde se refiere al usuario o muestra.

### IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

- ⇒ **CODIGO DE AFILIACIÓN AL SIS:** Solo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se registrará su código de atención al SIS. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **Nº DE HISTORIA CLÍNICA:** Anote el número de historia clínica del usuario.
- ⇒ **APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES:** Registre cada apellido y nombre en cada uno de los casilleros diseñados para ello.
- ⇒ **SEXO:** Marque una X en el casillero correspondiente al sexo del usuario, F para femenino y M para masculino.
- ⇒ **EDAD:** Anote la edad en los cuadros correspondientes. Para el caso de los mayores de un año solo basta registrar en los cuadros correspondientes a AÑOS. En caso de los pacientes entre 1 y 11 meses sólo se utilizará los cuadros correspondientes a MESES. En caso de los menores de un mes, se utilizará los cuadros correspondientes a DIAS.

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

- ⇒ **ANAMNESIS:** Detallar en forma concisa el inicio, curso y estado actual de la enfermedad motivo de la referencia y los antecedentes del paciente que considere importante.
- ⇒ **EXAMEN FÍSICO:** Detallar en forma concisa los hallazgos del examen físico, especificando los signos vitales.
- ⇒ **EXAMENES AUXILIARES:** Registre en forma concisa y cronológica la fecha, el nombre y el resultado de los exámenes auxiliares que se hayan realizado al usuario. Ejemplo: 23/11/01: Hematocrito = 27%; 24/11/02: Hemoglobina = 8 g./dl.
- ⇒ **DIAGNÓSTICO:** Registre el o los diagnósticos con su respectivo código de la 10<sup>ma</sup>. Clasificación Internacional de Enfermedades y con una X indique si se trata de un diagnóstico Definitivo, Presuntivo o Repetitivo.
- ⇒ **TRATAMIENTO:** Anote el tratamiento farmacológico, biológico u otro que haya administrado al usuario hasta el momento de la referencia.
- ⇒ **UNIDAD PRODUCTORA DESTINO DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la unidad productora donde irá referido el usuario: Consulta externa, emergencia o apoyo al diagnóstico.
- ⇒ **COORDINACIÓN:** Indicar el nombre de la persona con quien se coordinó la referencia en el establecimiento de destino.
  - ✓ En casos de emergencia registrar la fecha y la hora de la coordinación
  - ✓ En casos de consulta ambulatoria y apoyo al diagnóstico registrar la fecha, hora y el nombre de la persona que brindará la atención en el establecimiento destino.
- ⇒ **ESPECIALIDAD DESTINO DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la especialidad donde irá referido el usuario: Pediatría, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Laboratorio, Imágenes, Otros. Registrar en cada caso la especialidad o sub especialidad respectiva. En el rubro otros, considerar las especialidades no médicas: psicología, nutrición, odontología, etc.

- ⇒ **CONDICIONES DEL PACIENTE AL INICIO DEL TRASLADO:** Marque una X en el casillero correspondiente a las condiciones de salud del paciente en el momento de la referencia:
- ⇒ **RESPONSABLE DE LA REFERENCIA:** El personal que refiere al usuario anotará su nombre, N° de Colegiatura (sí es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último sellará y firmará la referencia.
- ⇒ **PERSONAL QUE ACOMPAÑA:** El personal que acompaña al usuario (en caso de justificarse que acompañe al usuario) anotará su nombre, N° de Colegiatura (si es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último pondrá su sello y firmará la referencia.
- ⇒ **PERSONAL QUE RECIBE:** El personal que recibe al usuario referido anotará su nombre, N° de Colegiatura, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión, en Otro anotará el nombre de su profesión. Por último anotará la fecha y hora en que recibió la referencia, luego sellará y firmará la referencia en señal de conformidad de la recepción.
- ⇒ **CONDICIONES DEL PACIENTE A LA LLEGADA:** Marcar con una X las condiciones de salud del paciente a la llegada al establecimiento de destino: Estable, Mal Estado o Fallecido.

HOJA DE CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

1. DATOS GENERALES.

Fecha 

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| Día | mes | año |
|     |     |     |

 Hora 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 Asegurado:  SI  NO PLANES DE ATENCIÓN SIS 

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |
| A | B | C | D | E |

Tipo: .....

Establecimiento que Contrarrefiere 

|  |
|--|
|  |
|--|

  
 Establecimiento Destino de la Contrarreferencia 

|  |
|--|
|  |
|--|

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| CODIGO DE AFILIACION AL SIS | N° HISTORIA CLINICA |
|                             |                     |

|  |  |               |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|
| Apellido Paterno   | Apellido Materno   | Nombres       |  |  |  |  |  |  |
|  |  |               |  |  |  |  |  |  |
| Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Edad Años <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> |               |  | Meses <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Días <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |
|  |  |               |  |  |  |  |  |  |
|  |  |               |  |  |  |  |  |  |
|  |  |               |  |  |  |  |  |  |
| Dirección:   | Distrito:  | Departamento: |  |  |  |  |  |  |

3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 Fecha de Egreso 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Diagnóstico de Ingreso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

|                       |          |   |   |   |
|-----------------------|----------|---|---|---|
| Diagnóstico de Egreso | CIE - 10 | D | P | R |
|                       |          |   |   |   |
|                       |          |   |   |   |
|                       |          |   |   |   |

Tratamiento y/o Procedimientos realizados \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Adjuntar informes y Reportes de Procedimientos \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA

**Origen de la Referencia**  
 De la Comunidad  De un Establecimiento de Salud  Autorreferencia

**Calificación preliminar de la Referencia**  
 Justificada  No Justificada

**UPS que ordene la Contrarreferencia**  
 Consultorio Ext.  Emergencia  Apoyo al Dx.  Hospitalización

**Especialidad que Ordena la Contrarreferencia**  
 Pediatría.....  Medicina.....  Cirugía.....  Gineco-Obst.  Lab.  Dx.Imag.  Otros

**Recomendaciones e indicaciones para el Seguimiento**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Responsable de la Contrarreferencia**

|   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| Condición del usuario para la contrarreferencia |  | Nombre: _____            |
| Curado <input type="checkbox"/>                 | Deserción <input type="checkbox"/>         | N° de colegiatura: _____ |
| Mejorado <input type="checkbox"/>               | Retiro Voluntario <input type="checkbox"/> | _____                    |
| Atendido x Apoyo al Dx <input type="checkbox"/> | Fallecido <input type="checkbox"/>         | _____                    |

Firma y Sello

## INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE CONTRARREFERENCIA

### 1. DATOS GENERALES

- ⇒ **Nº (NUMERO DE CONTRARREFERENCIA):** Escribir el número correlativo de la hoja de contrarreferencia, la contrarreferencia N° 001 corresponde a la primera contrarreferencia realizada desde el 1º de Enero y termina con la última realizada hasta el 31 de Diciembre del año en curso.
- ⇒ **FECHA:** Escribir el día, mes y año en el que realiza la contrarreferencia.
- ⇒ **HORA:** Escribir la hora exacta en la que se realiza la contrarreferencia. Anotarla como la hora real del día., Ejemplo: 14:25 horas y no 02:25 p.m. Evitar las siglas a.m. o p.m.
- ⇒ **ASEGURADO:** Señalar si el usuario es beneficiario de algún tipo de seguro y especificar el tipo de seguro.
- ⇒ **PLANES DE ATENCIÓN SIS:** Sólo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se marcará una X en el cuadro correspondiente al plan de atención del que es beneficiario. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN DE LA CONTRARREFERENCIA:** Escribir el nombre completo del establecimiento de salud que realiza la contrarreferencia.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA CONTRARREFERENCIA:** Registrar el nombre completo del establecimiento de salud a donde será referido el usuario.

### IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

- ⇒ **CODIGO DE AFILIACIÓN AL SIS:** Solo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se registrará su código de atención al SIS. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **Nº DE HISTORIA CLÍNICA:** Anote el número de historia clínica del usuario.
- ⇒ **APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES:** Registre cada apellido y nombre en cada uno de los casilleros diseñados para ello.
- ⇒ **SEXO:** Marque una X en el casillero correspondiente al sexo del usuario, F para femenino y M para masculino.
- ⇒ **EDAD:** Anote la edad en los cuadros correspondientes. Para el caso de los mayores de un año solo basta registrar en los cuadros correspondientes a AÑOS. En caso de los pacientes entre 1 y 11 meses sólo se utilizará los cuadros correspondientes a MESES. En caso de los menores de un mes, se utilizará los cuadros correspondientes a DIAS.
- ⇒ **PROCEDENCIA:** Anote el distrito de procedencia y la Dirección del usuario.

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

- ⇒ **FECHA DE INGRESO:** Anote el día, mes y año en que ingresó el usuario al establecimiento en condición de referido.
- ⇒ **FECHA DE EGRESO:** Anote el día, mes y año en que egresó el usuario del establecimiento que realiza la contrarreferencia.
- ⇒ **DIAGNÓSTICO DE INGRESO:** Anote el o los diagnósticos con que el usuario llegó al establecimiento de salud.
- ⇒ **DIAGNÓSTICO DE EGRESO:** Registre el o los diagnósticos de egreso del usuario, a los que llegó como conclusión el establecimiento que atendió al usuario referido, con su respectivo código de la 10<sup>ma</sup>. Clasificación Internacional de Enfermedades y con una X indique si se trata de un diagnóstico Definitivo, Presuntivo o Repetitivo.
- ⇒ **TRATAMIENTO REALIZADO:** Anote el manejo y/o tratamiento farmacológico, biológico y otros que se hayan administrado al usuario, así como los procedimientos realizados hasta el momento de la contrarreferencia. Se debe adjuntar los informes y resultados de éstos procedimientos.
- ⇒ **ORIGEN DE REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente al Origen de la Referencia: De la Comunidad. De un establecimiento de salud, autodirigirse (autorreferencia).
- ⇒ **CALIFICACIÓN DE LA REFERENCIA:** El personal que refiere al paciente y que realiza la contrarreferencia realiza la calificación preliminar de la referencia: **Justificada o No Justificada**, de acuerdo a lo establecido en la norma técnica.

- ⇒ **UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS) QUE ORDENA LA CONTRARREFERENCIA:** El personal que realiza el llenado marcará con una X en la Unidad Productora de Servicios que ordena la contrarreferencia del usuario: Consulta Externa, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico u Hospitalización.
- ⇒ **ESPECIALIDAD QUE ORDENA DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la especialidad que ordena la contrarreferencia del usuario: Pediatría, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Laboratorio, Imágenes, Otros. Registrar en cada caso la especialidad o sub especialidad respectiva. En el rubro otros, considerar las especialidades no médicas: psicología, nutrición, odontología, etc.
- ⇒ **RECOMENACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO:** Anotar en forma clara y precisa las recomendaciones e indicaciones, que deberá seguir el personal de salud del establecimiento de origen, para su control y seguimiento.
- ⇒ **CONDICIÓN DEL USUARIO CONTRARREFERIDO:** Marque una X en el casillero correspondiente a las condiciones del usuario en el momento de la contrarreferencia: Curado, Mejorado en Tratamiento, Atendido por Apoyo al Diagnóstico, Deserción, Retiro Voluntario o Fallecido.
  - ⇒ **RESPONSABLE DE LA CONTRARREFERENCIA:** El personal de salud (médico, otro profesional de salud o técnico) que atiende y contrarrefiere al usuario anotará su nombre, N° de Colegiatura y por último pondrá su sello y firmará la contrarreferencia.

### **ANEXO 3: GLOSARIO DE TÉRMINOS**

- SRC PAL : Sistema de Referencia y Contrarreferencia del PAL.
- PAL: Abordaje Practico de la Salud Respiratoria.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Pulsioximetria: procedimiento que se utiliza para medir el nivel de oxígeno (o saturación de oxígeno) en la sangre.
- NAC: Neumonía Adquirida en la Comunidad.
- SRC: Sistema de referencias y contrarreferencias.
- ESNPCT: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
- ESRPCT: Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
- ESLPCT: Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de la Tuberculosis.
- PFR: Pruebas funcionales respiratorias.
- TBP: Tuberculosis Pulmonar.
- IVRA: Infección de la vía respiratoria Alta.
- MINSA: Ministerio de Salud.
- DGSP: Dirección General de Salud de las Personas.
- DISA: Dirección de Salud.
- DIRESA: Dirección Regional de Salud.
- FEM: Flujo espiratorio máximo.
- VMNI: Ventilación Mecánica No Invasiva.
- AERT-TB: Área de Elevado Riesgo de Transmisión de TB.
- St. R: Síntomas Respiratorios.

Además de todas las siglas del Mapa de Referencia y Contrarreferencia.

**ANEXO 4. AMBITO DE LA DIRECTIVA**

**150 EESS: 30 HOSPITALES Y 120 CENTROS DE SALUD PARA EQUIPAMIENTO PAL**

|    | <b>Región</b>  | <b>Hospital</b>                             | <b>Centro de Salud</b>  |
|----|--|---|---|
| 1  | Lima Ciudad<br>Lima Ciudad<br>Lima Ciudad                    | Hospital Santa Rosa - Pueblo Libre          | CS San Miguel<br>CS Surquillo<br>CS Lince   |
| 2  | Lima Sur<br>Lima Sur<br>Lima Sur<br>Lima Sur                 | Centro Materno Infantil San José - Lima Sur | Lopez Silva<br>CS Lurín<br>San Martin<br>Manchay  |
| 3  | La Libertad<br>La Libertad<br>La Libertad<br>La Libertad     | Hospital Belén – Trujillo                   | CS Santa Isabel<br>El esfuerzo<br>Laredo<br>Vista Alegre  |
| 4  | Ancash<br>Ancash<br>Ancash<br>Ancash                         | Hospital Eleazar Guzmán Barrón- Chimbote    | Yugoslavia<br>Hospital de Casma<br>Hospital huarney<br>CS Yautan  |
| 5  | Loreto<br>Loreto<br>Loreto<br>Loreto                         | Hospital de Apoyo Iquitos                   | CS Moronacocho<br>CS San Juan<br>CS Belen<br>CS Bellavista Nanay  |
| 6  | Lima Ciudad<br>Lima Ciudad<br><br>Lima Ciudad<br>Lima Ciudad | Hospital Nacional Dos de Mayo.              | CS Max Arias<br>CS San Luis<br>CS Porvenir<br>CS San Cosme<br>CS El Pino  |
| 7  | Lima Ciudad<br>Lima Ciudad<br>Lima Ciudad<br>Lima Ciudad     | Hospital Arzobispo Loayza.                  | CS San Sebastian<br>CS Juan Perez Carranza<br>CS Conde de la Vega<br>CS Breña   |
| 8  | Lima Ciudad<br>Lima Ciudad<br>Lima Ciudad<br>Lima Ciudad     | Hospital Cayetano Heredia.                  | CS Rimac<br>CS San Martin de Porres<br>CS Peru IV Zona<br>CS Caquetá  |
| 9  | Lima Este<br>Lima Este<br>Lima Este<br>Lima Este             | Hospital de Huaycan                         | CS Señor de los Milagros<br>La fraternidad<br>Horacio Zevallos<br>Santa Clara   |
| 10 | Lima Ciudad<br>Lima Ciudad<br>Lima Ciudad<br>Lima Ciudad     | Hospital Sergio Bernales.                   | CS Husares de Junin<br>CS Collique 3era zona<br>CS Progreso<br>CS Ermitaño alto   |
| 11 | Lima Sur<br>Lima Sur<br>Lima Sur<br>Lima Sur                 | Hospital María Auxiliadora.                 | CS Ollantay<br>CS Materno infantil Villa Maria<br>PS Pachacamac<br>CS Materno Infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador |
| 12 | Callao   | Hospital San José – Callao                  | CS Playa Rimac  |

|    |  |  |   |
|----|--|--|---|
|    | Callao<br>Callao<br>Callao                               |  | CS Bocanegra<br>CS Carmen de la Legua<br>CS Santa Rosa                  |
| 13 | La Libertad<br>La Libertad<br>La Libertad<br>La Libertad | Hospital Regional de Trujillo.           | Jerusalen<br>Wichansao<br>Paijan<br>CasaGrande                          |
| 14 | Ica<br>Ica<br>Ica<br>Ica                                 | Hospital Regional de Ica.                | CS Parcona<br>CS Tinguíña<br>CS San Joaquin<br>CS Santiago              |
| 15 | Lima Este<br>Lima Este<br>Lima Este<br>Lima Este         | Hospital San Juan de Lurigancho          | Huascar 15<br>Huascar 02<br>Jaime Zubieta<br>Jose Carlos Mariategui     |
| 16 | Lima Este<br>Lima Este<br>Lima Este<br>Lima Este         | Piedra Liza                              | Caja de agua<br>Zarate<br>Campoy alto<br>Mangamarca                     |
| 17 | Lima Este<br>Lima Este<br>Lima Este<br>Lima Este         | Hospital Hipolito Unanue                 | CS Agustino<br>CS Calcuta<br>CS Primavera<br>CS San Fernando            |
| 18 | DIRESA Lima<br>DIRESA Lima<br>DIRESA Lima<br>DIRESA Lima | Hospital Huaral                          | CB Huaral<br>CS Querencia<br>CS Trebol<br>Penaldillo                    |
| 19 | DIRESA Lima<br>DIRESA Lima<br>DIRESA Lima<br>DIRESA Lima | Hospital General de Huacho               | CS Hualmay<br>CS Vegueta<br>CS Huaura<br>CS Sayan                       |
| 20 | Lambayeque<br>Lambayeque<br>Lambayeque<br>Lambayeque     | Hospital Belén - Lambayeque              | CS Toribia Castro<br>CS jayanca<br>CS Motupe<br>CS Morope               |
| 21 | Lambayeque<br>Lambayeque<br>Lambayeque<br>Lambayeque     | Hospital Regional de Chiclayo.           | Leonardo Ortiz<br>Atusparia<br>San Antonio<br>José Olaya                |
| 22 | ha<br>Tacna<br>Tacna<br>Tacna                            | Hospital Nacional Hipólito Unanue Tacna. | CS Ciudad Nueva<br>CS San Francisco<br>CS Leoncio Prado<br>CS Leguía    |
| 23 | Ucayali<br>Ucayali<br>Ucayali<br>Ucayali                 | Hospital Regional de Ucayali             | Cs San Fernando<br>CS 9 de Octubre<br>CS Nuevo Paraiso<br>CS 7 de junio |
| 24 | Callao<br>Callao<br>Callao                               | Hospital Daniel Alcides Carrión.         | Mi Perú<br>Perú Corea<br>Gambeta Alta                                   |

|    | Callao                                       |                                 | Bonilla  |
|----|--|---------------------------------|--|
| 25 | Arequipa<br>Arequipa<br>Arequipa<br>Arequipa | Hospital Honorio Delgado        | CS Alto Selva Alegre<br>CS Ciudad de Dios<br>Hunter<br>Samacola                |
| 26 | Arequipa<br>Arequipa<br>Arequipa<br>Arequipa | Hospital Goyeneche              | CS Tiabaya<br>CS 15 de Agosto<br>Víctor Raúl Hinojoza<br>Ampliación paucarpata |
| 27 | Junín<br>Junín<br>Junín<br>Junín             | Hospital Daniel Alcides Carrión | CS Justicia Paz y Vida<br>CS Chilca<br>La Libertad<br>CS Concepción            |
| 28 | Piura<br>Piura<br>Piura<br>Piura             | Hospital Regional de Piura.     | C.S Los Algarrobos<br>C.S Castilla<br>CS Consuelo de Velasco<br>CS San José    |
| 29 | Cusco<br>Cusco<br>Cusco<br>Cusco             | Hospital Antonio Lorena         | Belen Pampa<br>San Jeronimo<br>CS Wanchaq<br>CS San Sebastian                  |
| 30 | Ica<br>Ica<br>Ica<br>Ica                     | Hospital San Jose de Chincha    | CS Pueblo Nuevo<br>CS Tambo de Mora<br>CS Sunampe<br>CS Grocio Prado           |

## CONTRACARÁTULA

Para más información, contactarse con el Equipo Coordinador:

Jr. Flora Tristán 310 Magdalena del Mar

Lima - Perú

Tel: 611-8181

Correo electrónico: [parsalud@parsalud.gob.pe](mailto:parsalud@parsalud.gob.pe)

<http://www.parsalud.gob.pe>

