Artículo de Revisión

Descripción de referencias y contrarreferencias de pacientes con probable infarto agudo de miocardio que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Isidro Ayora - Loja

Description of referrals and counter-referrals of patients with probable diagnosis of acute myocardial infarction who attended the emergency service of Hospital Isidro Ayora - Loja

Gómez-Correa, Diego; Encarnación, José

Diego Gómez-Correa
dfgomez@utpl.edu.ec
Universidad Técnica Particular de Loja

José Encarnación
jeencarnacion1@utpl.edu.ec
Universidad Técnica Particular de Loja

Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación
CIDEPRO, Ecuador
e-ISSN: 2588-1000
Periodicidad: Trimestral
Vol. 6, No. Esp.44, 2022
editor@journalprosciences.com

Recepción: 18 Mayo 2022
Aprobación: 23 Julio 2022

DOI: https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss44.2022pp175-184

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Cómo citar: Gómez-Correa, Diego; Encarnación, J. (2022). Descripción de referencias y contrarreferencias de pacientes con probable infarto agudo de miocardio que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Isidro Ayora-Loja. Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación, 6(44),175-184. https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss44.2022pp175-184

Resumen: El sistema de referencia y contrarreferencia es una estrategia para garantizar el acceso universal a los servicios de salud. En este estudio se pretende describir las características de las referencias desde un centro de menor hacia uno de mayor complejidad; así como, del cumplimiento del proceso de contrarreferencia. En este estudio observacional, descriptivo y transversal, la muestra fue de 32 pacientes referidos con un diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM). 53% fueron llevados al hospital por una ambulancia, la mayor parte de pacientes (43,8%) fueron adultos medios (35 a 64 años), en 59% existía al menos un antecedente de enfermedad metabólica o cardiovascular. Las principales causas reportadas para la referencia fueron la falta de un profesional especialista en cardiología y la limitada capacidad resolutiva, el diagnóstico de infarto agudo de miocardio fue definitivo en el 44% de pacientes. Las principales causas para realizar una nueva referencia hasta otro centro hospitalario fueron la ausencia de un laboratorio de cateterismo cardiaco y la falta de disponibilidad de camas en la unidad de cuidados intensivos. Al alta hospitalaria 66% de pacientes realizó el seguimiento a través del sistema de contrarreferencia en el primer nivel de atención. Para mejorar la eficiencia de las referencias y contrarreferencias de pacientes con IAM es necesario el cumplimiento de estándares clínicos y la disponibilidad de recursos de diagnóstico en todos los niveles de atención, así como del involucramiento del paciente para dar continuidad al seguimiento de su patología en el primer nivel.

Palabras clave: referencia, contrarreferencia, infarto agudo de miocardio.

Abstract: The referral and counter-referral system is a strategy to guarantee universal access to health services. This study aims to describe the characteristics of referrals from a less complex center to a more complex one; as well as compliance with the counter-reference process. In this observational, descriptive and cross-sectional study, the sample consisted of 32 patients referred with a diagnosis of myocardial infarction, 53% were taken to the hospital by ambulance, most patients (43.8%) were middle-aged adults (35 to 64 years), 59% had at least one history of

metabolic or cardiovascular disease. The main causes reported for the referral were the lack of a cardiology specialist and limited resolution capacity. The diagnosis of acute myocardial infarction was definitive in 44% of patients. The main reasons for making a new referral to another hospital center were the absence of a cardiac catheterization laboratory and the lack of hospital beds in the intensive care unit. At hospital discharge, 66% of patients were followed up through the counter-referral system at the first level of care. To improve the efficiency of referrals and counter-referrals of patients with myocardial infarction, it is necessary to comply with clinical standards and the availability of diagnostic resources at all levels of care, as well as the involvement of the patient to continue monitoring their pathology in the hospital first level.

Keywords: referral, counter-referral, myocardial infarction.

Introducción

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948), "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios" (Art. 25). La salud es un derecho humano fundamental mucho más que la ausencia de enfermedad es una armonía psicológica, social y ambiental que sigue sin ser reconocido en muchos países. (Prosalus y Cruz Roja España, 2014, p. 14).

El estado ecuatoriano a través de su carta magna defiende el derecho a la salud de manera inviolable, además se determina acceso universal al agua, alimento, educación, seguridad, ambientes sanos y garantiza a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulando los diferentes niveles de atención. La red pública integral de salud es parte del sistema nacional de salud y está conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (Constitución República del Ecuador, Art. 360). Para que exista universalidad del acceso a la salud, requiere organización, integración, e interrelación entre los diferentes niveles de atención, los cuales siguen una forma ordenada y estratificada mediante la aplicación de la norma técnica del subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia; para lo cual, el Sistema Nacional de Salud del Ecuador cuenta con 3 niveles de atención. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

El Acuerdo Ministerial de atención primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del sistema de referencia y contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública. (MAIS, 2020, p. 52).

El sistema de referencias y contrarreferencia implementado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se establece como una estrategia para garantizar el acceso universal a los servicios de salud, en el cual los servicios de asistencia en salud resuelven casos de acuerdo a su capacidad resolutiva

y los pacientes son referidos desde un nivel de menor complejidad a uno de mayor complejidad, permitiendo así que las patologías sean resueltas en el nivel de salud correspondiente de acuerdo a su gravedad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

La provisión de los servicios de salud en el sistema nacional de salud se organiza por niveles de atención en I, II, III y IV nivel y en la práctica de trabajo articulado e interinstitucional en redes y microrredes a nivel territorial, de la siguiente forma:

- *El Nivel de atención I*, debe resolver las necesidades básicas más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando y ofrecen atención integral, familiar, individual y comunitario. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, p. 16).
- *El Nivel de atención II,* comprende el escalón de referencia inmediata y abarca todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, p. 16).
- *El Nivel de atención III*, corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, p. 16).
- *El Nivel de atención IV*, concentra la experimentación clínica, preregistro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, p. 16).

La red pública integral de salud (RPIS). Está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, seguro general de Salud individual y familiar, seguro social campesino, seguro de riesgos del trabajo), Fuerzas Armadas (ISSFA) y Policía Nacional (ISSPOL), como lo dispone el artículo 36028 de la Constitución, a esta red debe articularse las unidades de atención de la dirección de rehabilitación social (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, p. 16).

El proceso de referencia y contrarreferencia cumple algunas normas. Las referencias o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo con sus competencias aplicando los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria. La referenciación implica la coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.

El proceso de contrarreferencia es responsabilidad de los profesionales de la salud que brindaron atención al usuario que utilizó el sistema de referencia y deben contra referir al menor nivel de atención o complejidad priorizando una adecuada comunicación al usuario y familia sobre su condición de salud actual y la importancia de retornar al establecimiento de salud de origen para la continuidad del tratamiento, seguimiento y control.

El infarto agudo de miocardio una de las primeras causas de muerte en el mundo y en nuestro país y una de las patologías que menos resolución tiene en los primeros niveles de atención en su mayoría siendo referidos a hospitales de mayor complejidad. Según la organización mundial de la salud

en el 2019, la principal causa de defunción en todo el mundo es la cardiopatía isquémica, causando un 16% del total de muertes. Desde el año 2000, el mayor aumento de muertes corresponde a esta enfermedad, que ha pasado de más de 2 millones de defunciones en 2000 a 8,9 millones en 2019. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En Ecuador en el año 2020 según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos la enfermedad isquémica del corazón fue la principal causa de muerte con un porcentaje de 13.5%. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2021)

Una vez establecido un diagnóstico presuntivo debe catalogarse a este síndrome como un peligro inminente para la vida. Incluso se lo tiene que considerar como un código rojo e iniciar tratamiento. El manejo de esta clase patologías requiere de un manejo integral, coordinado. Se debe de disponer de una unidad de cuidados intensivos. Dentro del manejo inicial se tiene que mantener al paciente en vigilancia y monitoreo de signos vitales de manera continua posterior a ello se aplicará una conducta terapéutica enfocada en aliviar el dolor y restaurar la perfusión, según el tipo de infarto identificado, ya sea con un tratamiento con intervención coronaria percutánea, con un fármaco fibrinolítico o con ambas estrategias.

(Fischer et al, 2017) señala la importancia del revisor de derivación y su efecto en la mejora del proceso de derivación, concluyendo que el revisor cumple el rol más importante al momento de aplicar este proceso de manera eficiente.

El funcionamiento del sistema referencia y contrarreferencia puede tener una oferta limitada de servicios especializados en el nivel secundario del sistema de salud; dada la inexistencia o falla de información de contrarreferencia; organización deficiente de las actividades de regulación; utilización insuficiente de las guías clínicas para la derivación de pacientes; precariedad de los sistemas de información y comunicación; alto nivel de influencia política en la gestión de los servicios de salud; y diferentes denominaciones y gran diversidad de tipos de servicios ofrecidos por las unidades de atención secundaria de salud. (Magnago, 2015)

Un estudio en Nanegalito-Ecuador, evalúo la funcionalidad del sistema de referencia y contrarreferencia antes y después de instaurar el primer nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al sistema de salud, encontrando que existía libre acceso, autorreferencia, bajo registro y envío de los formularios de referencia y contrarrefencia siendo muy evidente la poca funcionalidad del sistema, además de la falta de seguimiento adecuado a los usuarios. (Peñaherrera, 2015)

Un estudio realizado en el Centro de Salud Tipo C en Rioverde – Ecuador, determinó que entre los factores que influyen en la referencia y contrarreferencia de los usuarios, un 69% de los responsables del manejo del sistema desconocen el manual de normas de referencia y contrarreferencia, y que no se da cumplimiento con la normativa, que el llenado del formulario del sistema de referencia y contrarreferencia es correcto, lo que indica que la participación del médico con el Sistema de referencia y contrarreferencia está siendo bien llevado y que la problemática existente es con la parte técnica de este sistema por la ausencia de un protocolo y de personal específico para la valoración técnica a los procesos de referencias y contrarreferencia, por tanto, no se realiza una monitorización regularidad ni capacitaciones regulares que permitan mejorarlo. (Sánchez, 2017).

En este contexto se desconoce si son justificadas o no las referencias aceptadas en el servicio de emergencia del Hospital Isidro Ayora Loja o la repercusión que estas tienen. Pese a que se encuentra implementado a nivel nacional un sistema de gestión de pacientes donde la persona encargada verifica la disponibilidad de espacio físico y capacidad resolutiva de la casa de salud para aceptar o negar la recepción de pacientes, esto no garantiza que todas las referencias ameriten ser atendidas en un hospital de segundo o tercer nivel de atención. A pesar de las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como ente rector de la salud con la finalidad de

descentralizar las competencias y recursos de los niveles de atención con el paso del tiempo se ha observado un retroceso en el cumplimiento de este objetivo siendo evidente la saturación de los servicios con mayor capacidad resolutiva. En el presente trabajo de investigación se realizó un análisis de las referencias y contrarreferencias que llegaron al servicio de emergencia del Hospital Isidro Ayora Loja periodo agosto – diciembre 2020, donde observaremos la caracterización de la población estudiada, los motivos de referencia, los problemas encontrados en la resolución de casos, los casos que se refirieron a otros hospitales y las contrarreferencias, para de esta manera conocer las fortalezas y debilidades y poder aplicar de manera más eficiente el sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital Isidro Ayora.

Metodología

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte retrospectivo, que se llevó a cabo en el Hospital General Isidro Ayora, centro hospitalario que corresponde al Nivel de Atención II ubicado en la provincia de Loja (Ecuador) y que constituye el punto de referencia desde el Nivel de Atención I de los pacientes que habitan en el Sur del Ecuador concretamente a las provincias de Loja, Zamora Chinchipe y el Oro.

La población del estudio la constituyen los pacientes (32 en total) que fueron referidos al servicio de emergencia con un diagnóstico de infarto agudo de miocardio a través del sistema de referencia y contrarrefencia durante los meses de agosto-diciembre del 2020.

Se excluyó del estudio a los pacientes que acudieron por demanda espontánea o cuyo historial clínico se encontraba incompleto.

En la investigación se realizó un análisis de contenido cuantitativo y cualitativo de los formularios del servicio de emergencia (formulario 008), del formulario de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia con datos (formulario 053) y de la historia clínica de hospitalización. Se elaboró una base de datos utilizando la versión libre de Microsoft office Excel en el que se registraron variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes para realizar el análisis estadístico descriptivo de los datos.

Para determinar si el paciente dado de alta, regresa al primer nivel de atención, se realizó el seguimiento telefónico, para determinar si las hojas de contrarreferencia se encontraban en manos de sus médicos de cabecera.

Resultados

En la población de estudio, 47% (15) de los pacientes fueron de sexo femenino y 53% (17) de sexo masculino. El rango de edad más afectado con esta patología fueron los adultos medios con un rango de edad entre 35-64 años (43,8%) y la población menos afectada fue la población de adolescentes (3,1%). *(Figura 1)*

La mayor parte de pacientes referidos provenían de la ciudad de Loja (15 pacientes, 47%), seguido de la ciudad Catamayo (7 pacientes, 22%).

En cuanto a los antecedentes patológicos 14 pacientes (44%) reportó hipertensión arterial, mientras que 13 pacientes (41%) no refirieron antecedentes patológicos personales previos, el resto de pacientes presentó al menos una patología endócrina o cardiovascular. *(Figura 2)*

La normativa vigente del modelo de gestión, organización y funcionamiento del servicio de atención de salud móvil del Ministerio de salud Pública del Ecuador que establece la norma de traslado de pacientes entre dos hospitales, se cumplió únicamente en el 63% de pacientes, el resto de pacientes referidos con un diagnóstico de infarto agudo de miocardio llegaron por sus propios medios.

El formato 053 presenta parámetros prestablecidos para señalar el motivo de referencia desde un centro de menor complejidad, las principales opciones seleccionadas fueron la limitada capacidad resolutiva (59,4%) y la falta de profesional (31,3%) especialista para tratar la condición (cardiología), es importante aclarar que el motivo de referencia lo establece el profesional de la salud que llena el formulario de referencia, otros motivos reportados fueron la falta de disponibilidad de exámenes de laboratorio (6,3%) y la saturación de la capacidad instalada (3,1%).

Durante su estancia hospitalaria 14 pacientes (43,7%) tuvieron un diagnóstico definitivo de infarto agudo de miocardio, en el resto de pacientes (56.3%) el síntoma dolor precordial tuvo un diagnóstico alternativo no grave.

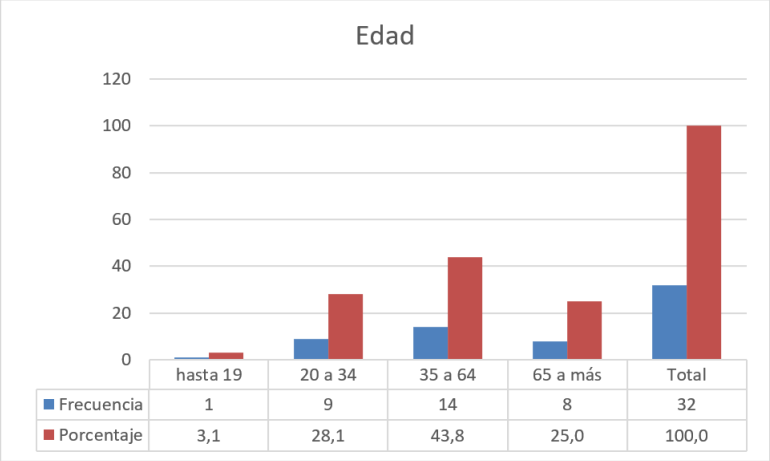

Figura 1. Edad de la población
Elaborado por: los autores
Fuente: Historial clínico

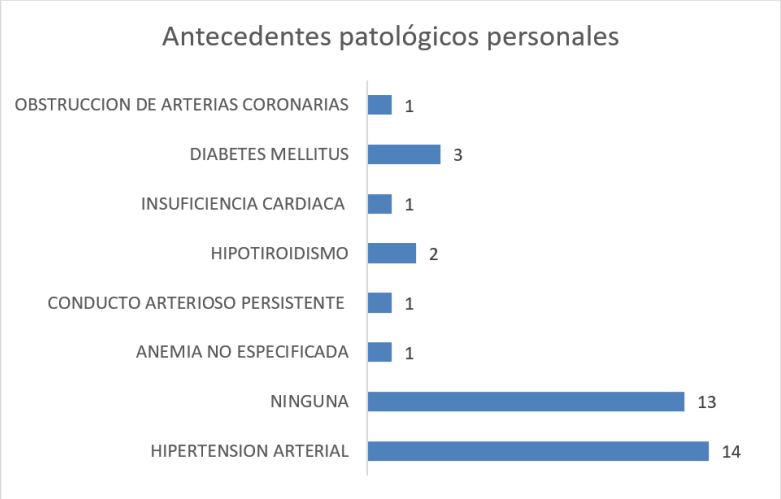

Figura 2. Antecedentes patológicos personales
Elaborado por: los autores
Fuente: Historial clínico

De los 14 pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio, 5 fueron nuevamente referidos por vía terrestre (no se dispone de transporte aéreo de emergencia) a centros hospitalarios de salud a las ciudades de Cuenca (211,2 km), Machala (244,3 km) y Guayaquil (401,2 km), las causas de estas referencias reportadas fueron una limitada capacidad resolutiva (no se disponía de laboratorio de hemodinamia o ausencia de espacio en la unidad de cuidados intensivos).

En la evolución de pacientes referidos al Hospital Isidro Ayora con un diagnóstico definitivo de Infarto agudo de miocardio, se reportan 6 fallecimientos (1 paciente referido a un segundo centro hospitalario y 5 pacientes en el centro hospitalario de referencia inicial), todos los pacientes recibieron tratamiento clínico independientemente del tipo de infarto dada la ausencia de un laboratorio de cateterismo.

Con la finalidad de constatar el cumplimiento del proceso de contrarreferencia (seguimiento en el centro de salud de menor complejidad), se realizó un seguimiento telefónico a los pacientes o sus familiares tutores, encontrando que al menos 21 pacientes (66%) cerraron el proceso al regresar a su seguimiento en el centro asistencial desde el que fueron referidos inicialmente, el 44% refería la pérdida de la hoja de contrarreferencia o desconocer la importancia de dicho documento.

Discusión

En el presente estudio, se evidenció que más de la mitad de los pacientes con un diagnóstico presuntivo de infarto agudo de miocardio no acude al hospital haciendo uso del sistema de referencia y contrarreferencia en una ambulancia, el traslado realizado por un servicio de atención prehospitalaria capacitado de pacientes con un está asociado con una mayor probabilidad de un tratamiento oportuno (Li et al., 2021; Thanavaro et al., 2021).

Otro determinante que puede influir en el cumplimiento del proceso adecuado del sistema de referencias y contrarreferencias puede ser la ausencia de capacitación y de medios de auditoría permanente al propio sistema en los centros de prestación de servicios de salud, como se evidencia en el estudio de Sánchez en el que se pretendió determinar los factores que influyen en el cumplimiento del proceso de referencia y contrarreferencia de los usuarios en el Centro de Salud Tipo C en Rioverde – Ecuador, aquí se menciona que el 69% de los responsables del manejo del sistema desconocen del manual de normas de referencia y contrarreferencia (Sanchez, B. 2017). El estudio de Córdova (2016) realizado en el Hospital Básico de Playas, menciona además la ausencia de hay reportes de contrarreferencias realizadas; o el direccionamiento de los usuarios auto referidos con la respectiva referencia inversa para que se puede establecer la continuidad en el Primer Nivel de Atención. (Córdova, C. 2016).

El 56% de pacientes no tuvo un diagnóstico de infarto agudo de miocardio al alta hospitalaria, sin embargo, se ha demostrado que en los pacientes con sospecha de un síndrome coronario agudo en el departamento de emergencias, la historia clínica inicial, el examen físico y el electrocardiograma por sí solos, no son útiles para confirmar o excluir un diagnóstico de síndrome coronario agudo (a diferencia de los scores de riesgo que incorporan la medición de troponina cardiaca) (Fanaroff et al., 2015), por tanto, la gravedad de la presunción diagnóstica de un infarto agudo de miocardio, justifica las referencias hasta un centro que tenga la posibilidad de realizar una evaluación con un mayor poder de confirmación.

La escasez de los medios necesarios en los centros de menor complejidad, para reducir la incertidumbre diagnóstica se ha detallado antes, por ejemplo, en el año 2014, Tipaz y Fuertes realizaron una investigación enfocada en el impacto del sistema de referencia y contrarreferencia en

el Centro de salud Nro. 1 de Tulcán encontrándose que el 39% han sido referidos por falta de medios de diagnósticos (Fuertes, 2014).

El 59% de pacientes referidos presentó al menos una patología cardiovascular o metabólica, esto es coincidente con otros estudios que han demostrado que en Latinoamérica los principales factores de riesgo asociados con IAM son el antecedente de tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus, dieta hipercalórica, sedentarismo, consumo de alcohol y factores psicosociales, aumento de índice cintura cadera, y de IMC (Tsao et al., 2022; Schutte et al., 2021).

Los pacientes con un diagnóstico definitivo de infarto agudo de miocardio, en los cuales estaba indicado un cateterismo cardiaco no se pudieron beneficiar de este procedimiento dada la ausencia de un laboratorio de hemodinamia, la negativa de recepción en otras casas de salud e indirectamente por la escases de camas en la unidad de cuidados intensivos, estos dos últimos factores posiblemente agravados por la gran demanda de camas y personal médico que involucró la atención de los pacientes con covid 19 que requerían cuidado intermedio o intensivo, y que saturaron el sistema nacional de atención de salud en Ecuador.

En el presente estudio, aunque se evidenció que en la totalidad de casos se procedió al llenado del documento de contrarreferencia por parte del personal de salud, y que este documento fue entregado a los pacientes o a sus representantes legales, no se ha considerado otros factores que pueden haber influido en el cierre del proceso de contrarreferencia con el seguimiento en el nivel de menor complejidad, factores como la efectividad en la comunicación médico – paciente, factores demográficos, de satisfacción de los usuarios son importantes si se desea averiguar las causas de esta renuencia al seguimiento en los centros de primer nivel de atención.

Esto se demuestra en el estudio realizado por Ortega, cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en la ausencia de un seguimiento de los pacientes en el primer nivel de atención (Subcentro de Santa Clara) que fueron enviado con una contrarreferencia desde el Hospital General Puyo de la Provincia de Pastaza en el periodo 2013-2014. Se determinó que el 42,5% de los usuarios con una contrarreferencia no retornan a su unidad de primer nivel de atención, refiriendo el deseo de continuar con el médico especialista, la satisfacción en la atención en un centro de mayor complejidad o escasez de tiempo para acudir a controles posteriores. (Ortega, 2015)

De este estudio se desprenden además algunas interrogantes que pueden involucrar nuevas líneas de investigación como la razón por la cual los pacientes con un diagnóstico presuntivo de infarto no acuden al hospital en una ambulancia que articule la conexión entre dos instituciones hospitalarias, la efectividad de la comunicación entre el sistema prehospitalario y hospitalario para la recepción anticipada o coordinada de un paciente con un probable síndrome coronario agudo, la satisfacción del paciente como usuario del sistema de referencia y contrarreferencia del sistema nacional de salud y la formulación de indicadores locales y nacionales para evaluar la efectividad de este sistema.

Conclusiones

Los centros del primer nivel de atención y algunos hospitales generales del sistema nacional de salud en Ecuador, carecen de los medios diagnósticos para aumentar la confiabilidad diagnóstica en el caso de un paciente con probable síndrome coronario agudo, dada la potencial gravedad de esta condición ante la sospecha clínica la referencia a un centro de mayor complejidad es precisa aunque esto implique una mayor cantidad de referencias que culminan en un diagnóstico no asociado a una patología cardiovascular.

Para mejorar la eficiencia del sistema de referencia y contrarreferencia en el contexto del paciente con sospecha de infarto agudo de miocardio, es necesario el cumplimiento de estándares clínicos, una auditoría continua a los actores del proceso y la disponibilidad de recursos de diagnóstico en todos los niveles de atención, así como del involucramiento del paciente para dar continuidad al seguimiento de su patología en el primer nivel de atención.

Referencias bibliográficas

- Córdova, C., (2016). Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Factores que inciden en la demanda de usuarios del área de emergencia del Hospital Básico Playas durante julio - diciembre del 2014. [Tesis de maestría, Universidad de Católica de Santiago de Guayaquil]. http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/5920
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948 de 10 de diciembre). Asamblea General. Resolución 217 A (III). http://bitly.ws/gq2D
- Fanaroff, A., Rymer, J., Goldstein, S., Simel, D., & Newby, L. (2015). Does This Patient With Chest Pain Have Acute Coronary Syndrome?. JAMA, 314(18), 1955. https://doi.org/10.1001/jama.2015.12735
- Fuertes Yandún, V., Tipaz Pilacuán, A. (2014). "Impacto del sistema de referencia y contrarreferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al Centro de Salud N° 1, de la ciudad de Tulcán en el periodo marzo – agosto 2014 [Tesis de grado, Politécnica Estatal del Carchi]. Repositorio upec. http://bitly.ws/gq2f
- Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador. (2021). Estadísticas Vitales Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2020 (p. 26). Quito: Ecuador en cifras. https://bit.ly/3yhU5hN
- Li, N., Ma, J., Zhou, S., Dong, X., Maimaitiming, M., Jin, Y., & Zheng, Z. (2021). Can a Healthcare Quality Improvement Initiative Reduce Disparity in the Treatment Delay among ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Patients with Different Arrival Modes? Evidence from 33 General Hospitals and Their Anticipated Impact on Healthcare during Disasters and Public Health Emergencies. Healthcare, 9(11), 1462. https://doi.org/10.3390/healthcare9111462
- Magnago, C., Pierantoni, C. (enero-marzo 2020). Dificultades y estrategias de afrontamiento en la gestión del trabajo en la Estrategia Salud de la Familia, desde la perspectiva de los gestores locales: la experiencia de los municipios de Río de Janeiro (RJ) y Duque de Caxias (RJ). Scielo Brasil', 39(104), 1-6 http://bitly.ws/gq2H
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Subsistema de referencia, derivación contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica. Dirección Nacional de Normatización. http://salud.gob.ec
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. http://bitly.ws/gq2u
- Ortega, T, M. (2015). Cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia entre el Hospital General Puyo y el Subcentro de Salud Santa Clara. Año 2013 -2014 [Tesis de grado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio dspace.unl. http://bitly.ws/gq3R
- Organización Mundial de la Salud (2020) Las 10 principales causas de defunción. Retrieved 29 April 2022, from https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
- Peñaherrera, J., (2015). Comparación de la funcionalidad del sistema de referencia y contrarreferencia antes y después de restaurar al primer nivel de atención como puerta de entrada

obligatoria al sistema de salud, en el Distrito de Salud 17D01 - Nanegalito, período 2011-2013 [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio institucional RiPUCE. http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7641

- Prosalus, Cruz Roja España, (marzo 2014). Comprendiendo el derecho humano a la salud. Advantia. P. 6. http://bitly.ws/gq2r
- Registro Oficial Órgano de la República del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador (p. 59). Quito: Registro Oficial Órgano de la República del Ecuador. https://bit.ly/3xXXOkg
- Sánchez, B., (2017). Factores influyentes en la referencia y contrarreferencia en el Centro de Salud tipo C-Rioverde 2013 [Tesis de maestría, Universidad de Guayaquil]. Repositorio institucional RiFCMUG. http://bitly.ws/gq2N
- Schutte, A., Srinivasapura Venkateshmurthy, N., Mohan, S., & Prabhakaran, D. (2021). Hypertension in Low- and Middle-Income Countries. Circulation Research, 128(7), 808-826. https://doi.org/10.1161/circresaha.120.318729
- Thanavaro, J., Buchanan, P., Stiffler, M., Baum, K., Bell, C., & Clark, A. et al. (2021). Factors affecting STEMI performance in six hospitals within one healthcare system. Heart &Amp; Lung, 50(5), 693-699. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.04.013
- Tsao, C., Aday, A., Almarzooq, Z., Alonso, A., Beaton, A., & Bittencourt, M. et al. (2022). Heart Disease and Stroke Statistics—2022 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 145(8). https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001052