1. **OBJETIVO**

Regular y definir los pasos correctos para las solicitudes en el marco del sistema de Referencia y Contra referencia, promoviendo una mejor oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud e incrementar la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles para tal fin.

2. ALCANCE:

Este procedimiento aplica para todos los usuarios del CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E, los cuales han sido remitidos a niveles de atención superior para resolver sus necesidades en Salud, al igual que para el personal asistencial del Centro de Salud.

3. RESPONSABLE:

El responsable para aplicar este procedimiento son los Médicos, personal de Enfermería y demás personal asistencial que labora en el CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E.

4. DEFINICIONES

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, mediante las cuales se transfiere el cuidado de la salud o elementos de diagnóstico, de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva (referencia), con el retorno del paciente o los resultados de exámenes (contrarreferencia); garantizando la oportunidad, la pertinencia y calidad en la atención, de acuerdo a la complejidad requerida por los usuarios y a la capacidad resolutiva de las instituciones.

REFERENCIA:

Es el procedimiento administrativo y asistencial por el cual se deriva a usuarios y elementos de diagnóstico (muestras biológicas, solicitud de exámenes de radiología, etc.), de una institución de menor capacidad resolutiva a otra de mayor complejidad donde se garantiza al usuario una atención acorde a sus necesidades en términos de diagnóstico, terapéutica o rehabilitación en el marco de la eficacia y la integralidad, teniendo en cuenta la conformación de las micro redes para lograr una mayor eficiencia en los recursos del sistema y un menor impacto social en el usuario del sistema

CONTRAREFERENCIA:

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales mediante las cuales retorna el paciente o los resultados de procedimientos diagnósticos desde la institución a la cual se realizó la referencia a la institución receptora donde por su nivel de complejidad el paciente debe ser trasladado con las debidas recomendaciones diagnósticas o terapéuticas (plan de manejo) y la información sobre la atención brindada o el resultado de las ayudas diagnósticas implementadas.

COPIA CONTROLADA

REMISIÓN: Es el procedimiento mediante el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, y/o sus elementos diagnósticos de una institución de menor a una de mayor complejidad, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

INTERCONSULTA:

Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud, para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

SOLICITUD DE SERVICIO:

Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o terapéutico entre un prestador y otro.

TRASLADO PRIORZADO. Es la atención y/o traslado en ambulancias TAB institucional o TAM de otras entidades que se realiza en y desde el sitio de ocurrencia del evento (residencia, vía pública, comercio, parques, etc.) hasta un centro asistencial en salud, que posea el nivel de atención y grado de complejidad pertinente para la condición actual o futura del paciente. Involucra la movilización del vehículo hasta su llegada al sitio de atención.

TRASLADO SECUNDARIO NO SEGURO. Es la atención y/o traslado en ambulancias TAB institucional o TAM de otras entidades, de un paciente manejado o controlado por personal de la salud que se efectúa entre centros asistenciales. Siendo previamente reportado al centro regulador de emergencias y desastres CRUE, EPS Y ENTIDAD A DONDE DE VA A REMITIR AL PACIENTE Incluye la movilización del vehículo hasta su llegada al sitio de atención.

5. CARACTERISTICAS DEL CONDUCTOR Y DEL TRIPULANTE DE LA AMBULANCIA DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

5.1 DE LOS CONDUCTORES

En este capítulo se determinan y fijan las características básicas que deben tener en cuenta los conductores y la tripulación de las ambulancias de Transporte Asistencial Básico, las cuales se resumen a continuación:

- Recibe turno asistencial de acuerdo a la programación establecida previamente y verifica estado de la ambulancia mediante lista de chequeo que incluye: aseo, combustible, latas, kilometraje, llantas, pintura y demás necesarios para el buen funcionamiento del vehículo, si en el momento de la hora establecida para la entrega de turno la ambulancia se encuentra viajando se realizara al momento de llegada a la Institución.
- Desplazarse a la zona de la institución que realice el llamado para transporte de usuarios.
- Debe ayudar al descenso o ascenso del paciente junto al tripulante.

COPIA CONTROLADA

- Permanentemente debe estar intercomunicado con el servicio de Urgencias con el fin de estar pendiente de remisiones en casos urgentes.
- Cumplir las normas del Código Nacional de Transito vigente, en especial las que se refiere a la seguridad para los ocupantes, vehículos circundantes, vías especiales y peatones.
- Debe contar con certificado de formación en primeros auxilios
- Permanecer en la zona donde es asignado de acuerdo a las directrices de la institución.
- Diligenciar correctamente los formatos correspondientes al traslado de la ambulancia especificando Fecha, Origen, Destino, Motivo, Hora de Salida, Hora de Llegada, Nombre de Conductor.

5.2 DE LOS AUXILIARES DE AMBULANCIAS

- Responder por la dotación y suministros de la ambulancia mediante lista de chequeo.
- Realizar la limpieza, desinfección superficial y terminal de la de ambulancia entre cada traslado de paciente.
- Realizar inventario al recibir y entregar turno de todos los equipos y suministros de la ambulancia dejando constancia en el formato
- En caso de haber utilizado medicamentos, insumos o dispositivos médicos se deberá hacer la respectiva reposición para la entrega completa, para esto es obligación del Medico realizar la formulación de insumos y medicamentos inmediatamente llegue a la Institución.
- Es el responsable del descenso y asenso de pacientes a la ambulancia para remisiones o traslados.
- Responsables de la evaluación y monitoreo del paciente durante el traslado.
- Entrega de paciente en entidad receptora.
- Diligenciar correctamente todos los formatos correspondientes al traslado del paciente.
- Certificado de formación en soporte vital básico.

6. PROCESO DE REFERENCIA

- identificar el plan de beneficios de salud a que tiene derecho el usuario, para determinar la IPS de atención de acuerdo a la red de servicios que posea la entidad responsable de los servicios de salud del usuario.

7. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRASLADO

- utilizar el formato de referencia realizado por el Ministerio de la Protección Social con las variables siguientes (anexo 8)
  Identificación de la institución que refiere el usuario.
  Datos completos de identificación del usuario.

COPIA CONTROLADA

Datos completos de la referencia.

- Resumen de la historia Clínica (anamnesis y hallazgos del examen clínico), incluyendo informe del resultado de pruebas de ayuda diagnosticas realizadas, donde se anota: Diagnósticos Presuntivos, Tratamientos instaurados, Motivos de la referencia, Nombre de profesional responsable de la referencia, su firma y sello correspondiente, Fecha, hora y nombre del profesional que recibe la comunicación de la remisión, Resumen completa de la Historia Clínica, El soporte principal para la remisión de usuarios es la hoja o formato de referencia,
  - En caso de enviar un usuario a otra institución y cuyo motivo de referencia es un accidente de tránsito se debe anexar copia de los formatos: certificado de atención médica, FUSOAT 01 y FUSOAT 02.

1. Bitácora de ambulancias con información de Control para la Llegada y Salida de Ambulancias.

8. CONTENIDO DEL FORMATO DE REFERENCIA DE LA ESE

El formato establecido por la ESE para la referencia de pacientes tienen los siguientes elementos establecidos por el decreto 3047 de 2008:

8.1 Datos de Identificación del Usuario:

Nombre del centro de salud referente.
Nombres completos y apellidos del usuario.
Edad y sexo.
Tipo y número de identificación.
Tipo de régimen de seguridad social en salud a que pertenece, nombre de la aseguradora de planes de beneficios de salud y si afiliado o beneficiario.

8.2 Datos de la referencia:

Fechas de ingreso y egreso del usuario de la institución referente.
Servicio que remite, servicio al que se remite y tipo de especialidad solicitada para el Motivos de la remisión: nivel de competencia, recurso humano, equipo o tecnológico y petición voluntaria.
Tipos de servicios solicitados: remisión, interconsulta, apoyo tecnológico u otro servicio.
Hora de solicitud, hora de confirmación y nombre de la persona que confirma la remisión.

8.3 Resumen de la Historia Clínica y Resultados de Pruebas:

Anamnesis completa de la situación actual del usuario.
Hallazgos del examen clínico más importantes y relevantes que justifiquen la remisión.

COPIA CONTROLADA

Resultados de pruebas y ayudas diagnosticas de tos los paraclínicos solicitados y realizados en la ESE.
Tratamientos instaurados durante su manejo en nuestra institución y su respuesta ya sea favorable o no satisfactoria.

8.4 Diagnósticos Presuntivos:

Relación de impresiones diagnosticas de acuerdo a su nivel de importancia patológica.
Factores de riesgo asociados y motivos que justifiquen la remisión.

8.5 Datos de Identificación Del Remitente:

Nombres completos del profesional responsable de la remisión.
Firma y sello del profesional responsable de la remisión.

9. REFERENCIA DE PACIENTE CON URGENCIA.		
CUANDO	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
Siempre que ingresa un paciente al servicio de urgencias	Personal auxiliar de enfermería.	Verificación de derechos del usuario ya sea a través de la clasificación socioeconómica por SISBEN y/o la afiliación a la seguridad social, deberá ser clara y hacerse siempre en la institución referente.
Paciente sin seguridad Social.	Personal de admisiones-referencia y contra-referencia.- trabajo social	Paciente sin seguridad social se le diligencia el formato estudio socio económico para ello se envía documentación al CRUE y ellos emiten un código de regulación con el que se identifica el caso y se presta la atención.
Paciente que requiere ser remitido.	Medico de turno de urgencias.	Valoración médica que determina necesidad de remisión de un paciente a

COPIA CONTROLADA

		un nivel superior de complejidad para atención de su estado de urgencia.
Paciente estable, apto para ser remitido a otro nivel de atención.	Personal de admisiones-referencia y contra-referencia.-	Llamado de la tripulación de turno para trasladar al paciente. Auxiliar, conductor, medico si la condición clínica del paciente lo amerita.
Paciente estable, apto para ser remitido a otro nivel de atención.	Personal de admisiones-referencia y contra-referencia.-tripulante de la ambulancia.	Salida del paciente con todos los documentos necesarios para el traslado: anamnesis, copia de historia clínica, exámenes complementarios , pruebas diagnostica etc.

10. DEL EMISOR REFERENTE.		
CUANDO	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
Cuando llega el paciente.	Médico, enfermera	Valoración según clasificación triage.
Paciente con valoración de triage 1	Médico, enfermera	Estabilizar al paciente para iniciar el proceso de remisión.
Paciente con valoración de triage 1	Medico.	Diligenciar el formato de referencia, al Centro de mayor complejidad más cercano a quien deberá avisar que envía un paciente citando las condiciones clínicas
Paciente con valoración de triage 2	Medico	Define la remisión, diligencia el formato de referencia, con copia a la enfermera jefe del servicio informar al centro hospitalario de remisión el

COPIA CONTROLADA

		estado clínico del paciente.
Paciente en proceso de remisión.	Personal de admisiones-referencia y contra-referencia.-	Se realiza en original y copia del formato de referencia, donde se indica el nombre de la institución donde será remitido paciente, nombre del médico que aceptó la remisión, devolverá formato a medico con indicaciones adicionales si las hubiere.
Paciente en proceso de remisión.	Personal de admisiones-referencia y contra-referencia.-	Llamado de la tripulación de turno para trasladar al paciente. Auxiliar, conductor, medico si la condición clínica del paciente lo amerita
Paciente listo para traslado.	médicos, jefes de enfermería y auxiliares del servicio	Entrega del paciente para traslado
Salida de Paciente en TAB	Personal de admisiones-referencia y contra-referencia.-	Cerrará remisión con consignación de salida de traslado en la planilla.

11. REFERENCIA DE USUARIAS CON ALTO RIESGO OBSTETRICO

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante, el control prenatal, la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

11.1OBJETIVOS

COPIA CONTROLADA

- Disminuir los riesgos de enfermedad durante toda su gestación, muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.
- Disminuir las tasas de morbimortalidad maternas y perinatales.
- Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipoxia perinatal y sus secuelas.
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto.
- Prevenir la hemorragia postparto

11.2 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTETRICO

Características individuales:

- Edad menor de 16 años o mayor de 35 años
- Ocupación, esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, Químicos y biológicos, estrés
- Desocupación personal o familiar
- Baja escolaridad
- Malnutrición (Índice de Masa Corporal > 30 ó < 18)
- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general
- Violencia doméstica
- Múltiples compañeros sexuales
- Vivienda y condiciones sanitarias deficientes

Valoración de las condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, Soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado.

11.3 Historia reproductiva anterior:

- Nuliparidad o multiparidad (más de cuatro partos)
- Intervalo intergenésico menor de dos años o mayor o igual a cinco años
- Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, pre eclampsia o eclampsia, trombosis–embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia posparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar.

COPIA CONTROLADA

- Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 g o mayor de 4.000 g., retardo de crecimiento intrauterino, eritroblastosis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal.
- Antecedentes de infertilidad
- Cirugía ginecológica previa.

11.4 Desviaciones obstétricas en el embarazo actual:

- Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.
- Ganancia de peso inadecuada
- Hemorragia vaginal
- Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada
- Ruptura prematura de membranas
- Infección urinaria recurrente
- Complicaciones obstétricas y perinatales descritas en el numeral 2, aplicables al embarazo actual.

11.5 Enfermedades clínicas:

Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías (diabetes mellitus, hipotiroidismo), hemopatías, hipertensión arterial crónica, epilepsia, enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente), enfermedades auto inmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías
Uterinas), anemia severa (hemoglobina< 9 g/dl) y otras.

11.6 Uso actual de medicamentos.

El hallazgo de uno y o más factores de riesgo mencionados es indicación de interconsulta con ginecoobstetricia en nivel de mayor complejidad (nivel 2 y nivel 3).

Igualmente debemos reiterar que es obligatoria la identificación de los factores de riesgo en las pacientes en forma sistemática, en cada control prenatal tanto de bajo como de alto riesgo ya sea realizado por enfermería, médico general, el riesgo es dinámico y por lo tanto su valoración en cada control es necesaria.

Una vez la paciente es remitida y valorado por el gineco-obstetra este definirá si la paciente continua en alto riesgo obstétrico o contra referida al nivel 1 para manejo en control prenatal, momento en el cual el médico general es el encargado de realizar todos los controles prenatales siguientes.

COPIA CONTROLADA

Así mismo, el Ginecobstetra que contra remite la paciente debe consignar:

a) Plan de manejo,
b) Plan de controles multidisciplinario (médico general y ginecobstetra)
c) Riesgos a vigilar en la gestante de forma continua.
d) Otros cuidados no descritos anteriormente.

En todo caso el Gineco –obstetra deberá definir la conducta a seguir e inclusive programar la cesárea, de tal modo que las pacientes de alto riesgo sean desembarazadas al cumplir la semana 36. Se recuerda que en lo posible no se debe permitir que las gestantes de alto riesgo completen la semana 40 para decidir la respectiva conducta.

Una vez diagnosticada como gestante de alto riesgo, en consulta con Gineco-obstetra se definirá el nivel de complejidad para atención del parto.

12. ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE ANTES DEL TRASLADO

Una vez se ha tomado la decisión de remitir al paciente, se deben tomar las medidas necesarias en favor de asegurar que su llegada se produzca en las mejores condiciones posibles al hospital de referencia. Para tal objetivo se requiere de una serie de acciones generales que permitan la estabilización previa, teniendo en cuenta los recursos disponibles a fin de prevenir complicaciones durante el traslado.
Se debe partir de una adecuada evaluación clínica del paciente, para ello se requiere determinar signos y síntomas, alergias, medicamentos, padecimientos previos, último alimento, y eventos que condujeron a la lesión o enfermedad. Posteriormente, valorar el control de la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, el llenado capilar, presencia de signos de dificultad respiratoria, signos de deshidratación o choque, o alteraciones del estado neurológico. En los pacientes con diagnóstico de trauma se debe tener en cuenta el protocolo establecido en el Soporte Vital Avanzado en Trauma, por sus siglas en inglés: ATLS, lo cual incluye la evaluación primaria (ABCDE) para la detección y manejo de las lesiones que amenazan la vida; y la evaluación secundaria (examen físico de la cabeza a los pies)

MONITORIZACIÓN BÁSICA			
Electrocardiograma	Presión arterial no invasiva	Frecuencia cardiaca Oximetría	Temperatura

COPIA CONTROLADA

Tabla 1. ***Monitorización básica en el servicio de urgencias***

Los procedimientos básicos de estabilización incluyen el asegurar la permeabilidad de la vía aérea, respiración y oxigenación; estabilidad hemodinámica; prevención de la hipotermia; control de sangrado externo e inmovilización del paciente traumatizado; y la administración de líquidos y medicamentos de acuerdo a cada patología.

Verificar la permeabilidad de la vía aérea se puede evaluar de forma rápida al obtener respuesta verbal fluida por parte del paciente. Ante la presencia de estridor, disnea o trastornos deglutorios, se debe inspeccionar si existen cuerpos extraños, Identificar fracturas faciales, mandibulares, laríngeas o traqueales u otras lesiones o patologías que obstruyan la vía aérea. Proceder, si es posible a retirar el cuerpo extraño, succionar la sangre acumulada o las secreciones. En aquellos pacientes que por mecanismo del trauma se sospeche de lesión vertebral y/o espinal requieren de inmovilización con collar cervical. Finalmente, considerar obtener una vía aérea definitiva (intubación orotraqueal) si existe alguna duda sobre la capacidad del paciente para mantener la integridad de la vía aérea, es preferible proteger la vía aérea e intubar a un paciente potencialmente inestable previo al traslado para evitar situaciones de riesgo en contextos clínicos no controlados.

INDICACIONES DE INTUBACIÓN OROTRAQUETAL	Obstrucción significativa de la vía aérea
	Disfunción respiratoria
	Aumento del trabajo respiratorio (ej: sepsis)
	Deterioro del estado neurológico. Glasgow <8
	Quemaduras faciales con compromiso de la vía aérea
	Anafilaxia

Tabla 2. ***Indicaciones de intubación orotraqueal en el servicio de urgencias***

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN		
Medicamento	**Dosis**	**Observaciones**
Fentanilo	2-3mcg/Kg	✓ Disminuye respuesta simpática (taquicardia, hipertensión arterial) durante manipulación de la vía aérea. ✓ Administrar 3 minutos antes de la inducción
Midazolam	Dosis de inducción: 0.3 mg/Kg Sedación: 0.01-0.1 mg/Kg	✓ **Agente de inducción** ✓ Sedante/hipnótico ✓ Inicio de acción: 60-90 segundos
Vecuronio	0.12 mg/Kg	✓ **Relajante muscular** ✓ Inicio de acción: 2-3 minutos

Tabla 3. ***Medicamentos disponibles para secuencia rápida de intubación.***

Edad	Diámetro del tubo (mm)	Distancia a la comisura labial
Recién nacido	3.5	12
Niño	4 + (edad/4)	12 + (edad/2)
Adulto		

COPIA CONTROLADA

✓ Mujer	7.0 - 7.5	22
✓ Hombre	7.5 – 8.0	24

Tabla 4. ***Tamaño de tubo orotraqueal según edad y género del paciente***

INFUSIONES PARA SEDOANALGESIA	
MEDICAMENTO	**DOSIS**
Midazolam	0.03 – 0.1 mg/Kg/hora
Fentanilo	0.02 - 0.05 mcg/Kg/min

Tabla 5. ***Medicamentos disponibles para sedoanalgesia de paciente intubado***

Evaluar el patrón respiratorio, los signos de dificultad respiratoria y la saturación de oxígeno. Si el paciente presenta alguna condición que altere la oxigenación tisular considerar la administración de oxígeno suplementario en sistemas de bajo flujo (cánula nasal) o alto flujo (venturi, cámara cefálica en niños) dependiendo de la severidad del compromiso respiratorio. El objetivo es disminuir el trabajo respiratorio y obtener saturaciones de oxígeno mayor o iguales a 94%. De igual manera contemplar la posibilidad de ventilación mecánica mediante máscara laríngea o tubo orotraqueal.

Flujo de oxígeno L/min	% FiO2 administrado
1	25%
2	29%
3	33%

Tabla 6. ***Consideraciones* para *administración de oxígeno suplementario por cánula nasal***

Color	% FiO2 administrado	Flujo de oxígeno L/min
Azul	24%	4
Amarillo	28%	6
Blanco	31%	6
Verde	35%	8
Rosado	40%	8
Naranja	50%	10

Tabla 7. ***Consideraciones para administración de oxígeno suplementario por mascarilla venturi***

Tamaño de máscara	Edad del paciente	Peso (Kg)
1	lactante	<6.5
2	niño	6.5-20
2 1/2	niño	20-30
3	Adulto	>30
4	Adulto	<70
5	Adulto	>70

Tabla 8. ***Tamaño de máscara laríngea e indicación según edad y peso***

El objetivo es la valoración clínica del volumen circulatorio, el gasto cardiaco y el manejo del choque hipovolémico hemorrágico o no hemorrágico. Para la valoración del estado hemodinámico se utilizan diferentes variables clínicas que comprenden los signos vitales como a frecuencia cardiaca,

frecuencia respiratoria, tensión arterial, así como el estado de conciencia, llenado capilar, y el gasto urinario por medio de sonda vesical. El manejo inicial de estos casos requiere la obtención de acceso venoso periférico adecuado (dos accesos en el manejo de pacientes con trauma) para la administración de líquidos endovenosos, usualmente cristaloides (Lactato de Ringer o Solución Salina Normal al 0,9%). Según la severidad del compromiso hemodinámico los cristaloides pueden administrarse en bolos de 1 a 2 litros en adultos o de 20 mL/kg en niños, y evaluar la respuesta al manejo mediante la mejoría de los mismos parámetros hemodinámicos.

	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Pérdida de sangre (ml)	750	750-1500	1500-2000	>2000
Pérdida de sangre (%)	15%	15%-30%	30%-40%	>40%
Frecuencia cardiaca	<100	100-120	120-140	>140
PAS	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión de pulso	Normal o baja	Baja	Baja	Baja
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-35	>35
Gasto urinario	>30	20-30	5-15	Anuria
Estado de conciencia	Ansiedad ligera	Ansiedad leve	Confuso	Letárgico
Reposición de líquidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides y sangre	Cristaloides y sangre

Tabla 9. ***Grados de choque hipovolémico hemorrágico***

SIGNOS Y SÍNTOMAS	GRADO I (Déficit 1-5%)	GRADO II (Déficit 2-10%)	GRADO III (Déficit >10%)
Consciencia	Normal	Normal	Inconsciente
Ojos	Normal	Hundidos	Hundidos
Boca	Seca	Seca	Seca
Sed	No	Si	Incapaz de beber
Piel	Normal	Pliegue positivo	Pliegue positivo
Tensión arterial	Normotenso	Normal	Hipotensión
Taquicardia	No	+	Pulso filiforme
Perfusión de piel	Normal	Fría	Acrocianocis
Flujo de orina	Normal	Oliguria	Anuria
Densidad urinaria	>1020	>1030	>1035
pH	7,3 - 7,4	7,1 - 7,3	< 7,1
Taquipnea	No	+ / -	Presente

Tabla 10. ***Grados de deshidratación***

Cabe resaltar que las medidas para la prevención de la hipotermia cobra mayor importancia en el traslado de pacientes recién nacidos, lactantes o pacientes con trauma. La prevención de la

hipotermia se realiza mediante la colocación de mantas tibias, calentar las soluciones endovenosas, y en el caso de los neonatos con incubadora de transporte o incubadora humana (piel a piel).

Finalmente, el manejo con líquidos y medicamentos de las patologías específicas que presente cada paciente, siempre que se diagnostique una enfermedad, se deberá iniciar tan pronto como sea posible, siempre y cuando se cuenten con los medicamentos necesarios para tal fin. Se debe garantizar el manejo inicial previo al traslado, esto incluye, por ejemplo, el inicio de antibioticoterapia de amplio espectro para pacientes en quien se sospeche sepsis, el uso de broncodilatadores inhalados y cortico esteroides parenterales para el manejo de síndromes bronco obstructivos, el manejo con anti agregación dual en pacientes con infarto agudo de miocardio, manejos del dolor, hipoglicemia, entre otras.

13. PROCEDIMIENTO PARA LA REMISION A ESPECIALIDADES, VACUNACION, PACIENTES A OPTOMETRIA, AUDIOLOGIA, TERAPIA INTEGRAL

No	Descripción de la actividad	Responsible	Registro
1.	Todo recién nacido al egreso se le debe entregar orden de remisión para los servicios de vacunación, pacientes a tamizaje de optometría, audiología y terapia integral, el medico ingresa al sistema CNT solicitando interconsulta e imprime la orden médica.	Medico	Sistema CNT
2.	El personal de enfermería recibe las órdenes y verifica que estén acorde y completas de acuerdo a la solicitud dada por el profesional. Se identifica el tipo de interconsulta solicitada En caso de que no concuerde la interconsulta solicitada se informa a médico tratante para realizar ajustes del caso	Enfermería	Sistema CNT
3.	Se entrega ordenes medicas a padres del recién nacido, previa explicación.	Enfermería	Sistema CNT

14. PROCEDIMIENTO PARA LA REMISION DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA A ESPECIALIDADES

Los pacientes que son atendidos en la ESE Centro de salud de Fosca en el área de consulta externa primero deben pasar por consulta médica y a criterio del médico tratante se determina la necesidad de realizar una interconsulta con medicina especializada, es allí donde el medico genera la remisión de los servicios que se requieran y el usuario debe iniciar el trámite administrativo de autorización de los servicios con su respectiva EAPB.

15. PROCEDIMIENTO PARA LA REMISION DE PACIENTES A PROGRAMAS DE PYD

COPIA CONTROLADA

La ESE Centro de Salud de Fosca bajo la resolución 3280 de 2018 presta los servicios de promoción específica y detección temprana. La ESE cuenta con un formato institucional de demanda inducida donde se canalizan los usuarios en el ámbito hospitalario y extramural.

Los servicios que realizan la canalización son:

- Urgencias
- Hospitalización
- Med. General
- Vacunación
- Odontología
- Laboratorio Clínico
- Enfermería
- Aps Y Pic
- SIAU

Servicios a los que se canaliza:

- Hemoglobina (mujeres de 10ª 13 años)
- Club de hipertensos
- Club de diabéticos
- Tamizaje de cáncer de mama
- Salud oral (aplicación flúor 6-19 años, sellantes 1 – años, control de placa de 2 años en adelante, detartraje de 12 y mas años)
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino
- Educación en PYD
- Mamografía (mujeres de 50 a 69 años)
- Control prenatal
- Crecimiento y desarrollo
- Agudeza visual
- Detección de alteraciones del joven
- Detección de alteraciones del adulto
- Vacunación

Curso de preparación para la maternidad y paternidad segura y responsable.

COPIA CONTROLADA

RECURSOS

- Medico
- Papelería
- Equipos biomédico
- Formatos de la historia clínica.
- Escritorio y sillas
- TAB

Medios de comunicación radio, teléfono, celulares, internet

SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA

El CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E., establece a través del presente documento que su seguimiento y adherencia se llevara siguiendo los siguientes pasos: SEGUIMIENTO Y CONTROL	**Lista de chequeo**
ADHERENCIA Y EVALUACIÓN	Mediante metodología consistente en verificación de procesos de referencia de usuarios
RESPONSABLES SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Líder de Calidad y Gerencia
TIEMPOS	Trimestral
PLANES DE MEJORAMIENTO	Inmediatos
RESPONSABLES DE CUMPLIMIENTO	Médicos, Personal de Enfermería
Responsable Directo	Líder del Servicio

CONTROL DE CAMBIOS

	TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS		
Versión.	**Fecha**	**Cambios realizados**	**Responsable del cambio**
1	Mayo 30 2017	Creación del documento	Elizabeth Arias-asesor de calidad
2	Noviembre 30 2020	Actualización del documento, normatividad.	Diana Gantiva C.- Asesor de Calidad.

COPIA CONTROLADA