



TLAXCALA
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA
DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**



TLX
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

O.P.D. SALUD
ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO
SALUD DE TLAXCALA

Octubre 2019

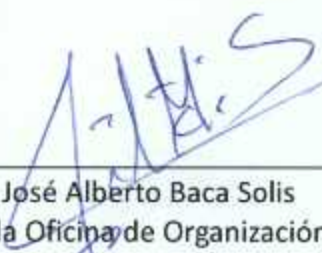
AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

En cumplimiento a los artículos 20 y 21 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala; los artículos 5, 28 y 30 de la Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala; y a los artículos 10, 18, 19, 20, 21 y 24 del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala; se elaboró el presente Manual de Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia para su debida observancia y se aprobó el día 30 del mes de Octubre del 2019.



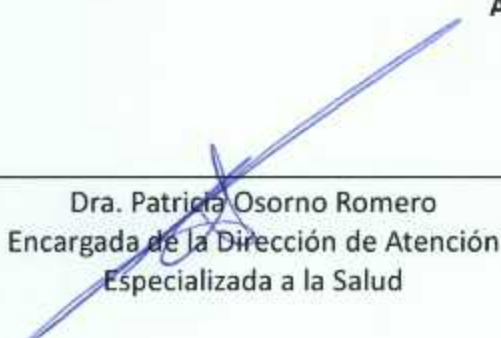
Lic. Nury Shullythey Mejia Sánchez
Coordinador Estatal de Trabajo Social

REVISÓ



Lic. José Alberto Baca Solís
Jefe de la Oficina de Organización y
Métodos

APROBÓ



Dra. Patricia Osorno Romero
Encargada de la Dirección de Atención
Especializada a la Salud



Lic. Francisco Alejandro Tlacuilo Pérez
Encargado de la Dirección de
Infraestructura y Desarrollo

AUTORIZÓ



Dr. René Lima Morales
Secretario de Salud y
Director General de Salud de Tlaxcala

CONTENIDO

1. Introducción.....	3
2. Marco Jurídico Administrativo	4
3. Relación de procedimientos.....	11
4. Políticas de Calidad.....	11
5.- Descripción de procedimientos por área	13
5.1 Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención	13
5.2 Referencia y contrarreferencia de pacientes en el servicio de urgencias	18
5.3 Referencia y contrarreferencia de pacientes a servicio de consulta externa.....	24
5.4 Referencia y contrarreferencia de mujeres con embarazo de alto riesgo.	29
5.5 Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de segundo nivel a clínica del dolor y cuidados paliativos	37
5.6 Referencia que garantiza el contacto con una unidad coordinadora de las unidades médicas móviles	43
5.7 Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención por enfermedad renal.....	48
5.8 Criterios de referencia y contrarreferencia de las 80 principales patologías de primer nivel a segundo nivel	53
6. Formatos e instructivo de llenado del sistema de referencia y contrarreferencia.....	135
7. Glosario	143

[Handwritten signature and initials]

1. Introducción

Las políticas actuales de salud buscan transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente además de proporcionar una atención al usuario de máxima calidad.

Las demandas crecientes de atención médica de la población, la transición epidemiológica que vive el país, y la necesidad de incrementar la calidad de la atención médica ofrecida al usuario, han hecho del envío de pacientes un procedimiento cada vez más utilizado. Esto ha motivado la formación de un grupo de trabajo que permita, por un lado, la coordinación de las diferentes instituciones que ofrecen atención médica en la población no asegurada del estado de Tlaxcala y por otro el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles en las instituciones que lo conforman.

Recientemente este grupo de trabajo se conformó oficialmente en un comité que ha trabajado en mejorar el proceso de referencia de pacientes siendo la actualización del presente Manual de Procedimientos para la operación del sistema de referencia y contrarreferencia en las unidades médicas de Salud de Tlaxcala como instrumento administrativo para agilizar y facilitar las acciones del personal involucrado en la prestación de los servicios de salud.

El presente manual permitirá establecer los lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes, deslindar responsabilidades, detectar omisiones, contar con un medio de información y en general mejorar la productividad de las unidades médicas y elevar la calidad de los servicios que ofrecen.

Los Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención médica involucradas, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a este grupo poblacional mediante una atención integral, oportuna y de optimización de recursos.

El presente documento permite incidir en los problemas más comunes del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, tales como:

- Retrasos de atención:
- Duplicidad de recursos y esfuerzos:
- Elevación de costos:

- Interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traduciéndose en insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud que utiliza el sistema).

El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población tlaxcalteca.

2. Marco Jurídico Administrativo

Disposiciones Constitucionales:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 05/02/1917. Última Reforma 07/07/2014.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala.
P.O. 04/02/1982. Última Reforma 01/05/2004.

Tratados Internacionales:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos.
Aprobado 10/12/1948.
2. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
Aprobada 16/12/1966.
3. Convención Internacional Eliminación de Todas las Formas de Discriminación racial.
Aprobada 21/12/1965.
4. Convención Eliminación de Todas Las Formas de Discriminación Contra la Mujer.
Aprobada 20/12/1993.
5. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
Aprobada 2/06/1998.

Leyes Federales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29/12/1976. Última Reforma D.O.F. 11/08/2014.
2. Ley de Planeación.
D.O.F. 05/01/1983. Última Reforma D.O.F. 09/04/2012.
3. Ley General de Salud.
D.O.F. 07/02/1984. Última Reforma D.O.F. 04/06/2014.
4. Ley del Seguro Social.

- D.O.F. 21/12/1995. Última Reforma D.O.F. 09/07/2009.
5. Ley Federal del Procedimiento Administrativo.
D.O.F. 04/08/1994. Última Reforma D.O.F. 24/12/2013.
6. Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 1/05/1970. Última Reforma D.O.F. 30/11/2012.
7. Ley de Coordinación Fiscal.
D.O.F. 27/12/1978. Última Reforma 13/03/2002.
8. Ley General de Bienes Nacionales.
D.O.F. 20/05/2004. Última Reforma D.O.F. 07/07/2013
9. Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 4/01/2000. Última Reforma D.O.F. 16/01/2012.
10. Ley General de Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
D.O.F. 28/01/1988. Última Reforma D.O.F. 28/01/2011.
11. Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.
D.O.F. 01/07/1992. Última Reforma D.O.F. 28/09/2012.
12. Ley Federal Para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas Para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.
D.O.F. 19/04/1999.
13. Ley Federal de Derechos.
D.O.F. 31/12/1981. Última Reforma D.O.F. 13/06/2014.
14. Ley General de Profesiones y Disposiciones Relativas al Ejercicio de Profesiones.
D.O.F. 02/01/1974.
15. Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
D.O.F. 29/06/1992. Última Reforma D.O.F. 02/04/2014.
16. Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14/05/1986. Última Reforma D.O.F. 11/08/2014.
17. Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.
D.O.F. 31/12/1975. Última Reforma D.O.F. 26/12/2013.
18. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
D.O.F. 31/03/2007.
19. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
D.O.F. 31/12/1982. Última Reforma D.O.F. 24/12/2013.
20. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
D.O.F. 13/03/2002. Última Reforma D.O.F. 23/05/2014.
21. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11/06/2002. Última Reforma D.O.F. 08/06/2012.
23. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 30/03/2006. Última Reforma D.O.F. 24/01/2014.

25. Ley Federal de la Secretaría de la Función Pública Federal.
D.O.F. 27/09/2006.
26. Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas.
D.O.F. 4/01/2000. Última Reforma D.O.F. 23/05/2009

Leyes Estatales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala.
P.O. 13/01/1987. Última Reforma P.O. 13/08/2014.
2. Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 20/02/1985. Última Reforma P.O. 19/01/2012.
3. Ley de Asistencia Social del Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/03/2004.
4. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/12/2003.
5. Ley Orgánica Municipal del Estado de Tlaxcala.
P.O. 15/01/2001.
6. Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Tlaxcala.
P.O. 15/09/1993.
7. Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala.
P.O. 9/10/1995. Última Reforma P.O. 18/05/2005.
8. Ley del Procedimiento Administrativo del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 28/11/2001.
9. Ley de Control Constitucional del Estado de Tlaxcala.
P.O. 15/01/2002.
10. Ley Laboral de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 31/12/2007. Última Reforma P.O. 1/10/2009.
11. Ley de Asistencia Social Para el Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/03/2004.
12. Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado de Tlaxcala.
P.O. 21/12/2001.
13. Ley de Fiscalización Superior del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 15/01/2002. Última Reforma 10/11/2008.
14. Ley de Archivo del Estado de Tlaxcala.
P.O. 17/12/2003.
15. Ley de Ecología y de Protección al Ambiente del Estado de Tlaxcala.
P.O. 02/03/1994.

16. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado de Tlaxcala.
P.O. 06/01/2003.
17. Ley de la Comisión Estatal de derechos Humanos.
P.O. 14/06/1996. Última Reforma 25/09/2006.
18. Ley de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células para el Estado de Tlaxcala.
P.O. 13/10/2009.

Códigos:

1. Código Fiscal de la Federación.
D.O.F. 31/12/1981. Última Reforma 14/03/2014.
2. Código Penal Federal.
D.O.F. 14/08/1931. Última Reforma 14/07/2014.
3. Código Civil Federal.
D.O.F. 26/05/1928. Última Reforma 24/12/2013.
4. Código Nacional de Procedimientos Penales.
D.O.F. 05/03/2014.
5. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Tlaxcala.
P.O.E. 20/10/1976. Última Reforma 13/12/2013.

Reglamentos Federales:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 19/01/2004. Última Reforma D.O.F. 10/01/2011.
2. Reglamento de Insumos Para la Salud.
D.O.F. 04/02/1998. Última Reforma D.O.F. 19/09/2003.
3. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.
D.O.F. 06/01/1987. Última Reforma D.O.F. 02/04/2014.
4. Reglamento de Escalafón.
D.O.F. 17/06/2003.
5. Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
D.O.F. 27/05/2003.
6. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
D.O.F. 9/08/1999.
7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
D.O.F. 05/04/2004.

8. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

D.O.F. 20/02/1985. Última Reforma D.O.F. 26/03/2014.

9. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

D.O.F. 11/06/2013.

10. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

D.O.F. 28/06/2006. Última Reforma D.O.F. 25/04/2014.

Reglamentos Estatales:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

P.O. 05/12/2012.

Acuerdos Federales:

1. Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud, sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer, segundo y tercer nivel de atención médica.

D.O.F. 24/12/2002.

Acuerdos Estatales:

1. Acuerdo que establece las políticas generales del ejercicio del presupuesto, las medidas de mejora y modernización de la gestión administrativa y los lineamientos de austeridad del gasto público para el ejercicio fiscal 2015.

P.O. 31/12/2014.

Normas:

1. NOM-001-SSA2-1993 Que Establece los requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. D.O.F. 06/12/1994.

2. NOM-156-SSA1-1996 Salud ambiental, Requisitos técnicos para las Instalaciones en Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X. D.O.F. 26/09/1997.

3. NOM-066-SSA1-1993 Que Establecen las Especificaciones Sanitarias de las Incubadoras para Recién Nacidos. D.O.F. 25/07/1999.

4. NOM-167-SSA1-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores. D.O.F. 17/11/1999.

5. NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. D.O.F. 15/10/2012.
6. NOM-169-SSA1-1998, Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo. D.O.F. 19/11/1999.
7. NOM-173-SSA1-1998, Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad. D.O.F. 19/11/1999.
8. NOM-174-SSA1-1998, Para el Manejo Integral de la Obesidad. D.O.F. 12/04/2000.
9. NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. D.O.F. 30/05/1994. Resolución de modificación D.O.F. 16/06/2004.
10. NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio. D.O.F. 06/01/1995.
11. NOM-009-SSA2-1993, Para el Fomento de la Salud del Estado Escolar "SCHOLCHILD". D.O.F. 03/10/1994.
12. NOM-015-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en Atención Primaria. D.O.F. 27/03/2001.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y control de las Adicciones. D.O.F. 21/08/2009.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y control de la Hipertensión Arterial. D.O.F. 17/01/2001.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 Para la Atención a la Salud del Niño. D.O.F. 09/02/2001. Modificación D.O.F. 26/09/2006.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002 Para la Prevención y control de los Defectos al Nacimiento. D.O.F. 24/06/2014.
17. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002 Para la Prevención, Tratamiento y control de las Dislipidemias. D.O.F. 21/07/2003.
18. NOM-111-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Método para la cuenta de mohos y levaduras en alimentos. D.O.F. 13/10/1995.
19. NOM-113-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Método para la cuenta de microorganismos coliformes totales en placa. D.O.F. 24/09/1995.
20. NOM-114-SSA1-1994. Bienes y Servicios Método para la determinación de Salmonella en alimentos. D.O.F. 22/10/1995.
21. NOM-115-SSA1-1994. Bienes y Servicios Método para la determinación de Staphylococcus áureas. D.O.F. 24/10/1995.
22. NOM-131-SSA1-1995. Bienes y Servicios Alimentos para lactantes y niños de corta edad disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales 17/12/1997.
23. NOM-159-SCFI-2004. Bienes y Servicios. Huevo sus productos y derivados, Disposiciones y Especificaciones sanitarias. D.O.F. 2/11/2000.

24. NOM-184-SSA1-2002. Productos y Servicios. Leche fórmula láctea y producto lácteo combinado. Especificaciones Sanitarias. D.O.F. 23/10/2002.
25. NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. D.O.F. 06/01/1995.
26. NOM-020-SSA2-1994. Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia. D.O.F. 11/04/2000.
27. NOM-205-SSA1-2002. Práctica de la cirugía mayor ambulatoria. D.O.F. 07/08/2012.
28. NOM-066-SSA1-1993. Que establece las especificaciones sanitarias de las incubadoras para recién nacidos. D.O.F. 25/07/1995.
29. NOM-072-SSA1-1993. Etiquetado de medicamentos. D.O.F. 01/02/2000.
30. NOM-220-SSA1-1993. Instalación y operación de la Farmacovigilancia. D.O.F. 15/11/2004.
31. NOM-026-SSA2-1998. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. D.O.F. 26/01/2001.
32. NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. D.O.F. 13/01/2000.
33. NOM-170-SSA1-1998. Para la práctica de anestesiología. D.O.F. 10/01/2000.
34. NOM-171-SSA1-1998. Para la práctica de hemodiálisis. D.O.F. 29/01/1999.
35. NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. D.O.F. 08/03/2000.
36. NOM-205-SSA1-2005. Para la práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria. D.O.F. 27/07/2004.
37. NOM-206-SSA1-2002. Regulación de los Servicios de Salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. D.O.F. 15/09/2004.
38. NOM-208-SSA1-2002. Regulación de los Servicios de Salud para la práctica de la Ultrasonografía Diagnóstica. D.O.F. 04/03/2004.
39. NOM-233-SSA1-2003. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de la personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. D.O.F. 15/09/2004.
40. NOM-157-SSA1-1996. Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X. D.O.F. 29/09/1997.

Planes:

1. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
2. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021.

3. Relación de procedimientos

Proceso:

Referencia y contrarreferencia de pacientes entre unidades médicas del OPD Salud de Tlaxcala: de la identificación y referencia de pacientes a unidades médicas de primero, segundo o tercer nivel de atención a la contrarreferencia a su unidad médica de origen.

Procedimientos:

- Referencia y contrarreferencia de usuarios o afiliados al seguro popular de una unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención.
- Referencia y contrarreferencia de pacientes en el servicio de urgencias.
- Referencia y contrarreferencia de pacientes a servicio de consulta externa.
- Referencia y contrarreferencia de mujeres con embarazo de alto riesgo.
- Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de segundo nivel a clínica del dolor y cuidados paliativos.
- Referencia que garantiza el contacto con una unidad coordinadora de las unidades médicas móviles.
- Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención por enfermedad renal.
- Criterios de referencia y contrarreferencia de las 80 principales patologías de primer nivel a segundo nivel.

4. Políticas de Calidad

1. El sistema de referencia y contrarreferencia se constituye como un mecanismo de coordinación que permita dar respuesta efectiva al modelo de atención de salud pública en el estado de Tlaxcala.
2. La dirección de servicios de salud es la instancia responsable de regular el procedimiento de referencia y contrarreferencia a través de la coordinación de trabajo social y los subcomités va vigilar su cumplimiento.
3. La responsabilidad de la adecuada operación del sistema de referencia y contrarreferencia recae en los directores de los hospitales y en los jefes jurisdiccionales.

4. El personal de salud y médicos adscritos a las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud en el Estado, deberán apegarse a las actividades y procedimientos descritos en el presente manual y adaptarlo conforme a las necesidades de los pacientes, así como de los recursos disponibles para su realización.
5. En el caso que se tenga que referir a un paciente y no haya servicio de trabajo social será el jefe de guardia quien se encargue de realizar dicho trámite.
6. En la referencia cuando se presente alguna problemática social y/o caso médico legal; y va a ser referido a otra unidad el paciente, se anexará a la forma (SRC) y copia de la notificación médico legal con la finalidad de proporcionar información del caso y de seguimiento en la unidad de referencia al problema ya previamente identificado.
7. El médico deberá referir al paciente con el formato oficial del sistema de referencia y contrarreferencia (SRC).
8. El personal de trabajo social de las unidades médicas mensualmente cuantificará las referencias y contrarreferencia realizadas en el servicio a su cargo, con base a los sistemas de registro de pacientes referidos y contrarreferidos.
9. El personal de trabajo social de las jurisdicciones debe mantener comunicación continua con las unidades médicas donde refieren y contrarrefieren a los pacientes para hacer funcionar el sistema y llevar a cabo el seguimiento.
10. El responsable de trabajo social de cada unidad médica debe participar en las reuniones mensuales del comité de referencia y contrarreferencia de la unidad médica, donde se debe hacer una revisión obligada de las referencias y contrarreferencias realizadas por su unidad.
11. El coordinador de trabajo social realizará reuniones trimestrales entre hospitales y jurisdicciones con la finalidad de cruzar la información de referencia y contrarreferencia.
12. El responsable de trabajo social de la unidad médica, deberá observar que el trato que proporcionen las trabajadoras sociales a los usuarios en general sea en todo momento de manera profesional, cortés, respetuoso, oportuno y resolutivo, independientemente del lugar de origen y/o residencia.
13. Es responsabilidad del médico tratante elaborar con claridad el llenado del formato de referencia y contrarreferencia.

14. La atención médica será otorgada al paciente referido, independientemente del lugar de donde sea referido o lugar de origen.
15. Todos los pacientes pediátricos de (0 a 17 años con 11 meses) con sospecha de cáncer o hemofilia deberán ser referidos al Hospital Infantil de Tlaxcala.

5.- Descripción de procedimientos por área

5.1 Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención

1. Objetivo

Establecer el proceso de referencia y contrarreferencia que se da al referir a los pacientes a las unidades de los diferentes niveles de atención médica en el estado de Tlaxcala.

2. Alcance

Referencias de pacientes de las unidades de primer nivel a diferente nivel de atención.

3. Definición

Se aplica al proceso de referencia del paciente de primer nivel de atención a unidades hospitalarias de segundo nivel.

4. Políticas

- a. Es responsabilidad del médico tratante elaborar correctamente el formato de referencia y contrarreferencia y registrar en la hoja diaria del médico.
- b. El médico habla con familiar e informa del traslado del paciente a otra unidad médica y orienta sobre los trámites a seguir en el hospital de referencia.
- c. En caso que la referencia sea una urgencia y/o se trate de una mujer con embarazo de alto riesgo será el médico quien acompañe a la paciente y la entregue en el hospital de segundo nivel de atención.
- d. El médico responsable de la unidad de primer nivel reportara periódicamente a su jurisdicción de las referencias realizadas

- e. Todos los pacientes pediátricos con sospecha de diagnóstico de Cáncer Infantil o hemofilia deberá ser referido al Hospital Infantil de Tlaxcala para su abordaje y en caso de confirmación del diagnóstico continuar con el manejo independientemente del nivel de atención que lo esté atendiendo.

5. Referencias

- Comité jurisdiccional de referencia y contrarreferencia.
- Médico del centro de salud.
- Paciente.
- Familiar o responsable.
- Personal de trabajo social.

6. Responsabilidades

- Médico del centro de salud.

7. Procedimiento

Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención.		
Unidad que interviene	Actividad No.	Descripción
Paciente	1	• Solicita atención médica en la unidad de salud de primer nivel.
Unidad médica que refiere (médico)	2	• Valora al paciente y le brinda atención inmediata. • Registra en la hoja diaria del médico • Elabora resumen clínico.
Unidad médica que refiere (médico)	3	• Requiere trasladar al paciente a una unidad de segundo nivel.
Paciente	4	• Determina que no requiere atención en una unidad médica de apoyo y sigue la atención médica en primer nivel. • Fin del procedimiento
Unidad médica que refiere (médico)	5	• Determina que si requiere trasladar al paciente a una unidad médica de apoyo. • Elabora diagnóstico del paciente.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

		• Revisa el catálogo de servicios para verificar que la unidad médica a la que se refiere al usuario, cuente con el servicio solicitado. • Llena debidamente el formato del "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (SRC), con original y 2 copias y las entrega al paciente. • Habla con el familiar e informa la importancia del traslado del paciente a otra unidad médica.
Unidad Médica que refiere (trabajo social)	6	• Recibe original y copia del formato (SRC). • Registra en la libreta de control de la referencia del paciente. • Entrega original y copia del formato (SRC) con resumen clínico al paciente y/o familiar y lo orienta sobre la ubicación de la unidad de referencia y el procedimiento a seguir en la unidad para recibir el servicio.
Paciente	7	• Durante los 5 días hábiles posteriores a su consulta, se presentara en la unidad médica a la que fue referido acompañado de un familiar.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social)	9	• Recibe al paciente, sella de recibido el formato (SRC) y registra la referencia en la libreta de control y genera cita con el médico.
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	10	• Brinda atención médica. • Extiende receta considerando medicamentos para un periodo de 5 días, si necesita más días de tratamiento tendrá que obtenerlos en la unidad médica de origen. • Determina cuando se ha resuelto el caso por el que se refirió al paciente, requisita los apartados de contrarreferencia del formato (SRC). • Indicar al paciente y familiar que tienen que presentarse en la unidad de origen en un lapso no mayor a 5 días hábiles, para entregar el formato de contrarreferencia y continuar su tratamiento de ser necesario.
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	11	• Determina cuando se ha resuelto el caso por el que se refirió al paciente y decide contrarreferir a la unidad de origen. • Llena debidamente el formato (SRC) original y copia en la parte de contrarreferencia y

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

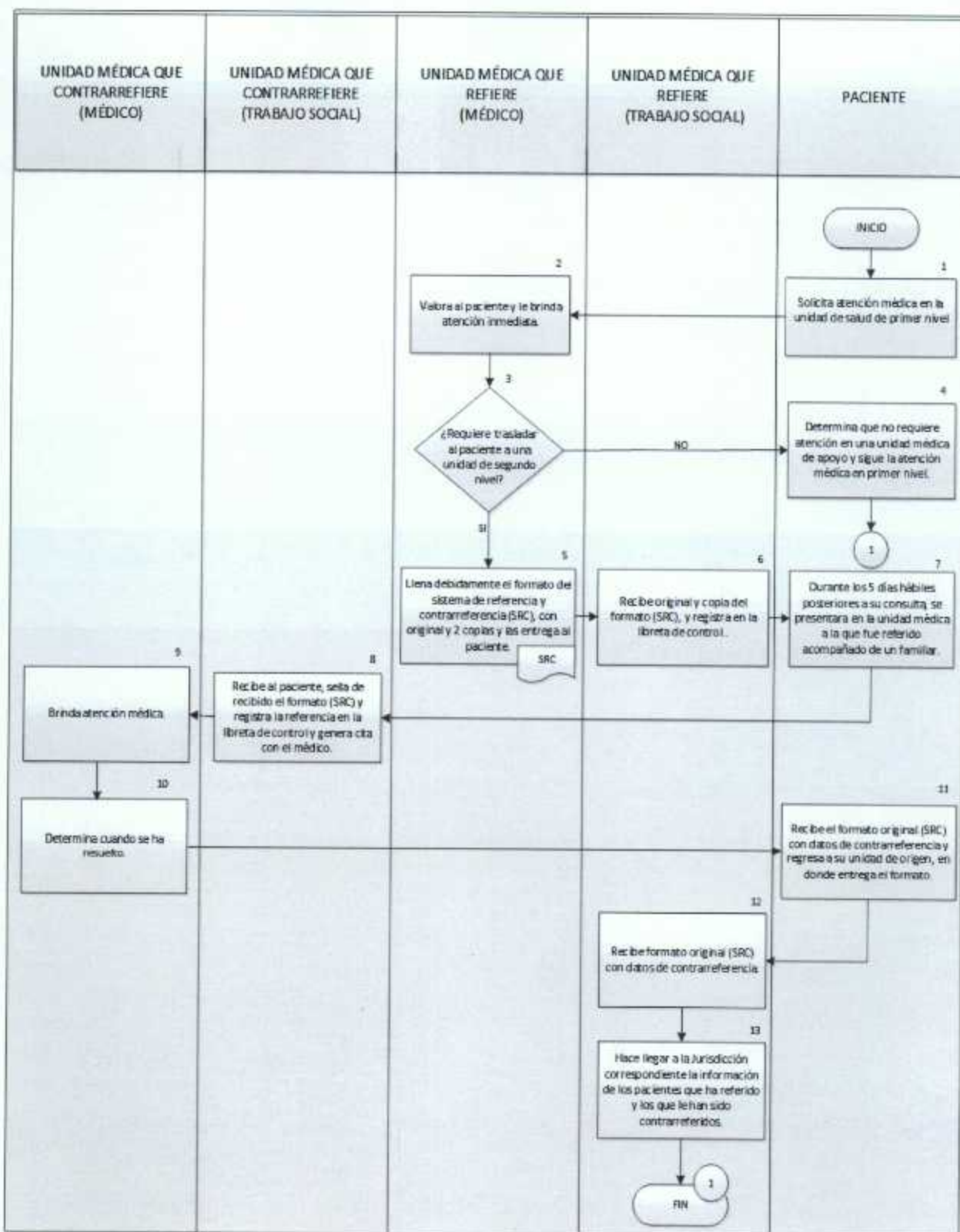
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

		especifica el tratamiento (medicamento, dosis, tiempo).
Paciente	12	• Recibe el formato original (SRC) con datos de contrarreferencia y regresa a su unidad de origen, en donde entrega el formato.
Unidad médica que refiere (trabajo social)	13	• Recibe formato original (SRC) con datos de contrarreferencia. • Firma de recibido la hoja de egreso. • Programa consulta subsecuente al paciente. • Registra folio y datos del paciente en la libreta de registro de pacientes referidos y contrarreferidos. • Anexa al expediente clínico la copia de la forma (SRC) hoja verde firmada por el paciente y familiar. • Hace llegar a trabajo social de la jurisdicción correspondiente la información de los pacientes que ha referido y los que le han sido contrarreferidos así como los folios de cada uno de ellos.
Fin del procedimiento		

8. Formatos

- Sistema de referencia y contrarreferencia (SRC).
- Información de referencia y contrarreferencia en el área de trabajo social, en electrónico o en libreta de control.

9. Flujograma de referencia de pacientes a las unidades médicas de primer nivel.



5.2 Referencia y contrarreferencia de pacientes en el servicio de urgencias

1. Objetivo

Establecer el proceso de referencia y contrarreferencia que se da al enviar a los pacientes a las unidades de los diferentes niveles de atención médica en el Estado de Tlaxcala.

2. Alcance

Referencias y contrarreferencia en el servicio de Urgencias en Hospitales.

3. Definición

Se aplica al proceso de referencia del paciente del servicio de urgencias que amerite atención inmediata, para ser atendido en la unidad de salud correspondiente.

4. Políticas

- a. El personal de trabajo social deberá efectuar el registro de folio de los pacientes referidos y contra-referidos en las libretas para dicho fin.
- b. Es responsabilidad del médico tratante elaborar correctamente el formato de referencia y contrarreferencia y notificarle a trabajo social.
- c. El médico que refiere tendrá que exponer el caso al médico que recibe vía telefónica.
- d. Los pacientes de primer nivel de atención se referirán a un segundo nivel, si el hospital receptor después de valorar a paciente considera que debe recibir atención de tercer nivel este será quien realice la referencia correspondiente. Esto con el fin de optimizar los recursos disponibles y la infraestructura en salud.

5. Referencias

- Director de la unidad médica.
- Médico de urgencias.
- Médico que refiere.
- Trabajo social.
- Personal de ambulancia.
- Paciente.
- Familiar responsable.

6. Responsabilidades

- Director de la unidad médica.
- Médico de Urgencias.

7. Procedimiento

Referencia y contrarreferencia de pacientes en el servicio de urgencias		
Unidad que interviene	Actividad No.	Descripción
Unidad médica que refiere (médico)	1	• Determina la necesidad de trasladar al paciente a una unidad médica de apoyo.
Unidad médica que refiere (trabajo social o jefe de guardia)	2	• Se comunica vía telefónica con la unidad de referencia para que el paciente sea recibido, y comunica al Doctor que refiere con el Doctor que recibe la referencia.
Unidad Médica que contrarrefiere (trabajo social o jefe de guardia)	3	• Recibe llamada y la comunica con el médico que aceptará la referencia para que le informen las condiciones de salud del paciente.
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	4	• Recibe comunicado e informa a la trabajadora social de la unidad médica que refiere, la aceptación del paciente.
Unidad médica que refiere (médico)	5	• Llena el formato "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" SRC con original y 2 copias. • Reúne los documentos para la referencia (resultado de estudios especiales, de laboratorio, placas, etc. Según sea el caso) • Da aviso a trabajo social de la necesidad de trasladar al paciente a una unidad médica de apoyo.
Unidad médica que refiere (médico)	6	• Habla con el familiar e informa del traslado del paciente a otra unidad médica. • En caso de que no se encuentre presente el familiar, el trabajador social localiza al familiar o responsable para que acompañe al paciente en la referencia y se haga cargo de los trámites respectivos. • Orienta sobre los trámites a seguir en el hospital de referencia.

Unidad médica que refiere (trabajo social o jefe de guardia)	7	• Avisa del traslado al personal de la ambulancia • En caso que no cuente con ambulancia disponible pedirá apoyo a la red de ambulancias. • Verifica que esté presente el familiar o responsable • En los turnos que no haya trabajo social será el Jefe de guardia quien informe al paramédico de la ambulancia sobre el traslado.
Unidad médica que refiere (trabajo social o jefe de guardia)	8	• Entrega hoja de referencia debidamente requisitadas al paramédico de ambulancia señalándole en la parte superior de la hoja el nombre de la unidad médica y servicio al que se envía y en la parte inferior indica el médico que acepta la referencia.
Paramédico de la ambulancia	9	• Recibe el formato (SRC) y las indicaciones necesarias. • Traslada al paciente a la unidad médica que apoya. • Entrega en trabajo social el formato original (SRC) y solicita el sello de recibido en copia del formato para entregarlo a la trabajadora social de la unidad de origen, para su archivo.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social o jefe de guardia)	10	• Recibe al paciente, sella de recibido el formato (SRC) y da aviso al médico correspondiente. • Anota, folio y datos de la referencia y contrarreferencia. • Anexa en el expediente clínico la forma (SRC) hoja color azul. • Trabajo social se queda con la copia de los talones de la hoja de referencia formato (SRC) para control y cruce de información.

Unidad médica que contrarrefiere (médico)	11	• Brinda atención médica necesaria al paciente.
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	12	• Determina cuando se ha resuelto el caso por el que se refirió al paciente y decide contrarreferir a la unidad de origen. • Llena debidamente el formato (SRC) original y copia en la parte de contrarreferencia y especifica el tratamiento (medicamento, dosis, tiempo) con indicaciones precisas si requerirá de envío nuevamente en 6 meses, un año, o si es dado de alta definitiva y en caso necesario reenviarlo de primera vez, quedando copia de la contrarreferencia en el expediente. • Da indicaciones específicas al paciente y/o familiar o responsable y lo(s) envía a trabajo social para que este registre los datos de la contrarreferencia en la libreta para dicho fin. • Entrega forma (SRC) debidamente requisitadas al trabajador social. • Da al paciente la receta para acceder a la dotación de medicamentos que requiera.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social o jefe de guardia)	13	• Recibe formato (SRC), y se comunica con la trabajadora social de la unidad médica que refirió al usuario. • Informa al médico y a la enfermera, que todo está listo para la contrarreferencia y entrega. • Informa a familiares del paciente, que será trasladado a la unidad médica de origen y solicita ambulancia para el traslado del paciente.
Unidad Médica que contrarrefiere (Enfermería)	14	• Prepara al paciente, lo acompaña hasta la ambulancia para el traslado y entrega formato (SRC) al paramédico de la ambulancia.
Paramédico de la ambulancia	15	• Traslada al usuario a la unidad médica de origen y lo entrega en la oficina de admisión.
Paramédico de la ambulancia	16	• Entrega el formato (SRC) a la trabajadora social de la unidad médica de origen.

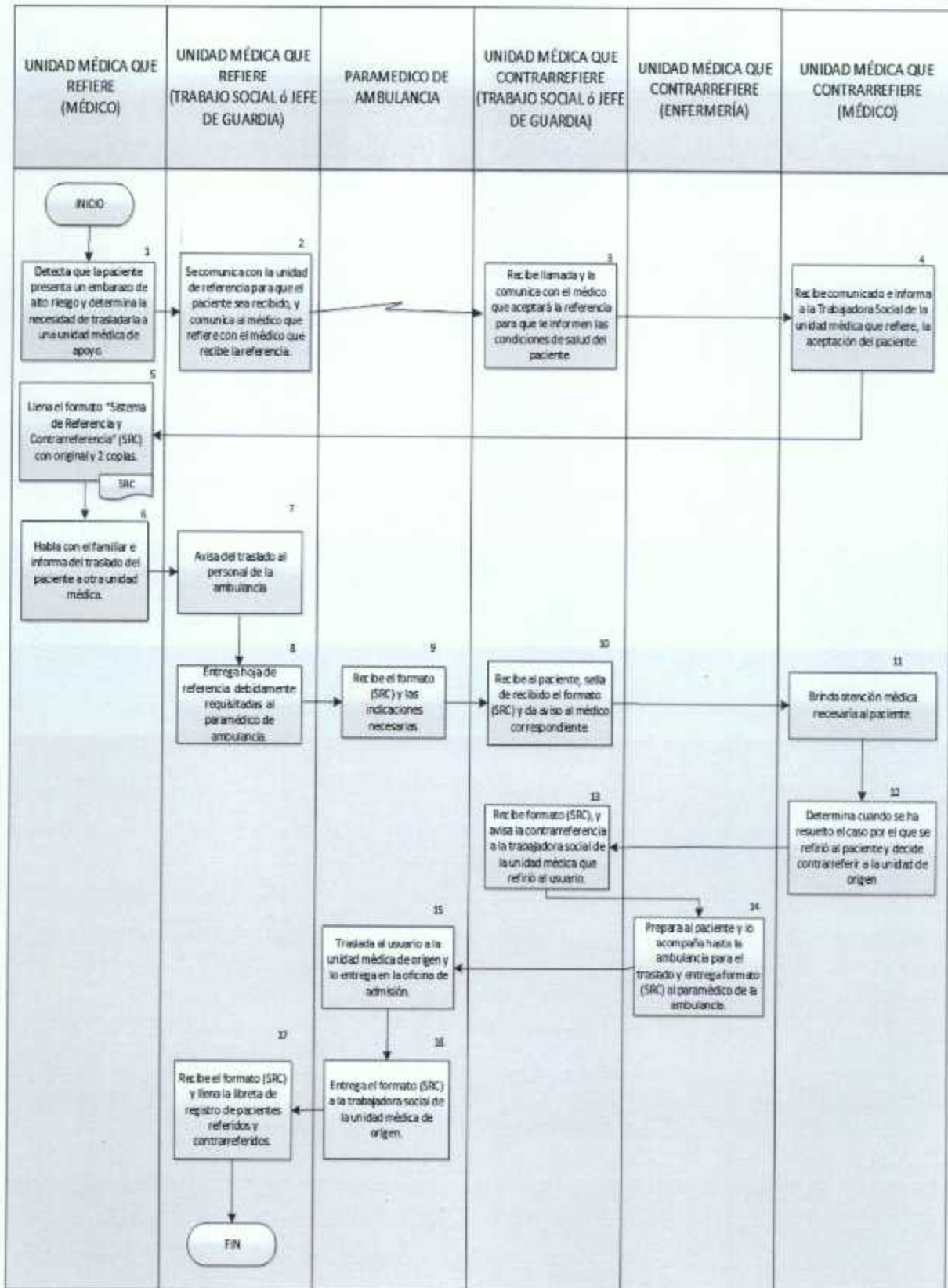
		• Solicita el sello de recibido en copia del formato para entregarlo a la trabajadora social de la unidad que contrarrefiere, para su archivo.
Unidad Médica que refiere (trabajo social o jefe de guardia)	17	• Recibe el formato (SRC), registra folio y datos del paciente en la libreta de registro de Pacientes referidos y contra-referidos. • Anexa al expediente clínico la copia de la forma (SRC) hoja verde, Firmada por el paciente, familiar o responsable.
Fin del procedimiento		

8. Formatos

- Sistema de referencia y contrarreferencia (SRC).
- Información de referencia y contrarreferencia en el área de trabajo social, en electrónico o en libreta de control.

9. Flujograma de referencia y contrarreferencia de pacientes en el servicio de urgencias

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



5.3 Referencia y contrarreferencia de pacientes a servicio de consulta externa

1. Objetivo

Efectuara el seguimiento de los pacientes que han sido referidos a consulta externa con el propósito de verificar que estos realicen el proceso adecuado para su atención.

2. Alcance

Referencia de pacientes en el servicio de consulta externa

3. Definición

Se aplica al proceso de referencia a los pacientes no internados y cuyo padecimiento permite acudir al hospital. La atención en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción del tratamiento: comprende principalmente lo que es medicina preventiva, medicina general y medicina de especialidades.

4. Políticas

- a. El personal de trabajo social debe efectuar el registro de folio de los pacientes referidos y contrarreferidos en el formato electrónico o en las libretas para dicho fin.
- b. Es responsabilidad del paciente o familiar realizar el trámite de referencia a consulta externa de segundo nivel y tercer nivel de atención ante la unidad médica que se le indique, para lo cual el médico tratante informará correctamente el trámite o gestión que debe realizar y después debe pasar a trabajo social a registrar su referencia.
- c. Los pacientes de primer nivel de atención se referirán a un segundo nivel, si el hospital receptor después de valorar al paciente considera que debe recibir atención de un tercer nivel, este será quien realice la referencia correspondiente. Esto con el fin de optimizar los recursos disponibles y la infraestructura en salud.
- d. Los pacientes que sean referidos al servicio de consulta externa de un hospital de segundo de segundo nivel tendrán que presentarse a trabajo social para el registro y seguimiento correspondiente de dicha referencia. En un lapso no mayor a 5 días después de que se les de la hoja de referencia.
- e. En todos los casos de referencia el personal de trabajo social, orientará e informará al paciente o familiar del nombre y domicilio de la unidad a donde se envía y se detallara el procedimiento a seguir, haciendo énfasis de la vigencia del formato y la importancia del regreso a su unidad de origen, acompañado de la hoja de contrarreferencia.

- f. Es responsabilidad del paciente y familiar presentarse en los cinco días posteriores a su expedición en la unidad de referencia que se le envié, en los 5 días posteriores a su expedición.
- g. Debe existir una constante coordinación y comunicación entre el personal de trabajo social de los diferentes niveles de atención en las unidades médicas, para que en el caso de que un paciente no haya asistido a la consulta de la unidad médica de referencia, por jurisdicciones se realicen las visitas domiciliarias, para saber la situación que guarda su estado de salud y el motivo por el que no asistió a la unidad médica.
- h. El médico que refiere, debe usar el formato SRC.
- i. La referencia tendrá como contraparte la contrarreferencia de un paciente y deberá complementarse correctamente con el propósito de que permita apoyar el seguimiento médico en la unidad de origen y fortalecer los diagnósticos de subsecuentes referencias con certeza.
- j. Cuando el paciente de segundo nivel requiere ser atendido en una unidad médica de tercer nivel, el médico de segundo nivel deberá efectuar el procedimiento de referencia de acuerdo a lo establecido, en los procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- k. La contrarreferencia debe llevar claramente especificado el diagnóstico con el que el paciente fue tratado, así como las recomendaciones para el manejo que debe dársele en la unidad médica de origen.

5. Referencias

- Director de unidad médica.
- Médico de consulta externa.
- Médico que refiere.
- Trabajo social.
- Personal de ambulancia.
- Paciente.
- Familiar responsable.

6. Responsabilidades

- Director de unidad médica.
- Médico de consulta externa.

7. Procedimiento

Referencia y contrarreferencia de pacientes a servicio de consulta externa		
Unidad que interviene	Actividad No.	Descripción
Unidad médica que refiere (médico)	1	▪ Determina la necesidad de trasladar al paciente a una unidad médica de apoyo. ▪ Elabora debidamente el formato del sistema de referencia y contrarreferencia (SRC) original y dos copias. ▪ Reúne los documentos para la referencia (resultado de estudios especiales, de laboratorio, placas, etc. Según sea el caso)
Unidad médica que refiere (trabajo Social)	2	▪ Recibe formato (SRC) en original y copia, registra en libreta de control. ▪ Le brinda información al paciente, sobre la Unidad Médica a la que ha sido referido y los trámites que debe realizar.
Paciente	3	▪ Durante los cinco días hábiles posteriores a su consulta, Se presentara en la unidad médica a la que fue referido, en el servicio de trabajo social.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social)	4	▪ Recibe al paciente con el formato (SRC) debidamente requisitado. ▪ Registra el folio y datos en la libreta de referencia y contrarreferencia para efectuar su seguimiento hasta su contrarreferencia. ▪ Checa en la hoja de referencia cual es la especialidad a la que deberá presentarse el paciente. ▪ Da indicaciones claras al paciente para presentarse a consulta con el médico especialista señalando el consultorio o la fecha de su cita.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

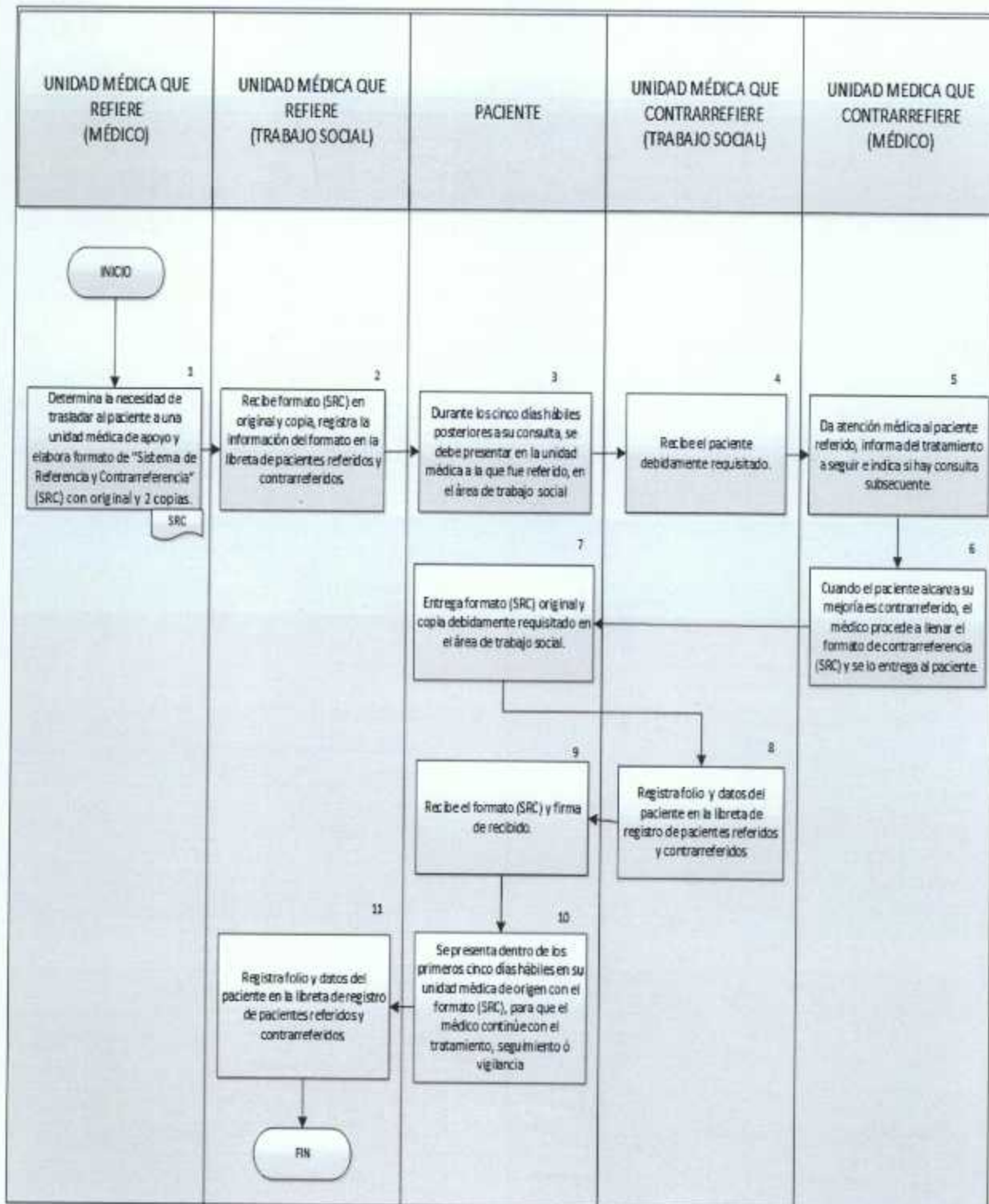
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	5	▪ Da atención médica al paciente referido e informa del tratamiento a seguir. ▪ Indicará si hay consulta subsecuente, para que el paciente repita el proceso de sacar cita en trabajo social de la unidad médica referida. ▪ Cuando el paciente de segundo nivel requiere ser atendido en una unidad médica de tercer nivel, el médico deberá efectuar el procedimiento de referencia de acuerdo a lo establecido, en el procedimiento de referencia y contrarreferencia de pacientes.
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	6	▪ Cuando el paciente alcanzó su mejoría y debe seguir su vigilancia o continuar su tratamiento en la unidad de origen, procede a llenar correctamente el formato de contrarreferencia (SRC) en original y copia y se lo entrega al paciente. ▪ Da indicaciones específicas al paciente y/o familiar o Responsable y lo(s) envía a trabajo social para que esté registre folio y datos de la contrarreferencia en la libreta para dicho fin.
Paciente	7	▪ Entrega formato (SRC) original y copia debidamente requisitado a trabajo social.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social)	8	▪ Registra folio y datos del paciente en la libreta de registro de pacientes referidos y contrarreferidos. ▪ Al recibir la forma (SRC) debidamente requisitadas sensibiliza a los familiares o responsable para que acudan a la unidad médica de origen en un plazo no mayor a 5 días hábiles.
Paciente	9	▪ Recibe original de la forma (SRC) hoja blanca y firma de recibido, para presentarse en la Unidad Médica de origen.

Paciente	10	Se presenta dentro de los primeros cinco días hábiles en su unidad médica de origen con su hoja de contrarreferencia, para que el médico continúe con el tratamiento seguimiento o vigilancia.
Unidad médica que refiere (trabajo social)	11	- Registra folio y datos del paciente en la libreta de registro de Pacientes referidos y contrarreferidos. - Anexa al expediente clínico la copia del formato (SRC) hoja verde firmada por el paciente, familiar o responsable. - Agenda cita para consulta.
Fin del procedimiento		

8. Formatos

- Sistema de referencia y contrarreferencia (SRC).
- Información de referencia y contrarreferencia en el área de trabajo social, en electrónico o en libreta de control.

9. Flujograma de referencia y contrarreferencia de pacientes a servicio de consulta externa



5.4 Referencia y contrarreferencia de mujeres con embarazo de alto riesgo.

1. Objetivo

Brindar atención médica oportuna y de calidad a pacientes con embarazo de alto riesgo, garantizando la integridad de la paciente y del producto.

2. Alcance

Referencias de mujeres con embarazo de alto riesgo.

3. Definición

Se aplica el proceso de referencia a las madres que presenten un embarazo de alto riesgo en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.

Para identificar un embarazo de alto riesgo, se evalúa a la mujer embarazada para determinar si presenta condiciones o características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo (factores de riesgo). A los factores de riesgo se les asigna una puntuación que se corresponde con el grado de riesgo. El hecho de identificar un embarazo de alto riesgo asegura que la mujer que más necesita atención médica efectivamente la reciba.

4. Políticas

- a. Es responsabilidad del médico tratante elaborar correctamente el formato de referencia y contrarreferencia y notificarle a trabajo social. En caso de urgencia el médico que refiere tendrá que exponer el caso al médico que recibe vía telefónica.
- b. El personal de trabajo social deberá efectuar el registro de folio de los pacientes referidos y contrarreferidos en las libretas para dicho fin.
- c. En todos los casos de referencia el Trabajador Social orientara e informara al paciente o familiar del nombre y domicilio de la unidad a donde se envía y se detallara el procedimiento a seguir, haciendo énfasis en la importancia del regreso a su unidad de origen.
- d. Debe existir una constante coordinación y comunicación entre los trabajadores sociales de los diferentes niveles de atención en las unidades médicas. Para que en el caso de que la paciente no haya asistido a la consulta a la unidad médica de referencia reciba una visita domiciliaria por parte del personal de la jurisdicción correspondiente para saber la situación que guarda su estado de salud y el motivo por el que no asistió a la unidad médica.

- e. Debe existir una constante coordinación y comunicación entre los trabajadores sociales de los diferentes niveles de atención en las unidades médicas. Para que en el caso de que la paciente no haya asistido a la consulta en la unidad médica de referencia; por jurisdicciones se realicen las visitas domiciliarias para saber la situación que guarda su estado de salud y el motivo por el que no asistió a la unidad médica.
- f. La referencia tiene como contraparte la contrarreferencia de un paciente y debe complementarse correctamente con el propósito de que permita apoyar el seguimiento médico en la unidad de origen y fortalecer los diagnósticos de subsecuentes referencias.
- g. La contrarreferencia debe llevar claramente especificado el diagnóstico con el que el paciente fue tratado, así como las recomendaciones para el manejo que debe seguir en la unidad de origen.
- h. El médico tratante debe citar por lo menos dos veces a consulta a la paciente que presente embarazo de riesgo antes de contrarreferir a su unidad de origen.

5. Referencias

- Director de la unidad médica.
- Médico de urgencias.
- Médico que refiere.
- Trabajo social.
- Personal de ambulancia.
- Paciente.
- Familiar responsable.

6. Responsabilidad

- Director de la unidad médica.
- Médico de urgencias.

7. Procedimiento

Referencia y contrarreferencia de mujeres con embarazo de alto riesgo		
Unidad que interviene	Actividad No.	Descripción
Unidad médica que refiere (médico)	1	• Detecta que la paciente presenta un embarazo de alto riesgo y determina la necesidad de trasladarla a una unidad médica de apoyo.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Unidad médica que refiere (trabajo social o jefe de guardia)	2	Se comunica vía telefónica con la unidad de referencia para que el paciente sea recibido, y comunicando al médico que refiere con el médico que recibe la referencia.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social o jefe de guardia)	3	Recibe llamada y la comunica con el médico que aceptará la referencia para que le informen las condiciones de salud del paciente.
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	4	Recibe comunicado e informa a la trabajadora social de la unidad médica que refiere, la aceptación de la paciente.
Unidad médica que refiere (médico)	5	- Llena el formato "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" SRC con original y dos copias. - Reúne los documentos para la referencia (ultrasonido, estudios de laboratorio, placas, etc. Según sea el caso) - Da aviso a trabajo social de la necesidad de trasladar al paciente a una unidad médica de apoyo.
Unidad médica que refiere (trabajo social o jefe de guardia)	6	- Habla con el familiar e informa del traslado del paciente a otra unidad médica. - En caso de que no se encuentre presente el familiar, el trabajador social localiza al familiar o responsable para que acompañe al paciente en la referencia y se haga cargo de los trámites respectivos. - Orienta sobre los trámites a seguir en el hospital de referencia.
Unidad médica que refiere	7	Avisa del traslado al personal de la ambulancia

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

(trabajo social o jefe de guardia)		• En caso que no cuente con ambulancia disponible pedirá apoyo a la red de ambulancias. • Verifica que esté presente el familiar o responsable • En los turnos que no haya trabajo social será el jefe de guardia quien informe al paramédico de la ambulancia sobre el traslado.
Unidad médica que refiere (trabajo social o jefe de guardia)	8	• Entrega hoja de referencia debidamente requisitadas al paramédico de ambulancia señalándole en la parte superior de la hoja el nombre de la unidad médica y servicio al que se envía y en la parte inferior indica el médico que acepta la referencia.
Paramédico de la ambulancia	9	• Recibe el formato (SRC) y las indicaciones necesarias. • Traslada a la paciente a la unidad médica que apoya. • Entrega en trabajo social el formato original (SRC) y solicita el sello de recibido en copia del formato para entregarlo a la trabajadora social de la unidad de origen, para su archivo.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social)	10	• Recibe a la paciente, sella de recibido el formato (SRC) y da aviso al médico correspondiente. • Anota, folio y datos de la referencia y contrarreferencia. • Anexa en el expediente clínico la forma (SRC) hoja color azul. • Trabajo social se queda con la copia de los talones de la hoja de referencia formato (SRC) para control y cruce de información.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

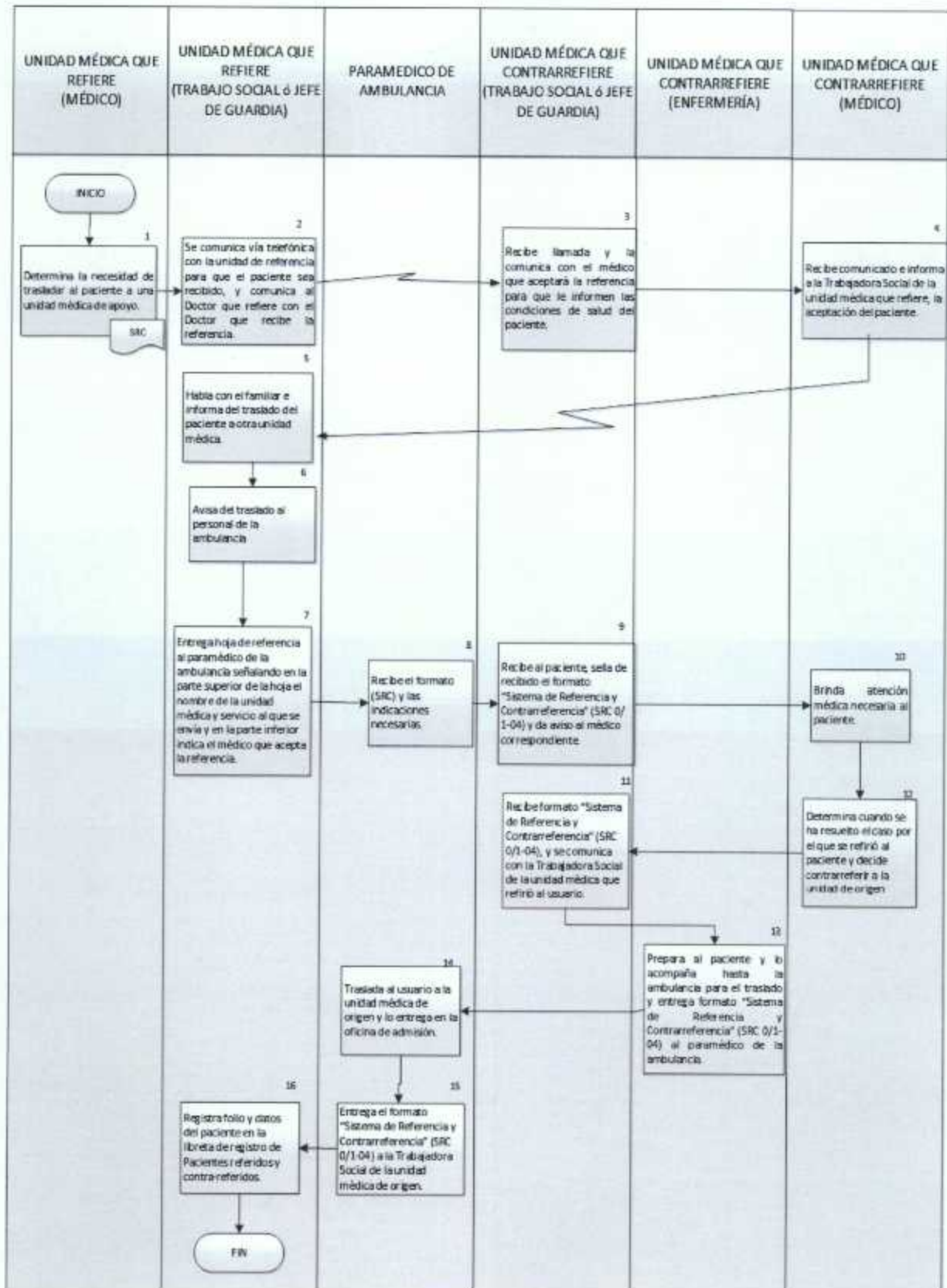
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	11	• Brinda atención médica necesaria a la paciente.
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	12	• Determina cuando se ha resuelto el caso por el que se refirió a la paciente y decide contrarreferir a la unidad de origen. • Llena debidamente el formato (SRC) original y copia en la parte de contrarreferencia y especifica el tratamiento (medicamento, dosis, tiempo) con indicaciones precisas si requerirá de envío nuevamente en 6 meses, un año, o si es dado de alta definitiva y en caso necesario reenviarlo de primera vez, quedando copia de la contrarreferencia en el expediente. • Da indicaciones específicas al paciente y/o familiar o responsable y lo(s) envía a trabajo social para que este registre los datos de la contrarreferencia en la libreta para dicho fin. • Entrega forma (SRC) debidamente requisitadas al trabajador social. • Da al paciente la receta para acceder a la dotación de medicamentos que requiera.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social)	13	• Recibe formato (SRC) y se comunica con la trabajadora social de la unidad médica que refirió al usuario. • Informa al médico y a la enfermera, que todo está listo para la contrarreferencia y entrega. • Informa a familiares del paciente, que será trasladado a la unidad médica de origen y solicita ambulancia para el traslado del paciente.
Unidad médica que contrarrefiere (enfermera)	14	• Prepara al paciente, lo acompaña hasta la ambulancia para el traslado y entrega formato (SRC) al paramédico de la ambulancia.

Paramédico de la ambulancia	15	• Traslada al usuario a la unidad médica de origen y lo entrega en la oficina de admisión.
	16	• Entrega el formato (SRC) a la trabajadora social de la unidad médica de origen. • Solicita el sello de recibido en copia del formato para entregarlo a la trabajadora social de la unidad que contrarrefiere, para su archivo.
Unidad médica que refiere (trabajo social o jefe de guardia)	17	• Registra folio y datos del paciente en la libreta de registro de pacientes referidos y contrarreferidos. • Anexa al expediente clínico la copia de la forma (SRC) hoja verde, firmada por el paciente, familiar o responsable.
Fin del procedimiento		

8. Formatos

- Sistema de referencia y contrarreferencia (SRC).
- Información de referencia y contrarreferencia en el área de trabajo social, en electrónico o en libreta de control.

9. Flujoograma de referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo



5.5 Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de segundo nivel a clínica del dolor y cuidados paliativos

1. Objetivo

Establecer el proceso de referencia y contra referencia que se da al referir a los pacientes de las unidades de segundo nivel a clínica del dolor y cuidados paliativos en el estado de Tlaxcala.

2. Alcance

Referencias de pacientes de las unidades de segundo nivel a clínica del dolor y cuidados paliativos.

3. Definición

Se aplica al proceso de referencia del paciente de segundo nivel a clínica del dolor y cuidados paliativos.

4. Políticas

- a. Es responsabilidad del médico tratante elaborar correctamente el formato de referencia y contrarreferencia y registrar en la hoja diaria del médico.
- b. El médico habla con familiar e informa del envío del paciente a la clínica del dolor y cuidados paliativos para su atención y orienta sobre los trámites a seguir en dicha unidad.
- c. El médico responsable de la unidad de segundo nivel reportara periódicamente a su jurisdicción de las referencias realizadas a clínica del dolor y cuidados paliativos.
- d. El médico responsable de la clínica del dolor y cuidados paliativos reportara periódicamente a su jurisdicción de las contra referencias realizadas.
- e. Todos los pacientes referidos a clínica del dolor y cuidados paliativos se enviaran con los siguientes estudios de extensión: biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación.
- f. Todos los pacientes enviados a clínica del dolor y cuidados paliativos acudirán con una libreta profesional donde se anotará la evolución del paciente (libreta de síntomas).
- g. Se enviarán a clínica del dolor y cuidados paliativos a todos los pacientes con dolor crónico oncológico y no oncológico de difícil control con EVA 6 /10.
- h. Se enviarán pacientes con enfermedades crónicas degenerativas:
 - Diabetes mellitus; neuropatía diabética (cuestionario DN4 4/10).
 - Enfermedades autoinmunes: artritis reumatoide, osteoartritis, osteoartritis, fibromialgia.
- i. Se enviarán a clínica del dolor y cuidados paliativos pacientes con:
 - Radiculopatías (con potenciales sensitivos de dermatómas afectados, tomografía de columna correspondiente al área anatómica afectada, tomografía con fase T1 y T2).

- Lumbalgias secundarias a hernias de disco (con tomografía con fase T1 y T2).
 - Dolor neuropático.
 - Síndrome de miembro fantasma, síndrome regional complejo tipo II (cuestionario DN-4 4/10).
 - Dolor óseo secundario a cáncer.
- j. Se enviarán a clínica del dolor y cuidados paliativos a todos los pacientes con diagnóstico de Cáncer que ya estén en tratamiento de quimioterapia o radioterapia para manejo de dolor y síntomas pos quimioterapia o radioterapia.
- k. Se enviarán a clínica del dolor y cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades terminales con escala de ECOG III, Escala Karnofsky de 50.
- l. Se enviarán a clínica del dolor y cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades terminales que se encuentren fuera de tratamiento médico curativo.

5. Referencias

- Comité jurisdiccional de referencia y contra referencia.
- Médico tratante.
- Paciente.
- Familiar o responsable.
- Personal de trabajo social.

6. Responsabilidades

- Médico tratante.
- Médico responsable de clínica del dolor y cuidados paliativos.
- Trabajo social unidad que refiere.
- Trabajo social unidad que contrarrefiere.

7. Procedimiento

Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención.		
Unidad que interviene	Actividad No.	Descripción
Paciente	1	• Solicita atención médica en la unidad de salud de segundo nivel.
Unidad médica que refiere (médico)	2	• Valora al paciente y le brinda atención inmediata. • Registra en la hoja diaria del médico. • Emite un diagnóstico. • Elabora resumen clínico. • Aplica escalas de acuerdo a diagnóstico del paciente.

[Handwritten signature and initials]

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

		• Solicita laboratorios y estudios de extensión de acuerdo al diagnóstico del paciente.
Unidad médica que refiere (médico)	3	• ¿Requiere enviar al paciente a la clínica del dolor y cuidados paliativos?
Paciente	4	• Determina que no requiere atención en la clínica del dolor y cuidados paliativos y sigue la atención médica en segundo nivel. • Fin del procedimiento.
Unidad Médica que refiere (Médico)	5	• Determina que si requiere enviar al paciente a la clínica del dolor y cuidados paliativos. • Elabora diagnóstico del paciente. • Solicita laboratorios así como estudios de gabinete según sea el diagnóstico. • Llena debidamente el formato del "Sistema de Referencia y Contra referencia" (SRC), con original y 2 copias y las entrega al paciente. • Realiza formatos de Escalas según sea el diagnóstico. • Habla con el familiar e informa la importancia del traslado del paciente a clínica del dolor y cuidados paliativos.
Unidad Médica que refiere (trabajo social)	6	• Recibe original y copia del formato (SRC). • Registra en la libreta de control de la referencia del paciente. • Entrega original y copia del formato (SRC) con resumen clínico al paciente y/o familiar y lo orienta sobre la ubicación de la unidad de referencia y el procedimiento a seguir en la unidad para recibir el servicio.
Paciente	7	• Durante los 5 días hábiles posteriores a su consulta, se presentara en la clínica del dolor acompañado de un familiar y con resultados de auxiliares de diagnóstico correspondientes.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social)	8	• Recibe al paciente, sella de recibido el formato (SRC) y registra la referencia en la libreta de control y genera cita con el médico. • Paciente candidato a tratamiento y seguimiento en clínica del dolor y cuidados paliativos se agenda cita subsecuente.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Unidad médica que contrarrefiere (médico)	9	• Brinda atención médica. • Si el paciente amerita tratamiento y seguimiento en clínica del dolor y cuidados paliativos se integra expediente clínico. • Se extiende receta considerando medicamentos para un periodo de 5 días, si el paciente puede ser tratado en su unidad de referencia. Si el paciente requiere más días de tratamiento tendrá que obtenerlos en la unidad médica de referencia. • Determina cuando se ha resuelto el caso por el que se refirió al paciente, requisita los apartados de contra referencia del formato (SRC). • Indicar al paciente y familiar que tienen que presentarse en la unidad de origen en un lapso no mayor a 5 días hábiles, para entregar el formato de contra referencia y continuar su tratamiento en su unidad de referencia.
Unidad médica que contrarrefiere (médico)	10	• Determina cuando se ha resuelto el caso por el que se refirió al paciente a clínica del dolor y cuidados paliativos y decide contra referir a la unidad de referencia. • Llena debidamente el formato (SRC) original y copia en la parte de contra referencia y especifica el tratamiento (medicamento, dosis, tiempo).
Paciente	11	• Recibe el formato original (SRC) con datos de contra referencia y regresa a su unidad de origen, en donde entrega el formato.
Unidad médica que contrarrefiere (trabajo social)	12	• Recibe formato original (SRC) con datos de contra referencia. • Firma de recibido la hoja de egreso. • Programa consulta subsecuente al paciente. • Registra folio y datos del paciente en la libreta de registro de pacientes referidos y contra referidos. • Anexa al expediente clínico la copia de la forma (SRC) hoja verde firmada por el paciente y familiar. • Hace llegar a trabajo social de la jurisdicción correspondiente la información de los pacientes que ha referido y los que le han sido

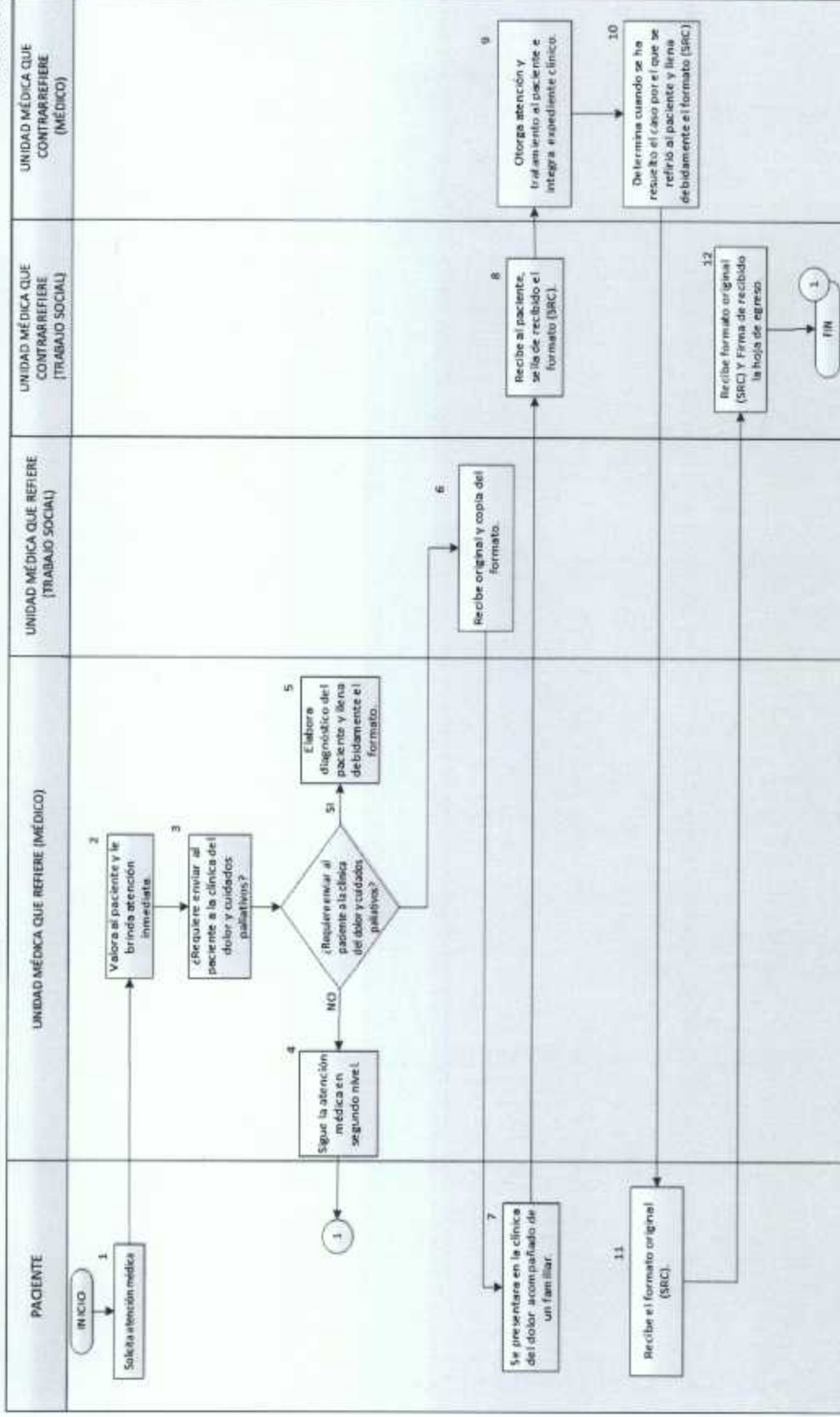
[Handwritten signatures and initials in blue ink]

		contra referido así como los folios de cada uno de ellos.
Fin del procedimiento.		

8. Formatos

- Sistema de referencia y contra referencia (SRC).
- Información de referencia y contra referencia en el área de trabajo social, en electrónico o en libreta de control.
- Escala Karnofsky.
- Escala ECOG.
- Escala Visual Análoga.

9. Flujoograma de referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención.



5.6 Referencia que garantiza el contacto con una unidad coordinadora de las unidades médicas móviles

1. Objetivo

Mejorar el cuidado médico del paciente, de un primer nivel de atención a un segundo nivel de atención o inclusive a un tercer nivel, mediante la coordinación de los diferentes niveles de gobierno y la coordinación de las Unidades Médicas Móviles en nuestro Estado, a través del ágil flujo de la referencia y contrarreferencia, a través del contacto con la Unidad Coordinadora de las Unidades Médicas Móviles.

2. Alcance

Jurisdicciones, unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención.

3. Definición

Procedimiento para realizar la referencia y contrarreferencia de pacientes atendidos en las Unidades Médicas Móviles a un primer nivel de atención o a un segundo nivel de atención, para que el paciente reciba la atención requerida.

4. Políticas

- a. El horario de atención en la comunidad por parte de la Unidad Médica Móvil, será de 8 horas efectivas a partir de su arribo a la localidad.
- b. El responsable del llenado del formato de referencia completo será el médico responsable de la Unidad Médica Móvil que refiere.
- c. El paciente que sea contrarreferido a una unidad de 2º nivel de atención, ya sea por sus propios medios o bien, que sea trasladado por la Unidad Médica Móvil, debe presentar el formato de referencia debidamente requisitado.
- d. Ante una situación en la que está en juego la vida o la integridad del paciente, el médico responsable de la Unidad Médica Móvil tiene la obligación de suspender inmediatamente la actividad que se esté desarrollando en la comunidad para trasladar al paciente a una unidad médica de 2º nivel de atención.
- e. El médico responsable de la Unidad Médica Móvil, solicitará al supervisor el apoyo para ser atendido en una unidad de 2º nivel de atención.
- f. El supervisor a quien se le notificó, solicitará el apoyo vía telefónica al director o en su defecto, al responsable en turno de la unidad de 2º nivel de atención.
- g. En caso de no conseguir el apoyo inmediato, el supervisor debe notificar al coordinador estatal de Unidades Médicas Móviles, para que solicite el apoyo al jefe del departamento de Hospitales.
- h. El tiempo de respuesta para la atención, no excederá las 2 horas de espera entre la solicitud de atención de la Unidad Médica Móvil a la Unidad de 2º nivel de atención.

- i. El tiempo de espera del paciente en la Unidad de 2º nivel de atención, no debe exceder 3 horas de espera.
- j. La Unidad de 2º nivel de atención tendrá la obligación de enviar al paciente a su domicilio con el formato de contrarreferencia debidamente requisitado.
- k. La Unidad Médica Móvil que refiere tendrá el compromiso y la obligación de realizar una visita domiciliaria al paciente que refirió en su siguiente visita a la localidad con la intención de dar seguimiento del paciente y su evolución durante el tratamiento en las visitas subsecuentes.

5. Referencias

- Paciente que requiere referencia.
- Supervisor de la Unidad Médica Móvil.
- Coordinador de Unidades Médicas Móviles.
- Unidad Médica Móvil.

6. Responsabilidades

- Médico de la Unidad Médica Móvil.
- Coordinador de la Unidad Médica Móvil.
- Supervisor de la Unidad Médica Móvil.

7. Procedimiento

Referencia que garantiza el contacto con una unidad coordinadora de las unidades médicas móviles.		
Unidad que interviene	Actividad No.	Descripción
Unidad Médica Móvil	1	Todo paciente que se detecta con algún tipo de patología y que requiere atención inmediata deberá ser trasladado para diagnóstico y tratamiento por especialistas.
Unidad Médica Móvil	2	¿Referencia urgente? NO-Procede a elaborar formato de Referencia y Contrarreferencia, para que los pacientes en unidades de segundo nivel reciban atención médica oportuna integral y de calidad, esto sin que se trate de urgencia médica. ¿Referencia urgente? SI-Procede a trasladar al paciente en la unidad médica móvil, a la unidad resolutoria de segundo nivel de atención, de acuerdo a su regionalización, claro está, que este traslado se refiere cuando se encuentra en peligro la vida del paciente.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Unidad Médica Móvil	3	Se debe requisitar correctamente el llenado del formato de Referencia y Contrarreferencia y al servicio de atención de segundo nivel al que se envía, entregando original al paciente y la copia para expediente.
Paciente	4	Acude al hospital de referencia con el formato de Referencia y contrarreferencia para verificar que haya concluido el servicio médico por el que fue referido.
Unidad Médica Móvil	5	Notifica a supervisor pacientes que se han trasladado por la Unidad Médica Móvil a una unidad de segundo nivel, deberá informar los supervisores vía telefónica o por mensaje, comentando la situación de salud de su paciente, esto con el fin de facilitar el traslado.
Supervisor de Unidades Médicas Móviles	6	Notifica al hospital de la Solicitud de Referencia. El área médica operativa y de supervisión, se encargaran de asegurar el traslado por vía telefónica, a los responsables de urgencia para anticipar la atención del paciente, notificando la situación de salud en que la que se dirige el paciente.
Supervisor de Unidades Médicas Móviles	7	Unidad de referencia 1. ¿Acepta traslado? SI-Notifican el área médica operativa y de Supervisión que el paciente fue aceptado en el hospital de acuerdo a su regionalización. Unidad de referencia 1. ¿Acepta traslado? NO-En caso de que la unidad hospitalaria no acepte el paciente por alguna circunstancia interna, se deberá solicitar el apoyo por una segunda instancia.
Supervisor de Unidades Médicas Móviles	8	Se confirma a la UMM aceptación de paciente a la unidad de Referencia 1. Se informa vía telefónica a la Unidad Médica Móvil, que el paciente fue aceptado.
Unidad Médica Móvil	9	Traslada al paciente con toda seguridad a unidad Hospitalaria.
Unidad Médica Móvil	10	Entrega Paciente a la Unidad de Referencia. El médico tratante tiene la obligación de presentar al paciente exponiendo la situación actual de su salud, entregando el formato de Referencia y contrarreferencia y este mismo debe ser firmado por el médico que lo recibe.
Unidad Médica Móvil	11	El médico tratante se deberá comunicar con su supervisor para notificar que el traslado haya tenido éxito y sobre todo informar las condiciones del paciente.

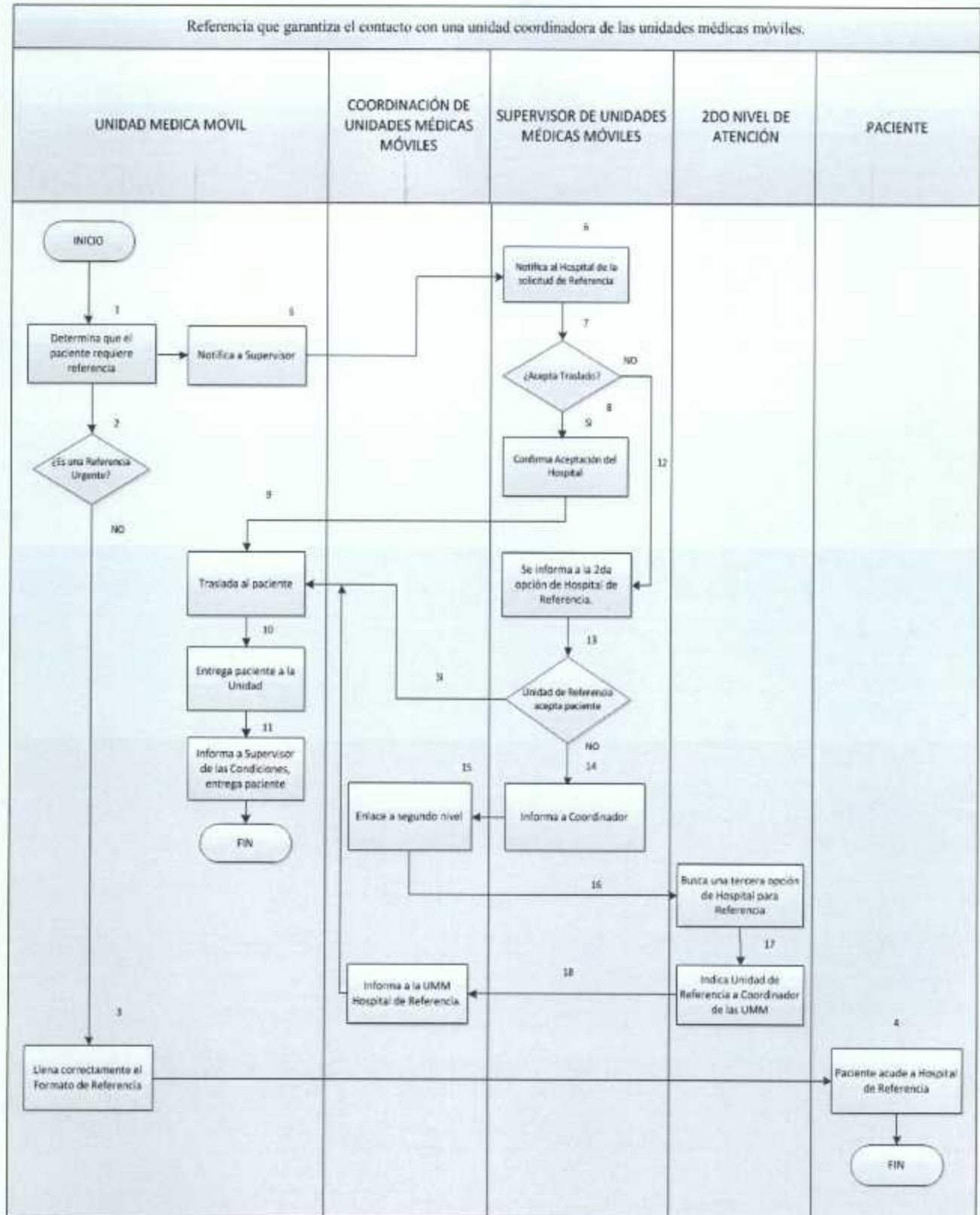
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Supervisor de Unidades Médicas Móviles	12	Se informa a la segunda opción de Hospital de Unidad de Referencia. El supervisor responsable de solicitar apoyo en el traslado, deberá buscar una segunda unidad de referencia para que se acepte al paciente, esto lo hará directamente con el jefe de urgencias para su aceptación.
Supervisor de Unidades Médicas Móviles	13	Unidad de Referencia 2. ¿Acepta Traslado? SI-El supervisor notifica al área médica operativa que el paciente fue aceptado en el hospital de segunda opción y continúa con flujograma. NO-El área de supervisión se encargara de buscar más unidades alternas para el traslado.
Supervisor de Unidades Médicas Móviles	14	El coordinador ya enterado de la situación del traslado del paciente, se encargara de buscar con los coordinadores de hospitales la solución más factible con el fin de aceptar al paciente.
Coordinación de Unidades Médicas Móviles	15	Enlace a Segundo Nivel Vía telefónica el coordinador de las Unidades Médicas Móviles, buscara al coordinador de hospitales para comentar la situación en la que se encuentra el traslado del paciente y los problemas que presenta el hospital para su aceptación.
2do Nivel de Atención	16	Busca una tercera opción de Hospital para Referencia. El coordinador de hospitales se encargara de buscar el hospital que se encuentre libre y con la capacidad resolutive para atender el estado actual del paciente.
2do Nivel de Atención	17	Ya identificado el hospital de referencia, se le notificara al Coordinador de Unidades Médicas Móviles el lugar donde se deberá llevar al paciente.
Coordinación de Unidades Médicas Móviles	18	Ya identificado el hospital de referencia, el Coordinador de Unidades Médicas Móviles, notificara vía telefónica al área de supervisión sobre el lugar y quien va a recibir al paciente y continua con el flujograma.
Fin del procedimiento		

8. Formatos

- Formato SRC.

9.-Flujograma



5.7 Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención por enfermedad renal.

1. Objetivo

Establecer el proceso de referencia y contrarreferencia que se da al referir a los pacientes a las unidades de los diferentes niveles de atención médica en el estado de Tlaxcala.

2. Alcance

Referencias de pacientes de las unidades de primer nivel a diferentes niveles de atención.

3. Definición

Se aplica al proceso de referencia del paciente de primer nivel de atención a unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel.

4. Políticas

- Es responsabilidad del médico tratante elaborar correctamente el formato de referencia y contrarreferencia y registrar en la hoja diaria del médico.
- El médico habla con familiar e informa del traslado del paciente a otra unidad médica y orienta sobre los trámites a seguir en el hospital de referencia.
- El médico responsable de la unidad de primer nivel reportara periódicamente a su jurisdicción de las referencias realizadas.
- Todos los pacientes pediátricos con sospecha de diagnóstico de ERC en sus diferentes etapas deberá ser referido al Hospital Infantil de Tlaxcala para su abordaje y en caso de confirmación del diagnóstico continuar con el manejo independientemente del nivel de atención que lo esté atendiendo.

5. Referencias

- Médico de referencia.
- Médico de contrarreferencia.
- Paciente.
- Familiar o responsable.
- Personal de trabajo social.

6. Responsabilidades

- Médico tratante.
- Médico responsable de clínica del dolor y cuidados paliativos.
- Trabajo social unidad que refiere.
- Trabajo social unidad que contrarrefiere.

7.0 Procedimiento.

Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención por enfermedad renal.		
Unidad que interviene	Actividad No.	Descripción
Paciente	1	• Presenta algún factor de riesgo para ERC o presenta alteración urinaria y/o renal.
Unidad médica que refiere(médico general) APS	2	• Valora al paciente y rectifica alteraciones de la función renal en sangre y/u orina. • Determina el nivel de FGR de acuerdo a fórmulas establecidas. • Si FGR menor a 60ml/min/1.73m² se realiza referencia a médico internista o Pediatría según sea el caso. • Si FGR menor a 45 ml/min/1.73m² se envía directamente a nefrología adultos o infantil según sea el caso. • Deberá elaborar debidamente el formato establecido de referencias por SSA y anexar el formato de revisión inicial del Programa Salud Renal. • Además de anexar los últimos laboratorios y estudios auxiliares que se tengan. • Se deberá notificar el envío del paciente a la plataforma del Programa Salud Renal.
Trabajo Social	3	• La trabajadora social del centro de salud agenda la fecha de valoración del paciente en el centro donde se referirá, anotándole en el carnet el día y hora que asignaron para la consulta. • En caso de tratarse de una urgencia se enviara directamente al servicio de Urgencias del hospital correspondiente, realizando previamente el enlace con el responsable del servicio para su envío, con los mismos documentos del punto 6 y 7. • Habla con el familiar e informa la importancia del traslado del paciente a otra unidad médica.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Unidad Médica que refiere (Trabajo social)	4	• Recibe original y copia del formato (SRC). • Registra en la libreta de control de la referencia del paciente. • Entrega original y copia del formato (SRC) con documentos anexos a la referencia al paciente y/o familiar y lo orienta sobre la ubicación de la unidad de referencia y el procedimiento a seguir en la unidad para recibir el servicio. • Brinda al paciente y/o familiar el día y la hora en la unidad donde se brindara la atención al paciente, anotándola debidamente en su carnet. • Cada 3 meses realizará un informe a nivel jurisdiccional de las referencia y contrarreferencias de los pacientes con este Diagnostico (ERC) N-19
Paciente	5	• Acude a su valoración médica previamente programada con los documentos correspondientes, el día y hora asignados. • Es responsabilidad del paciente y/o familiar llegar a tiempo a su consulta.
Unidad médica que contrarrefiere(médico)	6	• Realiza la valoración médica correspondiente en caso de corroborar FGR persistente menor a 60ml se continuara su seguimiento en esta unidad, en caso de mejoría del FGR (mayor a 60ml) se realizara contrarreferencia al centro de salud correspondiente con su plan médico a seguir, dando indicaciones y recomendaciones de acuerdo a cada caso clínico. • Determina cuando se ha resuelto el caso por el que se refirió al paciente, requisita los apartados de contrarreferencia del formato (SRC) más la hoja de seguimiento del programa de Salud renal y últimos laboratorios así como estudios auxiliares.
Paciente	7	• Recibe el formato original (SRC) con datos de contrarreferencia y regresa a su unidad de origen, en donde debe entregar el formato, con los documentos anexos del apartado 20.
Unidad médica que refiere (Trabajo social)	8	• Recibe formato original (SRC) con datos de contrarreferencia. • Programa consulta subsecuente al paciente en su centro de salud. • Registra folio y datos del paciente en la libreta de registro de pacientes referidos y contrarreferidos.

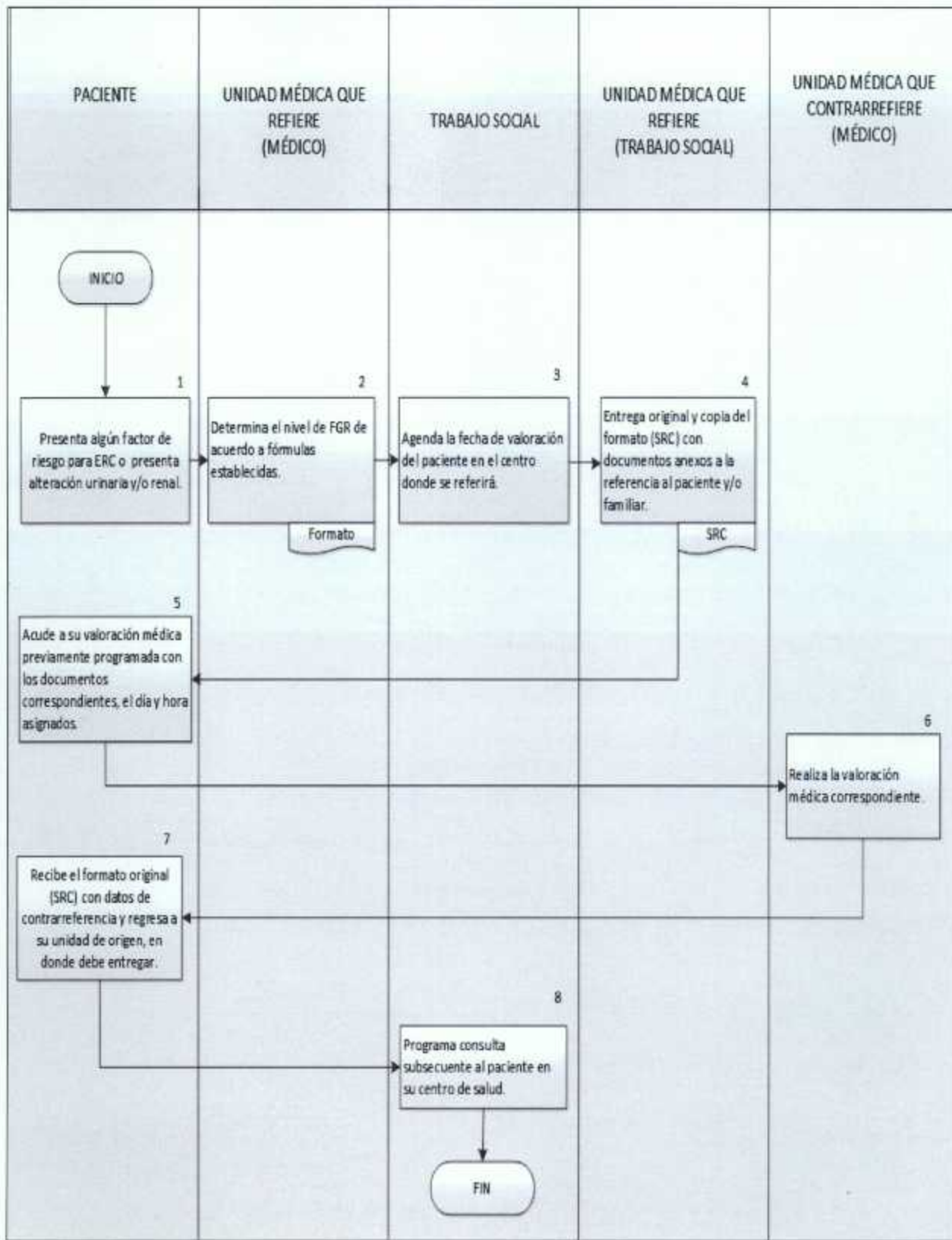
		• Anexa al expediente clínico la copia de la forma (SRC) hoja verde firmada por el paciente y familiar. • Hace llegar a trabajo social de la jurisdicción correspondiente la información de los pacientes que ha referido y los que le han sido contrarreferidos así como los folios de cada uno de ellos.
Fin del procedimiento		

8. Formatos

- Sistema de referencia y contrarreferencia (SRC).
- Hoja de revisión inicial y de seguimiento del Programa de Salud renal
- Notificación de los casos en la plataforma del programa de Salud renal, con elaboración de reportes trimestrales.
- Información de referencia y contrarreferencia en el área de trabajo social, en electrónico o en libreta de control.

9.-Flujograma.-Referencia y contrarreferencia de usuarios de unidad médica de primer nivel a otra unidad médica de diferente nivel de atención por enfermedad renal.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



5.8 Criterios de referencia y contrarreferencia de las 80 principales patologías de primer nivel a segundo nivel

1. URGENCIAS - CIRUGIA GENERAL

- 1.1 Apendicitis aguda
- 1.2 Colectitis aguda
- 1.3 Colectitis crónica
- 1.4 Enfermedad hemorroidal
- 1.5 Hernia hiatal
- 1.6 Hernia incisional
- 1.7 Hernia inguinal
- 1.8 Hernia umbilical
- 1.9 Insuficiencia venosa de miembros inferiores
- 1.10 Pie del diabético

2. URGENCIAS - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

- 2.1 Aborto séptico
- 2.2 Hemorragia obstétrica
- 2.3 Ruptura prematura de membrana.
- 2.4 Parto prematuro
- 2.5 Sufrimiento fetal agudo
- 2.6 Trabajo de parto
- 2.7 Vigilancia y atención del trabajo de parto
- 2.8 Preeclampsia eclampsia
- 2.9 Placenta previa
- 2.10 Ordinario - cervicovaginitis
- 2.11 Endometriosis.
- 2.12 Alteraciones de la estática pélvica.
- 2.13 Hemorragia uterina disfuncional
- 2.14 Mastopatía fibroquística
- 2.15 Infección de vías urinarias

3. MEDICINA INTERNA

- 3.1 Cardiopatía isquémica
- 3.2 Neumonía
- 3.3 Pancreatitis aguda
- 3.4 Cardiopatía isquémica crónica angina de pecho estable
- 3.5 Cardiopatía isquémica, síndromes coronarios agudos, angina inestable e infarto de miocardio sin elevación del seguimiento st.
- 3.6 Diabetes mellitus tipo 2
- 3.7 Hipertensión arterial
- 3.8 Hepatitis viral crónica
- 3.9 Lupus eritematoso sistémico
- 3.10 Artritis reumatoidea
- 3.11 Cirrosis hepática

- 3.12 Insuficiencia cardiaca
- 3.13 Asma bronquial
- 3.14 Escala de severidad de la crisis asmática

4. OFTALMOLOGIA

- 4.1 Catarata
- 4.2 Glaucoma
- 4.3 Pterigion
- 4.4 Conjuntivitis
- 4.5 Queratitis
- 4.6 Estrabismo
- 4.7 Desprendimiento de retina
- 4.8 Cuerpos extraños corneales y conjuntivales
- 4.9 Ametropía y presbicia

5. TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

- 5.1 Lumbalgia
- 5.2 Esguince de tobillo
- 5.3 Fracturas del tobillo
- 5.4 Fracturas diafisarias de la tibia
- 5.5 Gonartrosis
- 5.6 Fracturas diafisarias del antebrazo
- 5.7 Fracturas diafisarias de la articulación de la muñeca
- 5.8 Esguince de rodilla
- 5.9 Síndrome de hombro doloroso
- 5.10 Fracturas de mano
- 5.11 Esguince cervical

6. PEDIATRIA

- 6.1 Vulvovaginitis
- 6.2 Derrame pleural
- 6.3 Apendicitis aguda
- 6.4 Hipotiroidismo congénito neonatal en el primer nivel de atención

7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- 7.1 Infección de vías urinarias
- 7.2 Examen general de orina
- 7.3 Gastroenteritis aguda
- 7.4 Traumatismo craneoencefálico
- 7.5 Cardiopatías congénitas: persistencia del conducto arterioso
- 7.6 Crisis convulsivas febriles
- 7.7 Desnutrición
- 7.8 Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 7.9 Enfermedad renal crónica.

8. URGENCIAS

- 8.1 Urgencia cefalea
- 8.2 Urgencias enfermedad vascular cerebral (evc) isquémica o hemorrágica
- 8.3 Urgencias hemorragia de tubo digestivo alto.
- 8.4 Urgencias insuficiencia cardiaca.
- 8.5 Urgencias insuficiencia respiratoria

9. OTORRINOLARINGOLOGIA

- 9.1 Amigdalitis.
- 9.2 Sinusitis
- 9.3 Otitis
- 9.4 Rinitis alergia vasomotora

1. URGENCIAS - CIRUGIA GENERAL

1.1 APENDICITIS AGUDA:

La obstrucción de la luz del apéndice vermiforme es el factor dominante en la génesis. Puede ser por fecalitos, hipertrófica del tejido linfoide, restos de fibras o parásitos. La capacidad luminal total es de 0.1 ml. Por lo que fácilmente puede ocluirse.

Dx: Sospecha clínica, sin que sean indispensables exámenes paraclínicos.

Síntomas: Dolor a abdominal de inicio gradual, difuso más localizado en epigastrio, que posteriormente se irradia a mesogastrio estableciéndose frecuentemente en cuadrante inferior derecho del abdomen. Hiporexia, Nauseas.

Signos: Resistencia muscular e hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho del abdomen, signos de Rovsing, García Capurro y punto de Mc. Burney presentes.

1.2 COLECISTITIS AGUDA:

Proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar, generalmente con relación a cálculos en un 90 %, el 10 % restante se puede denominar colecistitis aguda alitiasica. El origen es la obstrucción del cístico por un cálculo o por la compresión extrínseca del cuello vesicular secundario a un cálculo impactado en esta zona.

Es la complicación más frecuente de los cálculos biliares y una causa frecuente de urgencias abdominal, en especial en mujeres de edad madura y avanza siendo su relación con el sexo

masculino de 4 a 1, la incidencia aumenta con las obesidad , embarazo , aproximadamente 25 % de las colecistectomías que se practican son por colecistitis aguda

Etix: La obstrucción del cólico provoca distensión de la vesícula y contracción enérgica de la pared. Si la obstrucción persiste hay disminución del flujo venoso y arterial ocasionando isquemia y necrosis de la pared vesicular que puede terminar en perforación. El proceso inflamatorio se asocia a proliferación bacteriana que contamina la bilis. Los gérmenes más frecuente son E. Coli, Klebsiella y Streptococofecalis.

Dx: El cuadro clínico se caracteriza por dolor pungitivo, constante y progresivo, localizado en hipocondrio derecho y epigastrio, se irradia a región escapular derecha, se acompaña de náuseas, vómito y puede haber fiebre.

Signos: Hipersensibilidad en hipocondrio derecho, resistencia muscular y datos de irritación peritoneal. Puede palparse plastrón que corresponde a la vesícula biliar distendida. Signo de Murphy positivo.

1.3 COLECISTITIS CRONICA

Proceso inflamatorio de la vesícula biliar (VB), generalmente con relación a cálculos con sintomatología variable, puede manifestarse como cólico biliar que se resuelve en pocas horas. Una vez que el paciente comienza a presentar ataques de cólico biliar tiende a aumentar en frecuencia e intensidad.

Dx: El paciente con colelitiasis puede permanecer asintomático hasta en un 50 % de los casos. Otro grupo de pacientes puede manifestar datos de dispepsia, acompañando de náuseas y flatulencia. La forma más común de manifestación es el cólico vesicular, moderado a intenso que puede ser manifestado inicialmente en epigastrio y que se ubica de predominio en hipocondrio derecho con irradiación hacia región lumbar y escapular derecha. Náuseas, vomito. Puede haber ictericia, de inicio reciente, signo de Murphy presente, plastrón palpable subcostal derecho, con signos de hipersensibilidad, fiebre

Criterios de envío	Sospecha clínica
Requisitos de envío 1er nivel	BH, Glucosa, Perfil hepático, Mas de 45 años EKG y tele de tórax

1.4 ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Definición: Las hemorroides son dilataciones de los plexos venoso hemorroidarios superior e inferior, constituidos en forma de cojinetes localizados en los últimos centímetros del recto, en el conducto anal y en el ano.

Se asocia en forma importante a la presencia de estreñimiento ya que con mayor esfuerzo para defecar se presenta dilatación consecutiva de vasos hemorroidales, Asimismo, se presenta con frecuencia durante el embarazo.

Etx: Se desconoce la causa, aunque se han mencionado factores hereditarios, estreñimiento, embarazo y cirrosis hepática.

Dx: Evidentemente clínico, ya que existen hemorroides externas y hemorroides internas generalmente son combinadas las externas están cubiertas por piel y las internas por mucosa. ERI límite entre ellas es la línea ano-rectal y puede ser reconocido por una depresión que señala el límite entre ambas porciones. Se clasifican en 4 grados, siendo el grado II y IV las que presentar hemorroides y prolapsos no reductible este último en el grado IV. Las complicaciones que pueden sufrir son trombosis en las crisis agudas, hemorragia grave y prolapsos.

Hemorroides externas: Dolor impreciso con sensación de aumento de volumen, ardor o irritación. Prurito provocado por las evacuaciones de intensidad mediana o leve y corta duración acompañado a menudo de ardor. En hemorroides externas solo tumoración única o múltiple y ocasionalmente hemorragia. Hemorroides internas; presentan secreción sero-sanguinolenta prolapso hemorragia sobre todo en los casos complicados en que el dolor local es el síntoma predominante.

Criterios de envío	Pacientes con hemorroides grado II o III, con o sin complicaciones y sin respuesta al manejo médico.
Requisitos de envío 1 er nivel	BH rutina, glucosa, TP y TTP. Más de 45 años EKG y tele de tórax

1.5 HERNIA HIATAL

Definición: Es la profusión del fondo del estómago hacia el tórax a través de un orificio hiatal más amplio de lo normal y que puede presentar reflujo del contenido gástrico al estómago, esta última condición da lugar a la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Signos y síntomas: Dolor urgente retroesternal, epigastrio o ambos (pirosis) después de las comidas o durante el sueño, las molestias se alivian de forma parcial o completa con la ingesta de agua o algún otro líquido, con antiácidos o en muchas ocasiones al levantarse o sentarse. Cuando existe regurgitación intensa el paciente refiere sabor amargo que regresa hasta la boca. En los casos más graves se encuentra disfagia, anemia, dolor de espalda, intolerancia al alcohol, neumonía por aspiración.

TRATAMIENTO MEDICO			
	1 ER ELECCION	2 DA ELECCION	3 RA ELECCION
Inhibidores de la secreción gástrica		Omeprazol 20 mg vo cada 24 h 6 semanas	Ranitidina 150 mg vo cada 12 hrs 6 semanas
Procineticos	Metoclopramida 1 tab. Antes de cada alimento 6 semanas		
Antiácidos	Gel de aluminio y magnesio 15 ml vo cada 6 h en 4 semanas		
Antiespasmódicos	Butilioscina 1 grag. cada 6/8hrs por 47 5 días		

Criterios de envío	Paciente con datos clínicos de reflujo gastroesofágico
Requisitos de envío 1 er nivel	BH rutina, glucosa, TP y TTP. Más de 45 años EKG y tele de tórax

1.6 HERNIA INCISIONAL

Definición: Pérdida de continuidad en la pared abdominal después de un cierre quirúrgico, con la formación de un saco peritoneal y la protrusión de diferentes estructuras de la cavidad.

Epidemiología: No se ha definido con claridad la incidencia de este tipo de hernias, se presenta de predominio en las mujeres y generalmente secundaria a cirugía en la línea media (cesárea, histerectomía, etc.) se presentan en cualquier etapa de la vida y con predominio después de la tercera década se dice que aproximadamente 1 % de las laparotomías realizadas terminara en una hernia postinsiccional.

Etix: Las principales causas de la hernia insiccional son: Obesidad, cirugías múltiples de abdomen, mal estado nutricional, pared abdominal de mala calidad, cuidados postoperatorios deficientes por parte de los pacientes.

Dx: Signos y síntomas: Dolor abdominal que aumenta con los esfuerzos por mayor protrusión del saco y sus elementos

Aumento de volumen al nivel de la cicatriz o previa o periférica a la misma, reductible en ocasiones con maniobras externas. En casos complicados cambios de coloración de la piel, imposibilidad para reducirla, náuseas y vómitos secundarios.

Criterios de envío	Los pacientes en los cuales se compruebe la presencia de hernia insiccional deberán ser canalizados al servicio de cirugía general.
Requisitos de envío 1er nivel	BH rutina, Glucosa, TP Y TTP. Más de 45 años EKG y Tele de Tórax.

1.7 HERNIA INGUINAL

Las hernias de la región inguinal se producen por un defecto en el piso inguinal con la falta de obliteración del proceso vaginal.

Etix: Puede ser congénito o adquirida. De acuerdo al sitio del defecto puede ser directa e indirecta.

Dx: Se basa en historias clínica y exploración física. Masa inguinal intermitente que aparece al adoptar posición de pie el decúbito, En los niños la masa aparece con el llanto y desaparece cuando el niño se tranquiliza

Tratamiento: No existe tratamiento médico, la indicación es repación quirúrgica

Criterios de envío	Historia clínica y exploración física
Requisitos de envío 1 ER NIVEL	BH rutina, Glucosa, TP y TPT. Más de 45 años EKG y Tele de tórax

1.8 HERNIA UMBILICAL

Definición: Debilidad o apertura normal de una capa de la pared abdominal a nivel de la fascia umbilical. También se dice se trata de una protrusión a través de un orificio mayor a lo normal. Otros autores dicen se trata de una combinación de ambos

Dx: Signos y síntomas. Dolor sobre todo con los esfuerzos físicos urente cuando se encuentra comprometido algún elemento que protruye, puede haber náuseas y vómitos, El reposo mejora dolor. Aumento de volumen a veces dolorosos que puede ser reductible con maniobras externas sobre la cicatriz umbilical, hiperemia e hipertermia local sobre todo si hay compromiso vascular de algunos de los elementos involucrados, al hogar reducir el saco es palpable el orificio herniario.

Criterio de envío	Todo paciente con hernia umbilical deberá ser enviado al servicio de cirugía general
Requisito de envío 1 er nivel	Bh rutina, glucosa, TP y TPT. Más de 45 años EKG y tele de tórax

1.9 INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES

Definición: Incapacidad del aparato cardiovascular para llevar acabo un retorno venosos al 100 % y generalmente condicionado por incompetencia de las válvulas venosas y su manifestación principal es la presencia de venas varicosas

Epidemiología y etiología: Se presenta con predominio en el sexo femenino y en edad reproductiva siendo el embarazo y la obesidad las principales causas predisponentes. Se

han mencionado factores hereditarios y de hábitos combinados con la insuficiencia valvular de las venas de los miembros pélvicos

Síntomas y Signos: Presencia de venas varicosas, sensación de pesantez, calambres. Venas varicosas: edema de miembros inferiores afectados, dermatitis ocre y ulceración de la piel

Tratamiento: 1er elección paracetamol 500 mg vo cada 8hrs, por 7 días, 2da elección. Diclofenaco 1 tableta cada 12 horas por 7 días.

Criterios de envío	Pacientes con venas varicosas deberán acudir a valoración por cirugía General.
---------------------------	--

1.10 PIE DEL DIABETICO

Definición: Alteración neurovascular del pie provocado por las diabetes no controlada. Tres características lo identifican: a) susceptibilidad a la infección, b) neuropatía periférica, c) angiopatía diabética macro y micro vascular.

Epidemiología y etiología: La diabetes mellitus de larga evolución mal controlada y sus complicaciones a largo plazo como macro y microangiopatía diabética condicionalmente de pie en riesgo, aparece generalmente entre los 10 y 15 años de evolución de la enfermedad. Es la primera causa no traumática de amputación de miembros inferiores. Se presenta igualmente en hombres o mujeres. Cualquier lesión o traumatismo puede ocasionar úlceras del pie o infección en pacientes con pie neuropático o isquémico. El traumatismo se divide en mecánico, químico y térmico.

Síntomas. Edema, hiperemia, dolor, salida material purulento y necrosis extensa o limitada.

Signos: Atrofia de piel, aumento de volumen, pies con grietas, deformidad de arcos plantares, mal perforante plantar, hiperemia e hipertermia local.

Tratamiento general: Lavado mecánico con desbridamiento, protección con vendaje y reposo y si es necesario manejo radical con amputación.

	1 ra elección	2 da elección
Analgésicos	Metamizol 1 g c 8 hrs.	Ketorolaco 30 mg IV cada 8 h(no aplica a 1 er nivel).

Antibióticos	Cefalotina 30 mg/kg por 10 días (no aplica a 1er nivel).	Clindamicina 600 mg IV cada 8h 8- 10 h (no aplica a 1er nivel).
Hemorreológico	Pentoxifilina 400 mg VO cada 12 hrs por 20- 30 días.	Pentoxifilina 400 mg VO cada 12 hrs por 20 a 30 días.

Perfil clínico	Datos clínicos de infección, úlceras húmeda 7 días sin respuesta a tratamiento de urgencias, Úlcera seca (isquémica) más de 14 días sin respuesta se deriva a consulta externa.
Exámenes de laboratorio y de gabinete	Rx del pie. Más de 45 años EKG y tele de tórax.

Criterios de envío	Pacientes catalogados como alto riesgo con presencia de disminución de la sensibilidad, anormalidades en pies, historia previa de úlcera Paciente que presenten úlcera de primera vez infectada o que empeore después de las primeras 24 horas de diagnóstico con datos de infección agregada.
---------------------------	--

2. URGENCIAS - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

2.1 ABORTO SEPTICO

Definición: Expulsión o extracción del feto intrauterino durante las primeras 20 semanas de gestación, con un peso menor de 499g, que se acompaña de fiebre, dolor y secreción trasvaginal purulenta.

Criterios de diagnóstico:

Cuadro clínico:

- Fiebre elevada, ataque al estado general.
- Dolor en hipogastrio y fosas iliacas.
- Irritación peritoneal (en caso de pelvi peritonitis).
- Masa anexial palpable.
- Fondo de saco de Douglas abombado (en perforación uterina y pelvi-peritonitis).

Criterios de manejo:

Criterio farmacológico:

- Suministro de soluciones cristaloides, coloides.
- Penicilina sódica cristalina 5 millones IV (investigar alergia).
- Metronidazol 1 gr IV (valorar uso).

Criterio no farmacológico:

- Ayuno.
- Canalizar vena con punzocat 18.
- Control de hipertermiatermia con medios físicos.

Requisitos de envío

Resumen clínico completo en formato de referencia.

2.2 HEMORRAGIA OBSTETRICA

Definición:

Sangrado trasvaginal de 500ml o más, posterior a la expulsión del producto, que puede ser inmediata o tardía después de 24 hrs.

Criterios de diagnóstico

Etiología	Cuadro Clínico
• Desgarro del canal vaginal • Retención de restos placentarios • Desgarro del cérvix • Desgarro perineal	• Síndrome de hipocoagulabilidad • Insuficiencia renal aguda • Hemorragia inmediata tardía • Hipotensión

• Dehiscencia de histerorrafia • Hipotonía uterina, uterina • Inversión uterina • Placenta acreta • Ruptura uterina	• Hipotensión • Anemia aguda
---	---

Criterios de manejo:

Suministro de soluciones cristaloides, coloides, vía parenteral.	Canalizar dos venas con punzo cat 18 • Oxígeno por puntas nasales 5 litros x min. • Revisión del conducto del parto, detectar sitio de sangrado. • Estimular magnitud de la hemorragia.
--	---

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia.
----------------------------	--

2.3 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA.

Definición: Pérdida espontánea de líquido amniótico antes de las 38 semanas de gestación.

Criterios de diagnóstico:

Etiología	Cuadro clínico
Proceso infeccioso e inflamatorio de cérvix y vagina. • Etiología diversa, con manifestaciones clínicas variadas del tracto genital inferior.	Procesos infecciosos e inflamatorios del cérvix y vagina. • Etiología diversa, con manifestaciones clínicas variadas del tracto genital inferior.

• Historia repetitiva de leucorrea e infección de vías urinaria.	• Historia repetitiva de leucorrea e infección de vías urinaria.
--	--

Criterios de manejo:

Manejo conservador	Criterio farmacológico
<u>Antes de la 33 semana</u> • Conformación documentada de RPM. • Valoración por GINECOLOGIA <u>Después de la 33 semana</u> • Confirmación documentada de RPM. • Valoración por GINECOLOGIA	Soluciones cristaloides vía parenteral. • Indometacina supositorios. • Dexametasona 8 mg IM cada 8 horas por 3 dosis (HGZ). • Penicilina sódica cristalina 5 millones de unidades IV c/ h (investigar alergias).

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia.
----------------------------	--

2.4 PARTO PREMATURO

Definición: Nacimiento del producto de la concepción entre las 21 y 37 semanas y puede ser inmaduro antes de las 28 semanas o viable después de las 28 semanas.

Criterios de diagnóstico:

Etiología	Cuadro clínico
▪ Proceso infecciosos e inflamatorios del cérvix y vagina ▪ Historia repetitiva de leucorrea e infección de vías urinarias	▪ Presencia o no de contractibilidad uterina Dolorosa.

[Handwritten signatures and marks]

▪ Desnutrición, anemia ▪ Patología materna crónica ▪ Incompetencia istimica cervical. ▪ Antecedentes de parto pre término. ▪ Miomatosis uterina, malformaciones congénitas de útero. ▪ Pre-eclampsia ectamposia ▪ Cesárea programada por alteraciones de la madre, del producto o de ambos.	▪ Borramiento y dilatación del cérvix. ▪ Salida espontánea de líquido vía genital. RPM Incompetencia istimica cervical
---	---

Criterios de manejo:

Criterios farmacológico • Indometacina rectal cada 12 horas • Ampicilina 1 g IV cada 12 horas. • Soluciones cristaloideas en infusión intravenosa, 40 gotas por minuto. • Nifedipino cápsulas.	Criterio no farmacológico Manejo multidisciplinario por, GYO, Anestesiología, M.I.
---	---

Referencia	Resumen clínico completo en formato de referencia. ▪ Examen de laboratorio anexado. BH, TP, TTP, (PLAQUETADAS), de expediente médico; si tiene.
-------------------	--

2.5 SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

Definición crítico del producto dela concepción, secundario a una alteración en el intercambio anabólico y catabólico del binomio. Que produce modificaciones bioquímicas y hemodinámicas, manifestadas por hipoxia, hipercapnia, desequilibrio ácido base y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

Criterios de diagnóstico.

Etiología	Cuadro clínico
▪ Trabajo de parto prolongado. ▪ Retardo en el crecimiento intrauterino. ▪ Oligohidramnios ▪ Embarazo post maduro ▪ Deshidratación e inanición ▪ Estado pluricarencial materno con desnutrición y anemia. ▪ Pre-eclampsia-eclampsia. ▪ Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. ▪ Placenta previa sangrante.	Hipó motilidad fetal. Frecuencia cardíaca fetal menor de 120 ó mayor de 160 latidos por minuto. Meconio en líquido amniótico, pero puede no estar presente cuando el producto está sufriendo.

Criterios de manejo:

Criterio farmacológico	Criterio no farmacológico
▪ Indometacina rectal cada 12 horas. ▪ Ampicilina 1 g IV cada 12 horas. ▪ Soluciones cristaloides en infusión intravenosa, 40 gotas por minuto. ▪ Nifedipino cápsulas. ▪ Dexametazona 8 mg. IM cada 8 horas, tres dosis.	Manejo multidisciplinario por, GYO, Anestesiología, M.I.

Handwritten signature

Referencia	Resumen clínico completo en formato de referencia. Exámenes de laboratorio anexado, BH,TP,TTP, (plaquetas), de expediente médico; sólo si se tiene.
------------	--

2.6 TRABAJO DE PARTO

Definición: parto normal es aquel en los cuatro factores del trabajo de parto interactúan en conveniente proporción y correspondencia, y determinan la expulsión del producto de la concepción y sus anexos sin interferencias, accidentes o complicación.

Criterios de diagnóstico:

PRIMER PERIODO	SEGUNDO PERIODO	TERCER PERIODO
Se caracteriza por borramiento y dilatación de cuello uterino. - Termina al llegar a dilatación completa - Su duración es variable 10 horas en primíparas y 8 horas en multíparas.	Se inicia al completarse la dilatación. - Termina al expulsar totalmente al producto. - Dura una hora en primíparas y de 30 minutos en multíparas, aproximadamente	Se inicia al terminar la expulsión del producto. - Concluye con la expulsión de la placenta. - Por lo general no debe prolongarse más allá de diez a veinte minutos. - Llamada también alumbramiento

Criterios de admisión:

Embarazo de término sin patología agregada.

3 contracciones uterinas en diez minutos.

- Cervix borrado 4 a 5 centímetros de dilatación.

Criterios de manejo:

Criterio farmacológico	Criterio no farmacológico
Solución glucosada al 5% 1000 ml por venoclisis a 40 gotas por minuto.	• Ayuno. • Signos vitales. • Carga rápida e hidratación parenteral. • Decúbito lateral izquierdo. • Valoración del trabajo de parto con registro de FCF • Anotada en expediente. • Atención del segundo periodo del TDP. • Atención del tercer periodo del TDP.

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. • Exámenes de laboratorio anexado, BH TP TTP, plaquetas, EGO Glucosa; sólo si se tienen.
----------------------------	---

2.7 VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Definición:

Es el procedimiento basado en la vigilancia de la dinámica uterina y condiciones de la homeostasis materna y fetal, mediante el cual se logra la expulsión del producto de la concepción, sin que haya. Recuperaciones físicas y neurológicas.

[Handwritten signatures and marks in the right margin]

Primer periodo	Segundo periodo	Tercer periodo
Tensión arterial, peso, edema y síntomas de vaso espasmo. - Fondo uterino, tipo de presentación o situación del producto. - Frecuencia cardíaca fetal, condiciones pélvicas, cervicales y amnióticas. - Valoración integral de condición materna y fetal. - Diagnóstico, plan de manejo e informes a familiares con evidencia documentada en expediente. - Domicilio, deambulación y revaloración. - Hospitalización, anexar indicaciones.	Una hora en primíparas. 30 minutos en multíparas.	Una hora en primíparas. 30 minutos en multíparas.

Criterios de manejo:

Criterio farmacológico	Criterio no farmacológico
------------------------	---------------------------

[Handwritten signature and initials]

Solución glucosada a 5% 1000ml por venoclisis a 40 gotas por minuto. • Solución mixta 1000 ml • Solución fisiológica 1000 ml • Solución glucosada al 10% 500 ml • Solución Hartman 1000 ml • Oxitocina, iniciar con 2 mu por minuto a dosis repuesta. • Xylocaina 1% sin epinefrina para infiltración pe periné.	Ayuno. • Signos vitales. • Carga rápida de hidratación parenteral. • Decúbito lateral izquierdo. • Conducción del trabajo de parto. • Valoración del trabajo de parto con registro de FCF anotada en expediente cada 30 minutos. • Atención del tercer periodo del TDP. • Episiorrafia. • Programa de plantificación familiar.
--	--

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. • Exámenes de laboratorio anexando, BH, TP, TTP, plaquetas, EGO, Glucosa. En paciente ordinaria estudios actuales, en pacientes de urgencias, si se tiene se envía. • Si se sospecha de patología, DCP, Alteración morfológica, antecedentes de partos con complicaciones enviar desde las 28 SDG.
----------------------------	---

2.8 PREECLAMPSIA ECLAMPSIA

Definición: Es la enfermedad hipertensiva de la gestación que se manifiesta después de las 20 semanas y termina el 14° día del puerperio, aproximadamente.

Etiología: Enfermedad multifactorial con recuperación orgánica y funcional multi-sistemática, alteraciones fisiopatológicas de isquemia útero-placentaria. Vasoconstricción generalizada e hipoxia tisular de la microcirculación imposibilidad de penetración del trofoblasto endobascular en la arteria espiral más allá del segmento miometrial.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

Lesión del endotelio vascular placentario. Incapacidad del endotelio lesionado de producir prostaciclina. Adhesividad y agregación plaquetaria en la lesión endotelial. Lisis plaquetaria con liberación de tromboxano. Pérdida de la relación tromboxano/prostaciclina.

Clasificación:

- Hipertensión arterial gestacional - hipertensión arterial inducida por embarazo. - Inicia a las 20 semanas de gestación o en los diez primeros días del puerperio y edema, sin proteinuria.	Hipertensión arterial crónica. Hipertensión arterial de cualquier etiología previa al embarazo. Hipertensión arterial que persiste más de 6 semanas posteriores al parto y de forma indefinida.	Pre eclampsia o eclampsia sobre agregada. Desarrollo de preclampsia o eclampsia en pacientes con hipertensión arterial crónica de etiología diversa, diagnosticada previa al embarazo.
---	--	--

Signos y Síntomas:

Leve	Severa	Inminencia de Eclampsia.
▪ Presión sistólica de 140 mmHg o incremento de 30 mmHg a la cifra habitual. ▪ Presión arterial media por arriba de 90 mmHg. ▪ Proteinuria mayor de 300 mg y menor de 1 g/l obtenida	▪ Sistólica de 160 mmHg o más. ▪ Diastólica de 110 mmHg. ▪ Proteinuria de 2 g o más ▪ Edema (godete positivo). ▪ Sintomatología vasculoespasmódica. ▪ Hiperreflexia. Inminencia de eclampsia ▪ TA sistólica de 185 mmHg. Con diastólica mayor 110 mmHg.	▪ Presencia de convulsiones o estado de coma en el embarazo o en el puerperio inmediato. ▪ Vaso espasmo arterial cerebral. ▪ Encefalopatía hipertensiva. ▪ Encefalopatía metabólica.

en dos o más días consecutivos ▪ Edema leve o ausente. ▪ Ausencia de síntomas de vaso espasmo.	▪ Proteinuria de 10 g/l orina ▪ Estupor sin llegar a la inconsciencia. ▪ Náuseas o vómito. ▪ Pérdida parcial o total de la vista. ▪ Dolor de barra epigástrica. ▪ Hiperrreflexia generalizada. ▪ Oliguria, diuresis de 24 horas menor a 400 ml.	▪ Infarto del ovulo oxipital del cerebro (amaurosis).
--	---	---

Eclampsia

- Presencia de convulsiones o estado de coma en el embarazo o en el puerperio inmediato.
- Vaso espasmo arterial cerebral.
- Encefalopatía hipertensiva.
- Encefalopatía metabólica.
- Infarto del lóbulo occipital del cerebro (amaurosis).

Síndrome de HELLP

- Hemólisis, elevación de las transaminasas hepáticas y trombocitopenia.
- Icteria.
- Alteraciones neurológicas, crisis convulsiva, hipertensión intracraneana, amaurosis, alteraciones hematológicas, HELLP.
- Trastornos de la coagulación. Alteraciones renales, oliguria severa menor de 500 ml. Por hora por 24 horas.
- Insuficiencia renal aguda.

- Necrosis periportal necrosis focal del paren quino apático, ruptura hepática de la capsula de gilsson.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Falla orgánica múltiple. Coma, muerte.

Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Hidratación parenteral.

- Nifedipina sublingual (Diastólica de 110).
- Sultafo de magnesio 4grs. Diluido en 250 cc de solución glucosada al 5% a pasar en 20 minutos, mantenimiento con 2grs. Por infusión intravenosa continua.
- Hidratación 50 mg VO cada 6 horas.
- Fenobarbital 0.330 grs. IM OIV.
- Difenihdatoinato sódico 250 mg. Dosis única IV, posteriormente 125 mgs. IUV cada hora.
- Clopormacina 25 mg. 12.5 mg. IMY 12.5 mg. IV dosis única (valorar respuesta).

*Sonda Foley a permanencia diuresis horaria.

*Monitorización de signos vitales y FCF.

*Valoración integral de la condición materna fetal.

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. • Exámenes de laboratorio anexando, BH, TP, TTP, plaquetas, EGO, Glucosa. si se tiene se envía.
----------------------------	---

2.9 PLACENTA PREVIA

Definición: Consiste en la implantación de la placenta o parte de ella en algún lugar del segmento uterino.

También es conocida como inserción baja de placenta.

Clasificación:

Lateral baja	Marginal	Central Parcial	Central Total
▪ Cuando el borde placentario se encuentra a menos de 8 cm. Del orificio cervical interno.	▪ Cuando el borde placentario coincide con el orificio cervical.	▪ Cuando la placenta ocluye una parte del orificio cervical interno.	▪ Cuando la superficie placentaria cubre el orificio cervical.

Criterios de diagnóstico:

Datos clínicos	Auxiliares de diagnóstico
▪ Inicia sintomatología hemorrágica en el 2° trimestre. ▪ Hemorragia transvaginal indolora y repetitiva. ▪ Episodios de sangrado menores a 100 ml. ▪ Incremento el sangrado conforme aumenta la edad gestacional. ▪ Es habitual que entre más baja es la inserción más temprano se presenta el sangrado. ▪ En cualquier momento de la gestación puede presentarse hemorragia súbita y de gran magnitud. ▪ Por lo regular el útero se encuentra con tono nl. Excepto si hay trabajo de parto.	▪ Actualmente el ultrasonido abdominal o vaginal cuenta con un 95% de certeza diagnóstica, lo que permite establecer un plan de manejo y seguimiento oportuno.

La implantación anormal de la placenta favorece en ocasiones a la situación oblicua o transversa del producto.	
- Habitualmente no hay datos de SFA a menos que exista choque hipovolémico. - Una placenta baja puede ubicarse en posición normal conforme se desarrolle el segmento uterino. - La variedad marginal regularmente permite llevar el embarazo al término. - El diagnóstico se efectúa tomando en cuenta la edad del embarazo, la sintomatología hemorrágica, la exploración clínica y los auxiliares de diagnóstico.	

Criterios de manejo según edad gestacional.

Embarazo menor de 36 semanas: Manejo conservador.

- Criterio farmacológico HG.
- Prolongar el embarazo hasta permitir la supervivencia del producto, sin comprometer el pronóstico materno HG.

Embarazo mayor de 36 semanas: Criterio no farmacológico (dieta blanda, reposo absoluto, valoración).

Presencia de trabajo de parto: Optar por inhibir dependiendo de los siguientes factores:

- Semanas de gestación.
- Condición del producto.
- Tipo de inserción placentaria.
- Características del sangrado.

Sangrado intenso o sufrimiento fetal agudo: >Independientemente de la edad Gestacional del producto

- Criterio no farmacológico HG.
- Criterio quirúrgico HG.

Puerperio: - Raras veces la hemorragia posparto es de magnitud tal que ponga en peligro la vida de la paciente.

- Excepto en acretismo placentario.

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. • Exámenes de laboratorio anexando, BH, TP, TTP, plaquetas, EGO, Glucosa; Sólo anexar si se tienen.
----------------------------	---

2.10 ORDINARIO - CERVICOVAGINITIS

Definición: Son los procesos infecciosos e inflamatorios del cérvix y vagina de etiología diversas, con manifestaciones clínicas variables del tracto genital inferior.

Etiología: Cándida Albicans Trichomonavaginalis, Gardnerellavaginalis y mixtos.

Factores de riesgo: Ropa de fibra sintética, ropa ajustada, uso permanente de protectores con material sintético que proporciona exceso de humedad y promiscuidad sexual.

Criterios diagnósticos:

- Historia clínica
- Exploración física inspección de genitales externos con exploración armada con espejo vaginal para observar características de la mucosa y del exudado.
- Exudado cérvico-vaginal Cultivo y antibiograma para identificar agente etiológico y dar tratamiento específico de acuerdo al mismo.

Criterios de manejo	Tratamiento local, según etiología. 1. Nitrofurazona óvulos 6 mg. un óvulo diario al acostarse durante 6 días. 2. Metronidazol óvulos 500 mg. uno diario antes de acostarse por 10 días. 3. Nistatina óvulos 1000.000 u, aplicar uno cada 12 a 24 antes de acostarse, por 12 días. Tratamiento sistémico, según etiología: 1. Trimetropin con sulfametoxazol, tabletas 80/400 mg. dos tabletas diarias o una cada 12 hrs. por 10 a 14 días. 2. Metronidazol tabletas 500 mg. una cada 8 h por 10 días.
Referencia	Resumen clínico completo en formato de referencia. Exploración física sólo en caso de que después de dos o tres manejos no se obtengan los resultados esperados. Laboratorio: Exudado cervicovaginal y Papanicolaou vigente.

2.11 ENDOMETRIOSIS.

Definición: Implementación del endometrio fuera de la cavidad uterina. Causa frecuente de esterilidad.

Etiología: desconocida.

Criterios diagnósticos: Historia clínica con antecedentes de dismenorrea incapacitante, exploración física.

Criterios de envío	• Nota de envío con padecimiento actual y exploración física. • USG Pélvico se solicitara en 2do. Nivel.
---------------------------	---

2.12 ALTERACIONES DE LA ESTATICA PÉLVICA.

Definición: Se incluye los padecimientos de incontinencia utinaria, cistorrectocele, elongación cervical, desgarró perineal y prolapso uterino, los cuales deben clasificarse clínicamente según grado de presentación.

Factores de riesgo: Obesidad, multiparidad, tabaquismo, bronquitis crónica y deficiencia en la atención obstétrica. **Criterios diagnósticos:** historia clínica, exploración física EGO y urocultivo.

Criterios de manejo:

En relación con procesos infecciosos genitourinarios y manejo post operatorio:

1. Trimetropin con sulfametazol tabletas 80/400 mg. dos tabletas diarias o una cada 12 h. por 10 a 14 días.
2. Amikacina frasco ampula 500 mg. una amp. I M cada 12 h por siete días.
3. Ciprofloxacino tabletas 250 mg. una cada 12 horas por siete días.

Criterios de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. • Laboratorio BH, Glucosa, EGO urocultivo, TP TTP, plaquetas y Papanicolaou.
---------------------------	--

2.13 HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Definición:

Sangrado anormal que proviene de la cavidad uterina donde no es posible determinar cómo etiología, alguna patología orgánica y que generalmente se caracteriza por anovulación. Se considera como expresión de disfunción ovárica.

Factores de riesgo: obesidad.

Criterios de diagnóstico:

- Historia Clínica con énfasis en el patrón menstrual.
- Exploración física.
- Ultrasonido pélvico.

Criterios de manejo:

Con relación al sangrado:

1. Clormadinona tabletas 2 mg. una tableta diaria por 10 días a partir del día 14 del ciclo menstrual por tres meses.

2. Levonorgestrel y etinilestrador una tableta diaria a partir del primer día del ciclo menstrual por 21 días por tres meses.
3. Desogestrel y etinilestradiol tabletas, una tableta diaria a partir del primer día del ciclo menstrual por 21 días por tres meses.

Con relación a anemia secundaria:

- Fumarato ferroso tabletas una a dos diarias de acuerdo a la magnitud de la anemia, dosis respuesta.
- Sulfato ferroso tabletas, una a dos diarias de acuerdo a la magnitud de la anemia, dosis respuesta
- Ácido fólico tabletas, una a dos diarias de acuerdo a la magnitud de la anemia, dosis respuestas.

Tratamiento quirúrgico: legrado hemostático biopsia en caso de falta al tratamiento médico

Criterios de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. Urgencia en estado agudo • Sangrado transvaginal anormal a la consulta externa. • Laboratorio: BH Glucosa, EGO TP TTP plaquetas y Papanicolaou y USG pélvico.
--------------------	---

2.14 MASTOPATIA FIBROQUISTICA

Definición: Enfermedad mamaria benigna caracterizada por mastalgia y palpación de áreas de modularidad y con cambios fibróticos y quísticos.

Criterios diagnósticos: Historia clínica, Exploración mamario, en menores de 40 años ya que la densidad de la glándula mamaria en una mujer joven limita la visualización de lesiones en un estudio.

Mastográfico:

- Mastografía en mujeres mayores de 40 años.

Criterios de manejo:

Código: MP-DAES-RYC-02	Fecha: 30 de Octubre 2019	Revisión:	Página : 80 de 143
------------------------	---------------------------	-----------	--------------------

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

1. Bromocriptina tabletas 2.5 mg. dosis máxima de 5 mg. diarios vía oral de tres a seis meses de acuerdo a los resultados. En caso de intolerancia, se puede usar la vía vaginal, administrando 2.5. mg. diarios por la noche al acostarse por el mismo tiempo de acuerdo a la respuesta.
2. Tamoxifeno tabletas 20 mg. una tableta diaria, dosis respuesta de 1 a 3 meses GYO
3. Clormadinona tabletas 2 mg. una tableta diaria por diez días en la segunda fase del ciclo.
4. Medidas higiénico-dietéticas.
5. Dieta libre de metilxantinas.

Criterios de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. • actual y exploración física sólo de pacientes con módulos o masas que requieran tratamiento quirúrgico. BIRADS III • Laboratorio BH Glucosa, TP,TTP, plaquetas, USG mama.
---------------------------	--

2.15 INFECCION DE VIAS URINARIAS

Definición:

Es la colonización vía ascendente del tracto urinario por entero bacterias, facilitando por los cambios fisiológicos del embarazo y obstrucción parcial de la vejiga con retardo en el vaciamiento de la orina debido a compresión mecánica del útero grávido.

Etiología: Causas anatómicas, Uretra corta- Contigüidad de la uretra y el introito vaginal.

- Cercanía de la uretra y el año. – Compresión mecánica de vagina por el útero orina remanente.
- Reflujo de la orina dentro de los uréteres y la pélvica renal.- Hidronefrosis fisiológica del embarazo.

Factores predisponentes:

Presencia de uro patógenos entéricos en perine.

Valvula e introito vaginal.

Hábitos higiénicos deficientes Desnutrición, anemia y estados pluricanciales.

- Proceso infeccioso e inflamatorio del cérvix, y vagina.
- Aumento del pH en la orina.
- Glicosuria.
- Presencia de residuos de estrógeno en orina.
- Reducción del flujo urinario.

CUADRO CLINICO:

- Dolor costo vertebral.
- Fiebre calosfrió, náuseas, vómito.
- Cistitis, disuria Polaquiuria, uretritis.
- Urgencia urinaria hematuria.
- Contractilidad uterina dolorosa.
- Ruptura de membrana Parto pre.

Tratamiento:

- Nitrofurantoina 100 mg. c/6 h x 10 días.
- Fenazopiridinatab. c/8 por 10 días.
- Nitrofurazona óvulos 1x2 por 10 días.

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. • Sin respuesta a dos tratamientos. • Exámenes de laboratorio a EGO urocultivo.
----------------------------	--

3. MEDICINA INTERNA

3.1 CARDIOPATIA ISQUEMICA

Definición: En la afectación cardíaca secundaria a un déficit absoluto o relativo de riesgo coronario del miocardio que condiciona su isquemia. Aunque esta situación puede ser secundaria exclusivamente a aumentos desproporcionados de la demanda de oxígeno, por parte del músculo cardíaco, en la práctica la cardiopatía isquémica es casi siempre con

Secuencia de aterosclerosis coronaria, que condiciona una reducción del flujo coronario al corazón.

Se han identificado varios factores de riesgo que incluyen, antecedentes familiares positivos, edad, sexo masculino, hiperlipidemia, hipertensión arterial, sedentarismo, tabaquismo y diabetes mellitus. Los varones se afectan con mayor frecuencia que las mujeres en una proporción de 4:1, pero antes de los 40 años de edad la proporción es de 8:1 y luego de los 70 años es de 1:1. Es la primera causa de muerte en varones mayores de 45 años y mujeres mayores de 65 años en algunos países industrializados.

Diagnóstico: Signos y Síntomas: Manifestaciones de cardiopatía isquémica crónica caracterizada por dolor torácico precordial precipitado por estrés o ejercicio que alivia con reposo o nitratos.

Tratamiento:

1ª. Elección: Isosorbidetabs. 10 mg. 1x3x30.

Isosorbidetabs 5 mg. 1 PRN.

Ácido Acetilsalicílico tabs 1x1x30.

2ª. Elección: Nitradisc parches 1x1x30.

Nifedipinotabs 10 mg 1x1x30.

Metoprolol 1x1x30.

3ª. Elección: Verapamilo 80 mg. 1x2x30.

Propanolol tabs 40 mg. 1x1x30.

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. Cuadro doloroso precordial con irradiación carácter. Urgencia en dolor agudo.
----------------------------	--

	Si es posible EKG.
--	--------------------

3.2 NEUMONIA

Definición: Infección del parénquima pulmonar, habitualmente de evolución aguda. Es una de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial y ocupa el primer lugar entre las causas de hospitalización a Pediatría Médica en nuestro hospital.

Etiología:

- a) Viral (Adenovirus, Influenza, para influenza y Virus Sincicial Respiratorio).
- b) Bacteriana (Neumococo, Estafilococo, H, Influenza y Moraxella Catharralis)
- c) Química (Bronco aspiración)

Datos clínicos: Fiebre, tos seca o productiva, dificultad respiratoria grado variable, estertores bronco alveolares, síndrome de condensación pulmonar, ataque al estado general.

Criterios de manejo no farmacológico:

Prevención Primaria: Alimentación al seno materno, inmunizaciones, nutrición adecuada y evitar exposición a ambientes contaminados.

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia.
----------------------------	--

3.3 PANCREATITIS AGUDA

Definición: Proceso inflamatorio agudo del páncreas, puede presentar liberación de enzimas y abdomen agudo

Etiología: El alcohol y la litiasis biliar causan el 80% de las pancreatitis, siendo mayor o menor la dominancia de cada una de ellas según las áreas geográficas. El 5-10% de las pancreatitis son idiopáticas; y finalmente existe una miscelánea con amplia relación de etiologías que representan un 10%, en las que por grupos destacan la hiperlipemia, las infecciones y los tóxicos o fármacos

Cuadro clínico:

Código: MP-DAES-RYC-02	Fecha: 30 de Octubre 2019	Revisión:	Página : 84 de 143
------------------------	---------------------------	-----------	--------------------

[Handwritten signatures and marks in blue ink]

Dolor abdominal en epigastrio con irradiación a espalda, náuseas y vomito

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia.
----------------------------	--

3.4 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA ANGINA DE PECHO ESTABLE

Definición: La cardiopatía isquémica es una afección cardíaca originada por un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del miocardio, la cual se origina en la gran mayoría de los casos por placas ateroscleróticas obstructivas que disminuyen el flujo sanguíneo coronario a una región específica del corazón que provoca la sintomatología clásica de dolor opresivo retroesternal.

Epidemiología: Se presenta habitualmente en la cuarta y quinta década de la vida, afecta predominantemente al sexo masculino; sin embargo, se presenta cada vez más frecuentemente en el sexo femenino y en grupos de edad más tempranos. Hay diversos factores que influyen en la presentación de esta enfermedad en la población, los cuales se pueden englobar en dos grupos:

Grupo I) Factores inmodificables; y

Grupo II) Factores modificables.

En los factores del grupo I se encuentran: la edad, el sexo y la carga genética, entre los del grupo II; la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, la hiperlipidemia, el estrés laboral, la hiperuricemia, etc.

Signos y síntomas: Dolor opresivo o retro esternal de intensidad moderada, relacionada a esfuerzos físicos, puede asociarse a disnea, mareos, náuseas y vómito, diaforesis fría. El dolor puede irradiarse al cuello, mandíbula, hombro y brazo izquierdo, en raras ocasiones puede presentarse como dolor en epigastrio. La duración del episodio del dolor puede ser de 5 hasta 30 minutos. Habitualmente cede con el reposo y con nitritos sublinguales.

Tratamiento 1º. Elección	Tratamiento 2º. Elección
Ácido acetil salicílico tab. Sol. de 300 mg. 1/2 x1x30	Ácido acetil salicílico tab. con capa entérica 500 mg. 1x1x30
Isosorbide tab. 5 mg. PRN	Verapamilo 80 mg. 1x3x30

Isosorbide tab. 10 mg. 1x4x30	Propranolol tab.40 mg. 1x3x30
Metoprolol tab. 100 mg. 1x2x30	Captopril tab. 25 mg 1x2x30
Amlodipino tab. 5 mg.1x2x30	Pravastina tab.10 mg. 1x1x30
Nifedipino CC comp.30 mg.1x1x30	Benzafibrato tab.200 mg. 1x2x30
Enalapril tab. 10 mg 1x1x30	Nitroglicerina tab.0.8 mg. PRN
Atorvastatina tab. 20 mg. 1x1x30	
Nitroglicerina parches 5 mg. 1x1x30	

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. Si es posible EKG
----------------------------	---

3.5 CARDIOPATIA ISQUEMICA, SINDROMES CORONARIOS AGUDOS, ANGINA INESTABLE E INFARTO DE MIOCARDIO SIN ELEVACION DEL SEGUIMIENTO ST.

Definición: Los síndromes coronarios agudos describen a un espectro de síndromes clínicos que varían desde la angina de pecho inestable, el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. El término de inestable describe a un síndrome que es intermedio entre la angina de pecho estable crónica y el infarto del miocardio.

Epidemiología: Este tipo de síndromes clínicos pueden presentarse en pacientes ya conocidos de ser portadores de cardiopatía isquémica crónica o pueden presentarse en pacientes ya conocidos de ser portadores de cardiopatía isquémica crónica o pueden ser la forma de presentación de esta cardiopatía en un paciente previamente "sano" Sin embargo, hay diversos factores que influyen en la presentación de esta enfermedad en la población, entre los cuales se pueden englobar dos grupos:

Grupo I) Factores inmodificables; y

Grupo II) Factores modificables.

En los factores del grupo I se encuentran: la edad, el sexo y la carga genética, entre los del grupo II: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, la hiperlipidemia, el estrés laboral, la hiperuricemia, etc.

Etiología: El mecanismo pato fisiológico principal es la ruptura o fisura de una placa arterioesclerótica y la formación de trombos oclusivos intracoronarios. Las cinco causas

[Handwritten signature and number 4]

principales de estos síndromes son: Trombos, obstrucción mecánica, obstrucción dinámica, inflamación y demanda de oxígeno incrementada.

Signos y síntomas: Presencia de dolor opresivo retroestrenal en reposo, muy intenso que se acompaña de disnea, mareos, náuseas y vómito, diaforesis fría, sensación de muerte inminente y angustia. El dolor puede irradiarse al cuello, mandíbula, hombro y brazo izquierdo, en raras ocasiones puede presentarse como dolor en epigastrio. La duración del episodio del dolor puede ser de 5 hasta 30 minutos. Habitualmente no cede con el reposo y con nitritos sublinguales. Esta sintomatología puede presentarse como agravamiento de un cuadro de ángor estable previo.

Requisitos de envío	Resumen clínico completo en formato de referencia. Si es posible EKG.
----------------------------	--

3.6 DIABETES MELLITUS TIPO 2

Definición: Enfermedad metabólica caracterizada por hipoglucemia que resulta de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño, disfunción o falta de varios órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Criterios de envío:

DM NO INSILINODEPENDIENTE	
Síntomas	Diabéticos descompensados que no respondan a dosis máximas de tratamientos convencionales. Diabéticos con complicaciones agudas o crónicas Diabetes Mellitus Tipo II al momento del diagnóstico DM TI a los 5 años del diagnóstico.
Exámenes de laboratorio y gabinete	De acuerdo al cuadro clínico BHC, EGO, QS, Perfil de lípidos, proteinuria.

3.7 HIPERTENSION ARTERIAL

Epidemiología: La prevalencia es de 6 a 8% de la población general, aumenta con la edad, sobre todo la sistólica con lo cual aumenta la presión diferencial. Se reconocen factores

contribuyentes de tipo ambiental (estrés, ambientes psicosociales adversos) y dietético (obesidad e ingesta de sal).

Etiología: La causa se desconoce en la mayoría de los casos, y la prevalencia de HTA de etiología secundaria (renal, endocrina, neurogena o de causas diversas): varía de unos centros a otros, aunque se considera alrededor de 6% en hombres de mediana edad.

Diagnóstico: Signos y Síntomas: Elevación sostenida de la presión arterial con cifras $\geq$ 140/90mm de Hg.

Exámenes de laboratorio y/gabinete: Biometría hemática completa, examen general de orina glucosa, urea, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos, ácido úrico, sodio, potasio, EKG.

Exámenes o estudios opcionales: depuración de creatinina, calcio sérico, ecocardiograma.

TX Médica HAS	1er. Elección	2ª. Elección
Leve	Captopril tabs 25 mg. 2 x 3 x 30. Clortalidonatabs 100 mg. 1 x 1 x 30. Metoprolol tabs 100 mg 1 x 2 x 30.	Enalapril tabs. 10 mg. 1 x 2 x 30.
Moderada	Enalapril tabs 10 mg. 1 x 2 x 2 x 30. Hidroclorotiazida tabs 1 x 2 x 30.	Verapamilo caps. 80 mg. 1 x 3 x 30. Nifedipino caps. 10 mg. 2 x 3 x 30. Losartan tabs 50 mg. 1 x 1 x 30.
Severa	Hidralazina tabs. 10 mg. 2 x 3 x 30.	Nifedipino 30 mg. 1 x 1 x 30.

Criterios de envío:

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Hipertensos jóvenes de reciente Dx.
- Hipertensión de difícil control.
- QS, Perfil de lípidos, tele de tórax.

3.8 HEPATITIS VIRAL CRONICA

Signos y Síntomas: La fatiga es el dato más común referido en los pacientes asintomáticos, seguida de pérdida de peso, anorexia y dolor abdominal leve, la ictericia y la hepatoesplenomegalia son poco usuales.

Exámenes de laboratorio y/o gabinete: Biometría hemática completa, tiempo de protrombina, pruebas de función hepática completa, perfil serológico para hepatitis, ELISA para hepatitis C, aminotransferasas elevadas ≥ 2 veces de lo normal por 6 meses o más, con tiempo de protrombina anormal y/o plaquetas $> 80,000$ mmc requiere estadificar grado de insuficiencia hepática y/o hipertensión portal, de resultar TP y plaquetas normales, realizar biopsia hepática para clasificar: grado de actividad de hepatitis y/o cirrosis hepática. Endoscopia de tubo digestivo alto.

Etiología: El virus C corresponde al 70% de las hepatitis crónicas y 40% de las cirrosis hepáticas, está asociado a 60% de los carcinomas hepatocelulares y es motivo del 30% de los trasplantes hepáticos en el mundo. También el virus B condiciona un gran buen número de hepatitis crónica.

Criterios de envío:

- Pacientes con alta sospecha clínica de la enfermedad para confirmación diagnóstica y tratamiento.
- En todos casos, los pacientes deben de enviarse con al menos una biometría hemática completa (BH), química sanguínea general (QS).
- Pruebas de funcionamiento hepático.
- Tipos de coagulación Velocidad de sedimentación globular (VSG), examen general de orina (EGO), radiografías PA de manos y AP de pies (en caso de manifestaciones articulares).

3.9 LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Definición: Enfermedad autoinmune caracterizada por la producción de anticuerpos contra componentes del núcleo celular y un conjunto diverso de manifestaciones clínicas.

Criterios diagnósticos: eritema malar, rash discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, serositis, alteración renal, neurológica, hematológica e inmunológica, anticuerpos antinucleares.

Epidemiología: La afección predomina en el sexo femenino, relación 9:1 y suele comenzar entre la segunda y cuarta década de la vida. Se han observado numerosas circunstancias (embarazo, exposición solar, toma de estrógenos, infecciones, intervenciones quirúrgicas) que desencadenan los brotes de la enfermedad.

Etiología: La causa se desconoce, aunque se han invocado diversos factores de índole infecciosa, hormonal, genética y ambiental.

Signos y Síntomas: Criterios diagnósticos: eritema malar, rash discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, serositis, alteración renal, neurológica, hematológica e inmunológica, anticuerpos antinucleares.

Criterios de envío	Pacientes con alta sospecha clínica de la enfermedad para confirmación diagnóstica y tratamiento.
Exámenes de laboratorio y gabinete	En todos los casos, los pacientes deben de enviarse con al menos una biometría hemática completa (BH) química sanguínea general (QS), velocidad de sedimentación globular (VSG), examen general de orina (EGO), radiografías PA de manos y AP de pies (en caso de manifestaciones articulares).

3.10 ARTRITIS REUMATOIDEA

Definición: Enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por provocar inflamación crónica principalmente de las articulaciones, que produce destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional.

Etiología: La causa de la AR sigue siendo desconocida, (6) por ende hay datos que indican que podría ser desencadenada por una infección en individuos genéticamente predispuestos.

Diagnóstico: De acuerdo al Colegio Americano de Reumatología (ACR-American College of Rheumatology), se establece el diagnóstico de artritis reumatoide cuando están presentes

cuatro de los siete criterios. Siempre y cuando del criterio número uno al cuatro, estén presentes por al menos 6 semanas. Estos son los siete criterios:

- Rigidez matutina de al menos una hora de duración
- Artritis en 3 o más articulaciones
- Artritis de las articulaciones de la mano
- Artritis simétrica
- Nódulos reumatoides
- Cambios radiológicos compatibles con AR
- Factor reumatoide positivo

El factor reumatoide es el criterio menos importante, ya que no todos los pacientes con artritis lo tienen positivo y algunas personas sanas, lo tendrán positivo, sin significar tener la enfermedad. Además de síntomas tales como hinchazón, calor, enrojecimiento y movimiento limitado de las articulaciones, la presencia de un anticuerpo (Factor Reumatoide) puede ser un indicio de AR, aunque aparece también en muchas personas que no la padecen.

Intenta remitirse desde fases tempranas ya que no es una enfermedad benigna y las lesiones se producen ya en los 2 primeros años.

Exámenes de laboratorio y/o gabinete: Biometría Hemática completa, examen general de orina, FR, VSG, PCR.

Criterios de envío	1.- Pacientes con alta sospecha clínica de la misma para confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento. 2.- Manifestaciones extra-articulares graves que requieran el uso de fármacos citotóxicos.
Exámenes de laboratorio y gabinete	3.- En todos los casos, los pacientes deben de enviarse con al menos una BH completa, química sanguínea general (QS), velocidad de sedimentación globular (VSG), examen general de orina (EGO), factor reumatoide (FR), PCR y radiografías PA de manos y AP de pies.

3.11 CIRROSIS HEPATICA

Definición: Es una entidad definida desde el punto de vista anatomopatológico, manifestada por lesión crónica del hígado. La reducción de la masa de hepatocitos produce alteraciones metabólicas (insuficiencia con o sin encefalopatía), la fibrosis y la distorsión vascular conducen a la hipertensión portal (ascitis y hemorragia gastrointestinal).

Epidemiología: La causa más frecuente es el alcohol entre el 50 a 60%, se requiere un tiempo mínimo de alcoholismo requerido de 10 años. También los virus de la hepatitis sobre todo B y C condicionan el trastorno.

Etiología: Alcoholismo, virus de hepatitis B y C.

Signos y Síntomas: La fatiga es el dato más común referido en los pacientes asintomáticos, seguida de pérdida de peso, anorexia y dolor abdominal leve, la ictericia y la hepatoesplenomegalia son poco usuales.

Tratamiento: Cirrosis hepática:

- 1ª. elección.- Cochinquina perlas 1 mg 1x1x30/Ranitidina tabs 150 mg. 1x2x30,
- 2ª. elección.- Omeprazol caps. 20 mg 1x1x15 Polivitaminas oral 1x1x30

Insuficiencia (encefalopatía):

- Neomicinatab. 250 mg. 1x3x15/lactosa 50g 2x2/fitomenadiona 1x1x15

Retención hídrica:

- 1ª. elección: Espironolactona tab. 25 mg. 2x3x30/Furosemide 1x3x30/sales de potasio tab. 1x2x30
- 2ª. Elección: Omeprazol caps. 20 mg. 1x1x15

Criterios de envío	Cuadro clínico sugestivo con complicaciones de la misma.
Exámenes de Laboratorio y gabinete	BHC, PFH, T de protrombina, QS.

3.12 INSUFICIENCIA CARDIACA

Dosis de medicamentos

Digoxina 25 mg. Furosemide 40-120 mg. Espironolactona 50-100 mg. Sales de potasio 10-20 mg. Isosorbide 20-40 mg. Captopril 25-50 mg.

Tratamiento: Orientación Higiénico dietética, digitalicos, diuréticos, suplementos de potasio, vasodilatadores, inhibidores de la ECA.

Criterios de envío	Cuadro clínico sugestivo Insuficiencia cardiaca descompensada
Exámenes de laboratorio y gabinete	BHC, QS, Tele Tórax

3.13 ASMA BRONQUIAL

Definición: Proceso inflamatorio crónico del árbol bronquial, muy frecuentemente en la edad pediátrica, que en los últimos años ha incrementado su prevalencia y morbimortalidad. Es la primera causa de atención en Urgencias Pediátricas en la etapa de agudización o crisis.

Criterios de diagnóstico: Fundamentalmente clínico y con la valoración de la función respiratoria. Es conveniente diferenciar dos presentaciones o fases clínicas.

Crisis asmática: Disnea aguda de tipo obstructivo respiratorio, tos aislada o en accesos, sensación de opresión torácica, estertores silbantes y roncantes, lenguaje o llanto entrecortado, y en casos grave somnolencia y confusión. La exploración de tórax muestra datos de dificultad espiratoria y broncoespasmo con sibilancias espiratorias diseminadas.

3.14 ESCALA DE SEVERIDAD DE LA CRISIS ASMÁTICA

(0-1 LEVE, 2-3 MODERADA, 4-5 SEVERA)

- (1) -Asintomático pero con broncoespasmo
- (2) -Disnea y sibilancias discretas, disminución de la actividad
- (3) -Sentado, usa músculos accesorios para respirar, sibilancias aumentadas

- (4) -No tolera decúbito dorsal, sibilancias audibles a distancia, usa músculos tórax-abdominales, inquieto, orientado.
- (5) -Silencio respiratorio, falla respiratoria, desorientación.
- (6) -Hipoxemia, hipercapnia, acidosis mixta, no respuesta a la medicación.

Asma intercrisis (asma crónica): Puede cursar asintomática o bien presentar disnea de esfuerzo e intolerancia al ejercicio. La exploración física muestra tórax sin alteraciones o existir roncus, sibilancias aisladas y síndrome de rarefacción pulmonar.

ESTADISTICA DEL ASMA CRONICA

Estadio	Síntomas Diurnos	Síntomas Nocturnos
<u>Asma leve intermitente</u> Salbutamol y Bromuro de Ipratropio	< = 2 veces al mes	< = 1 al mes
<u>Asma leve persistente</u> Salbutamol y Bromuro de Ipratropio, Beciometasona	>de 1 por semana	>de 1 por mes
<u>Asma moderada persistente</u> Montelukast, Salmeterol con fluticasona	Diarios 1 x día	>de 1 por semana
<u>Asma severa persistente</u> Montelukast, Salmeterol con fluticasona, Budesonida con formoterol	Constantes	Diarios

Criterios de manejo no farmacológico

- Evitar exposición a factores desencadenantes (frío intenso, polvo, humo, alérgenos, etc.) actividad física normal.
- Orientación al paciente y su familia sobre:
 - 1.- Características del padecimiento
 - 2.- Formas de prevención
 - 3.- Identificación temprana de la crisis

Manejo domiciliario de crisis leves

Criterios farmacológicos

Farmacológico: en crisis Salbutamol inhalado 0.15 mg/k cada 20 mn. hasta 3 dosis ✓ Oxígeno por catéter nasal ✓ Metilprednisolona 1 a 2 mg/kg de peso al día cada 6 hrs. IV (si ya se administraba por vía inhalada la Beclometasona). Criterios de Alta: 1.- Mejoría franca o desaparición de los síntomas por espacio de 3 hrs. Y flujometría mayor del 70%. 2.- Valoración por su médico antes de 3 días 3.- A Clínica de ASMAEN 2º. Nivel los casos con crisis severa y/o estadio 3 y 4 (moderada persistente y severa persistente). Criterios de Hospitalización: 1.- Respuesta inadecuada después de 3 a 4 horas 2.- Síntomas severos o progresivos, somnolencia, confusión, flujometría < 30%, hipercapnia e Hipoxemia. 3.- Considerar Aminofilina IV.	Farmacológico: intercrisis Estadio 1: Como preventivo en caso de ser desencadenado por frío o ejercicio, utilizar Salbutamol inhalado uno o dos disparos previos a la exposición. Estadio 2: ✓ Cromoglicato de sodio inhalado 2 inhalaciones c/6 h. ✓ Salmeterol inhalado 50 mcg. Cada 12 hrs. ✓ Considerar la posibilidad de iniciar anti-inflamatorios bajos: Montelukast o Beclometasona Estadio 3: ✓ Igual al anterior más: Montelukast 5 mg. cada 12 hrs. VO. Estadio 4: ✓ Igual al anterior más: Beclometasona inhalada una dosis de 50 mcg c/8 hrs.
---	---

En todos los casos identificar de ser posible y tratar en su caso el factor desencadenante.

Criterios de envío	Cuadro clínico sugestivo. Asma persistente 1er. Nivel, Moderado 2º. Nivel Severa Urgencias
Laboratorio y gabinete	BHC, citología moco nasal, QS, Tele Torax, Laboratorio:

	✓ BH para determinar eosinofilia ✓ Eosinófilos en moco nasal si es posible
--	---

4. OFTALMOLOGIA

4.1 CATARATA

Definición: Se conoce como catarata a la opacidad del cristalino, siendo ésta la causa de disminución de la agudeza visual del paciente e instalación de visión borrosa en uno o ambos ojos.

Epidemiología: La catarata más frecuentemente se presenta en pacientes de la tercera edad sobre todo la relacionada con la edad. En el paciente diabético se puede presentar mucho antes, sobre todo si no lleva control metabólico adecuado., no habiendo dominancia en cuanto a edad y sexo. En los niños la catarata congénita es poco frecuente y generalmente se diagnóstica en los primeros meses de vida. Este padecimiento ocupa aproximadamente el 30% de la consulta otorgada en los hospitales de segundo nivel.

Etiología: A continuación se mencionan los factores asociados a las cataratas más comunes:

- ✓ Catarata senil: Se presenta en pacientes mayores de 65 años
- ✓ Catarata metabólica: La más frecuente es la producida por la diabetes mellitus
- ✓ Catarata tóxica: Generalmente son producidas por la ingesta crónica de medicamentos, la más frecuente es la producida por corticosteroides.
- ✓ Catarata secundaria o complicada: La producida por alguna patología ocular primaria como uveítis, glaucoma agudo.
- ✓ Catarata congénita: La cual puede ser producida por infecciones maternas como rubéola, ingesta de fármacos como corticoides o hereditaria

Signos y Síntomas: Disminución lenta y progresiva de la agudeza visual de uno o ambos ojos con presencia de fotofobia e instalación final de visión borrosa. En casos avanzados se puede complicar con varios tipos de glaucoma contando con sintomatología mixta.

Criterios de envío	Todo paciente con dx. De catarata y disminución de la agudeza visual. En DMT 2 GLUCOSA MENOR DE 140 MG. Y HB Glucosilada menor de 7.
---------------------------	--

Exámenes de laboratorio y gabinete	Glucosa sérica en ayuno.
---	--------------------------

4.2 GLAUCOMA

Definición:

Glaucoma es el nombre con el que se conoce a un grupo de enfermedades en las que generalmente (no siempre) se encuentra elevada la presión intraocular, lo que conlleva a daño a nivel del nervio óptico y alteraciones en los campos visuales del paciente con la consecuente afectación de la visión, el cual en sus fases terminales en la enfermedad puede ocasionar pérdida total e irreversible de la función visual.

Etiología: En el caso de los glaucomas primarios es desconocida y multifactorial aunque es innegable la participación que la herencia tiene en los mismos.

Traumático: Secundario a hipema, receso angular o luxación del cristalino.

Inflamatorio: Frecuente en la uveítis anterior crónica.

Neo vascular: Por rubeosisiridis, es decir neo vascularización del iris con afección trabecular y del ángulo camerular secundario a isquemia retinada por oclusión de la vena central de la retina o retinopatía diabética proliferativa.

Signos y Síntomas: Varía de acuerdo al tipo de glaucoma y va desde la evolución asintomática en el glaucoma primario de ángulo abierto, hasta dolor ocular importante con cefalea, ipsilateral, disminución importante de la agudeza visual y ojo rojo del glaucoma agudo.

Criterios de envío	Todo paciente con dx de glaucoma, de acuerdo a indicación del especialista. Los pacientes con glaucoma agudo deberán de ser enviados de forma urgente.
Exámenes de laboratorio y gabinete	No requiere

4.3 PTERIGIÓN

Definición: El pterigión es una neo formación fibrovascular conjuntival benigna que invade a la córnea y que se encuentra en la zona de exposición solar, siendo más frecuente en el sector nasal de la conjuntiva bulbar.

Etiología: La etiología es multifactorial pero intervienen principalmente la exposición a radiaciones ultravioletas del sol, siendo estas más intensas al nivel de los trópicos, ambientes contaminados que junto con gran exposición del ojo a estos factores y alteraciones en la lubricación ocular favorecen la aparición del pterigión.

Signos y Síntomas: Escozor, prurito ocasional, sensación de cuerpo extraño y ojo rojo son la principal sintomatología. Cuando el pterigión compromete al eje visual ocurre disminución de la agudeza visual.

Criterios de envío	Paciente con diagnóstico de pterigión que con tratamiento no hayan mejorado la sintomatología o que el tamaño de la lesión justifique el envío.
Laboratorio y gabinete	No requiere.

4.4 CONJUNTIVITIS

Definición: La conjuntivitis como su nombre lo dice es la inflamación de la conjuntiva y que puede ser de etiología diversa. Puede ser aguda o crónica y estar involucradas o no las estructuras vecinas a la misma con párpados, pestañas, cornea, etc.

Etiología: Va desde la infecciosa (bacteriana, viral, por clamidias), atópica o alérgica, degenerativas, por alteraciones en la película lagrimal, enfermedades autoinmunes, etc.

Diagnóstico: Varía de acuerdo al tipo de conjuntivitis pero generalmente se acompañan de presencia de ojo rojo, prurito ocular, escozor, sensación de ojo seco, cuando se encuentra afectada la córnea fotofobia, edema palpebral en caso d encontrarse comprometido, secreción ocular que va desde la hialina hasta la mucopurulenta.

Criterios de envío	Todo paciente con diagnóstico de conjuntivitis que no respuesta al tratamiento inicial del primer nivel de atención.
Exámenes de laboratorio y gabinete	No requiere.

4.5 QUERATITIS

Definición: El término queratitis se refiere a la inflamación de la córnea, la cual puede tener diversas causas. Esta inflamación puede ser a cualquier nivel de las capas de la córnea.

Etiología: Es variada dependiendo del tipo de queratitis y van desde la infecciosa (bacteriana, micótica, viral como la herpética o por parásitos como la acantamoeba) a causas no infecciosas como la queratitis por exposición, la queratitis sicca por deficiencia o mala calidad de la película lagrimal, defectos del epitelio o estroma corneal entre otras causas.

Signos y Síntomas: La Sintomatología es variada: pero en general cursan con sensación de cuerpo extraño importante, dolor, ojo rojo, epifora, disminución de la agudeza visual y/o visión borrosa, fotofobia e incluso secreción ocular sobre todo en las de tipo bacteriano.

Criterios de envío	Todo paciente con diagnóstico de queratitis por primera vez, deberá ser enviado para valoración.
Exámenes de laboratorio y gabinete	No requiere.

4.6 ESTRABISMO

Definición: Se conoce como estrabismo a la desviación del eje visual de uno o ambos ojos la cual generalmente es de origen congénito y en menor proporción de forma adquirida. En la mayoría de los casos el tratamiento es exclusivamente quirúrgico.

Etiología: Varía de acuerdo al tipo de estrabismo, los concomitantes o primarios son de origen hereditario o congénito. Los adquiridos pueden ser secundarios a parálisis de los

músculos extra oculares, traumáticos por fracturas orbitarias, hemorragia retro bulbar, ocupativas en órbita como tumores, etc.

Signos y Síntomas: Desviación del eje visual de uno o ambos ojos con alteraciones en la motilidad ocular. Puede encontrarse posición compensadora de la cabeza y alteraciones sensoriales como la ambliopía.

Criterios de envío	Todo paciente con diagnóstico de estrabismo debe ser enviado a valoración inicial donde se determinará la conducta a seguir según el caso.
Laboratorio y Gabinete.	No requiere

4.7 DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Definición: El desprendimiento de retina se define como una separación de la retina neurosensorial del epitelio pigmentado de la retina, por líquido que pasa de la cavidad vítrea al espacio subretiniano, ya sea a través de desgarro, agujero o desinserción retiniana. El desprendimiento de retina de tal naturaleza es originado por algún agujero o desgarro retiniano.

Etiología: Entre las causas más frecuentes se encuentra la miopía, el antecedente de cirugía de catarata (afaquia o pseudofaquia), antecedentes de otro tipo de cirugía intraocular, traumatismos, perforaciones o heridas oculares. La herencia es un factor importante en ciertos casos.

Signos y Síntomas: Se caracteriza por la presentación súbita, progresiva o ambas, de fotopsias, midesopsias y presencia de un escotoma (sombra), el cual es móvil y su tamaño fluctúa con el movimiento ocular y la extensión del desprendimiento de retina.

Criterios de envío	Todo paciente con diagnóstico de estrabismo debe ser enviado a valoración inicial donde se determinará la conducta a seguir según el caso.
Laboratorio y gabinete.	No requiere.

4.8 CUERPOS EXTRAÑOS CORNEALES Y CONJUNTIVALES

Definición: Cuerpos extraños corneales o conjuntivales son aquellos objetos extraños al cuerpo humano, generalmente sólidos que por una acción generalmente traumática se alojan en las estructuras más superficiales del globo ocular y que de la misma forma son las más expuestas.

Etiología: Generalmente traumática

Signos y Síntomas: Sensación de cuerpo extraño, dolor ocular, lagrimeo, fotofobia, hiperemia conjuntival.

Criterios de envío	Todo paciente con diagnóstico de cuerpos extraños que no se logren retirar en primer nivel de atención.
Laboratorio y Gabinete	No requiere

4.9 AMETROPIA Y PRESBICIA

Definición: Ametropía se refiere al defecto visual por medio del cual los rayos de luz paralelos que inciden en el globo ocular enfocan por delante (miopía) o por detrás (hipermetropía) de la retina.

Presbicia: Es la condición óptica en la cual, debido a cambios en el cristalino producidos por la edad, disminuye en forma irreversible el poder de la acomodación.

Etiología: Las ametropías son secundarias ya sea a alteraciones en el poder dióptrico del ojo, en el tamaño total del globo ocular o ambas.

Signos y Síntomas: Las ametropías se caracterizan por mala agudeza visual ya sea a la visión lejana o cercana según el caso. La presbicia por una disminución de la acomodación para ver los objetos cercanos. Ambas causan un cuadro clínico conocido como astenopia.

Criterios de envío	Todo paciente con diagnóstico de ametropía y/o presbicia deberá ser canalizado al servicio de optometría.
Laboratorio y gabinete	No requiere.

5. TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

5.1 LUMBALGIA

Definición: Se define como el síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen. En el estado agudo, es agravado por todos los movimientos y en la forma crónica, solamente por ciertos movimientos de la columna lumbar. Cuando al cuadro doloroso se agrega compromiso neurológico radicular, se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas.

Etiología: Principalmente mecánica.

Diagnóstico: Dolor en la región baja de la espalda, localizado o con irradiación hacia regiones glúteas.

Espasmo muscular paravertebral bilateral. Limitación a la movilidad. Signos de radiculopatía (Alteraciones en la sensibilidad, fuerza muscular, reflejos patelar y Aquiles y signos de neuro tensión).

Criterios de envío	Lumbalgia crónica sistematizada CONSULTA EXTERNA Lumbociática aguda URGENCIAS
Laboratorio y gabinete	Rx, AP y lateral de columna lumbar, con el paciente de pie y descalzo Oblicua en lumbalgia sistematizada.

5.2 ESGUINCE DEL TOBILLO

Definición: Elongación abrupta de los ligamentos lateral y medial del tobillo sin pérdida de la congruencia articular.

Etiología: Traumática

Clasificación:

1ER. Grado (Leve):

Desgarro de una cantidad mínima de fibras del ligamento, con sensibilidad localizada peri sin inestabilidad.

Dx: Aumento de volumen leve (+), dolor a la palpación regional, RX con estrés: apertura menor de 5 mm.

Tratamiento: conservador: SX: reposo absoluto por 3-5 días aplicación de hielo local y vendaje compresivo, sin inmovilización ALTA a los 7 días, protección recomendada.

2º. Grado (Moderado):

Disrupción de más fibras ligamentosas, con mayor pérdida funcional y una reacción articular más importante, pero sin inestabilidad.

Dx: Aumento de volumen moderado (++ a +++), equimosis regionales, RX. Con estrés: apertura de 5 a 10 mm.

Tx: Conservador, Bota larga o férula de yeso con el tobillo neutro durante 2 semanas en total. Ejercicios isométricos de muslo, cadera y pierna, no apoyo. Iniciar apoyo mínimo con el antepié a partir de los 10 días. Cita en CE de 0-T o Urgencias a las 2 semanas de la lesión para retiro de yeso en 2 semanas, movilización activa de tobillo, cadera y artejos.

Envío a rehabilitación (sólo RT) a las 2 semanas. Rehabilitación durante 1 semana y Alta a laborar. Cuidados: no actividades deportivas durante 2 a 3 meses.

3er. Grado (Grave) Disrupción completa del ligamento

Tipo 1: Sin inestabilidad, TX Conservador igual al GI

Tipo 2: Sin inestabilidad, TX Conservador igual al GII

Tipo 3: (+++) desviación del astrágalo > de 10 mm. Inestable: TX QX de ligamento Medial o lateral en fase crónica

Diagnóstico: Aumento de volumen severo, equimosis regional, RX con estrés apertura mayor de 10 mm

Tratamiento medico	Primera elección	Segunda elección	TERCERA ELECCION
Analgésicos	Acetaminofentab. 500 mg. x 3 a 5 días.	Ac. Acetil Salicílico tab. 500 mg. una tab. Cada 6 horas durante 3 a 5 días.	

Anti-inflamatorios	Peroxiam. Tab. De 200 mg. 1 cada 12 horas durante 7 a 10 días.	Diclofenaco, Tab. 100 mg. 1 cada 12 horas durante 7 días.	Naproxenotab. 250 mg. una cada 12 hrs. Durante 7 a 10 días.
--------------------	--	---	---

Criterios de envío	Esguince grado III.
Laboratorio y gabinete	Rx. AP y lateral si es posible. Receta por analgésicos y Antiinflamatorios.

5.3 FRACTURAS DEL TOBILLO

Definición: Lesión ósea con o sin lesión ligamentos de la articulación tibio peroneoastragalina.

Etiología: Traumática.

Signo y Síntomas: Dolor, aumento de volumen, incapacidad funcional, deformidad, equimosis.

Tratamiento: Fractura del tobillo no desplazadas: Escayolado por 4 a 6 semanas, medicina física y rehabilitación hasta por 4 semanas más.

Tratamiento médico	1era. elección	2da. elección	3era. elección
Analgésicos	Acetaminofén tab. 500 mg x 3 a 5 días.	Ácido acetil salicílico tab. 500 mg una tab. Cada 6 hrs. durante 3 a 5 días.	
Anti-inflamatorios	Piroxicamtab de 20 mg 1 cada 12 hrs. durante 7 a 10 días.	Diclofenacotab 100 mg 1 cada 12 hrs. durante 7 días.	Naproxenotab. 250 mg una cada 12 hrs. x 7 a 10 días.

Fracturas del tobillo desplazadas con o sin lesión capsulo-ligamentaria.

Analgésicos	Ketorolaco, amp de 10 mg IV, una cada 6 hrs. por 1 a 2 días URG.	Metamizol, amp de 500 mg IV, una cada 6 hrs. por 1 a 2 días URG.	Diclofenacoamp de 75 mg IM una cada 12 hrs. por 1 a 2 días URG.
Antiinflamatorios	Naproxenotab. de 250 mg una tab cada 12 hrs. durante 3 a 5 días.	Diclofenacotab. 100 mg una tableta cada 12 hrs. durante 3 a 5 días.	

Criterios de envío

Perfil Clínico	Urgencia
----------------	----------

5.4 FRACTURAS DIAFISIARIAS DE LA TIBIA

Definición: Pérdida de la solución (o rotura estructural en la continuidad ósea de la diáfisis de la tibia.

Signos y Síntomas: Dolor aumento de volumen, incapacidad funcional, deformidad, equimosis.

Tratamiento: Fracturas cerradas no desplazadas o incompletas y sin lesión de partes blandas: Inmovilización externa durante 8 a 12 semanas: Es aceptable como máximo un anulación anterior o posterior, varo o valgo de hasta 10 grados, rotación <de 5 grados y acortamiento < de 10 mm.

Tratamiento médico	1era. elección	2da. elección	3era. elección
Analgésicos	Acetaminofén tab. 500 mg x 3 a 5 días.	Ácido acetil salicílico tab. 500 mg una tableta cada 6 hrs. durante 3 a 5 días.	
Anti-inflamatorios	Piroxicamtab de 20 mg 1 cada 12 hrs. durante 7 a 10 días.	Diclofenacotab 100 mg 1 cada 12 hrs. x 3 a 5 días.	Naproxenotab. 250 mg una tab. Cada 12 horas x 3 a 5 días.

4

[Handwritten signature]

Fracturas de la tibia no complicadas			
Analgésicos	Ketorolaco, amp de 10 mg IV, una cada 6 hrs. por 1 a 2 días URG	Metamizol, amp de 500 mg IV, una cada 6 hrs. por 1 a 2 días URG	Diclofenacoamp de 75 mg IM una cada 12 hrs. por 1 a 2 días URG
Antiinflamatorios	Naproxenotab. de 250 mg una tab cada 12 hrs. durante 7 a 10 días	Diclofenacotab. 100 mg una tab. Cada 12 hrs. durante 3 a 5 días.	Naproxenotab de 250 mg 1 tab cada 12 hrs. x 3 a 5 días
Criterio de envío	Datos clínicos de fractura		

5.5 GONARTROSIS

Definición: Proceso degenerativo de la articulación de la rodilla relacionado con la edad o con traumatismos previos y en relación directa con los hábitos del individuo.

Etiología: Degenerativa.

Signos y Síntomas: Dolor, incapacidad funcional deformidad progresiva y limitación de arcos de movilidad.

Exámenes de laboratorio y gabinete: AP de ambas rodillas con apoyo y lateral de ambas rodillas para comparar grado de avance del proceso. Con lo que se va clasificar en:

GI: Disminución de espacios articular con esclerosis de superficie.

GII: Lo del GI más osteoporosis subcondral.

GIII: Lo anterior más formación de quistes y geodas subcontroladas.

GIV: Lo anterior más formación de osteofitos marginales y subluxación articular.

Tratamiento: no farmacológico:

Fisioterapia durante 2 semanas con ejercicios de movilidad y fortalecimiento muscular. Uso de rodillera reforzada por 14 a 21 días.

Tratamiento farmacológico:

1er. elección: Paracetamol tab. 500 md 1 cada 6 hrs. por 7 a 14 días.

2da. Elección: Piroxicamtab. 20 mg 1 cada 12 hrs. por 14 a 21 días.

Criterios de envío		Dolor intenso, limitación funcional y aumento de volumen con gonartrosis GII-GIV.
Laboratorio y gabinete	y	AP de ambas rodillas con apoyo y lateral de ambas rodillas.

5.6 FRACTURAS DIAFISIARIAS DEL ANTEBRAZO

Definición: Pérdida de la solución (o rotura estructural), en la continuidad ósea de la diáfisis de uno o los dos huesos del antebrazo.

Diagnóstico: Dolor, aumento de volumen, incapacidad funcional, deformidad equimosis.

Criterios de envío		Datos clínicos de fractura.
Laboratorio y gabinete	y	Rx AP y lateral del antebrazo.

5.7 FRACTURAS DIAFISIARIAS DE LA ARTIUCACION DE LA MUÑECA

Definición: Pérdida de la solución (o rotura estructural) en la continuidad ósea del tercio distal de la diáfisis de cualquier de los huesos del antebrazo.

Diagnóstico: Signos y Síntomas: Dolor, aumento de volumen, incapacidad funcional, deformidad, equimosis.

Tratamiento: Fractura cerradas con escasa alteración anatómica, sin lesión de partes blandas: Inmovilización externa durante 4 a 6 semanas.

Criterios de envío		Datos clínicos de fractura inmovilización
Laboratorio y gabinete	y	2do. Nivel. Rx AP y lateral de la muñeca.

5.8 ESGUINCE DE RODILLA

Definición: Elongación abrupta de los ligamentos estabilizadores de la rodilla sin pérdida de la congruencia articular.

Clasificación:

Esguince de 1er. Grado (leve)	Desgarro de una cantidad mínima de fibras del ligamento, con sensibilidad localizada pero sin inestabilidad.
Esguince de 2do. Grado (Moderado)	Disrupción de más fibras ligamentosas, con mayor pérdida funcional y una reacción articular más importante, pero son inestabilidad.
Esguince de 3er. Grado (Grave)	Disrupción completa del ligamento. Tipo 1: Maniobra de bostezo (estrés) <5 mm Estable. Tipo 2: Maniobra de bostezo 5 - 10 mm Estable. Tipo 3: Maniobra de bostezo > 10 mm Inestable.

Diagnóstico:

Esguince de 1er. Grado (leve)	Aumento de volumen leve (+), dolor a la palpación regional, Rx, con maniobra de "bostezo" (estrés): apertura < de 5mm.
Esguince de 2do. Grado (Moderado)	Aumento de volumen moderador (++a+++), equimosis regionales, Rx. Con maniobra de "bostezo" (estrés): apertura de 5 a 10 mm.
Esguince de 3er. Grado (Grave)	Aumento de volumen severo, equimosis regional, en las Rx, con maniobra de "bostezo" (estrés): apertura > de 10 mm.

Tratamiento:

Esguince de 1er. Grado (leve)	Sintomático, reposos absoluto por 3 a 5 días, aplicación de hielo local y vendaje compresivo, sin inmovilización, alta a los 7 días, protección recomendada, alta desde Urgencias.
Esguince de 2do. Grado (Moderado)	Bota larga o férula de yeso con la rodilla a 30 a 45 durante 3 semanas en total. Ejercicios isométricos de muslo, cadera y pierna, no apoyo, cita en cede O-T con radiografías para cambio de yeso a los 10 días de la lesión e iniciar apoyo mínimo con el ante pié a

	partir de las 2 semanas con movilización activa de tobillo, cadera y artejos. Envío a rehabilitación una semana después del retiro de la inmovilización. Rehabilitación durante 1 a 2 semanas y alta a laborar. Cuidados: no actividades deportivas durante 2 – 3 meses.
Esguince de 3er. Grado (Grave)	Tipo 1: Tratamiento conservador igual al grado II. Tipo 2: Reparación quirúrgica. Tipo 3: Reparación quirúrgica.

Criterios de envío:

Perfil Clínico	Esguince grado II y III. Rx. A-P y lateral. Receta por analgésicos y Antiinflamatorios. Incapacidad inicial.
-----------------------	---

5.9 SINDROME DE HOMBRO DOLOROSO

Definición: Lesión aguda o crónica que puede ser de origen traumático y/o degenerativo que se presenta habitualmente en edad productiva en la senectud.

Etiología: Traumática o degenerativa.

Signos y Síntomas: Los síntomas son primordialmente dolor progresivamente limitante y focalizado a corredora bicipital y limitación funcional progresiva principalmente a la abducción.

Tratamiento: Medicina física y rehabilitación durante dos semanas para fisioterapia y ejercicios de movilidad y fortalecimiento muscular.

Criterios de envío	Dolor intenso y limitación funcional del hombro con signos de pinzamiento II positivos.
Laboratorio y gabinete	AP del hombro afectado.

5.10 FRACTURAS DE MANO

Definición: Lesión traumática sobre la mano con la suficiente liberación de energía como para producir lesión ósea con o sin lesión de partes blandas.

Diagnóstico: Signos y Síntomas: Dolor intenso, deformidad de la región y limitación funcional.

Tratamiento: Conservador: Reducción cerrada e inmovilización externa por cuatro semanas.

Tx: En caso de multi-fragmentadas, trazos inestables o cuando la manipulación no consigue una reducción adecuada. El tratamiento quirúrgico es la reducción abierta y la fijación interna.

Criterios de envío	Dolor, deformidad y limitación funcional: Urgencias Inmovilizar.
Exámenes de laboratorio y gabinete	No necesarios.

5.11 ESGUINCE CERVICAL

Definición: es una lesión del cuello provocada por una fuerte flexión forzada del cuello, primero hacia delante y después hacia atrás o viceversa. Por lo general, la lesión afecta a los músculos, los discos, los nervios y los tendones del cuello.

Signos y Síntomas: Dolor intenso en región cervical posterior irradiado hacia la base del cráneo y los hombros. Existe contractura muscular y disminución en los arcos de movilidad.

Clasificación: Exámenes de laboratorio y gabinete, AP y lateral de columna cervical que incluya de cráneo y hasta T1. Se clasifican en:

GI: Disminución de la lordosis sin rectificación completa.

GII: Rectificación de la lordosis cervical.

GIII: Inversión de la lordosis cervical.

Diagnóstico: Signos y Síntomas: Dolor intenso en región cervical posterior irradiado hacia la base del cráneo y los hombros. Existe contractura muscular y disminución en los arcos de movilidad.

TX Esguince cervical	1era. elección	2da. elección	3era. elección
Anti-inflamatorios	Celecoxib caps. 200 mg 1 cada 12 hrs. VO por 7 días.	Diclofenacotabs 100 mg una cada 12 hrs.	Piroxicamtabs. 20 mg. una cada 12 hrs. por 7 días.
Analgésicos	Paracetamol tbs. 500 mg una cada 6 hrs. por 7 días.	Dextropropoxifeno caps. 65 mg una cada 8 hrs. por 7 días.	Metabizoltabs 500 mg una cada 6 hrs. por 7 días.
Relajantes musculares	Diazepamtabs 10 mg ½ tab cada 12 horas por 3 días.		

Inmovilización:

GI: Collarín Blando 7 días.

GII: Collarín tipo Filadelfia 14 días.

GIII: Collarín tipo Filadelfia 21 días.

Criterios de envío Perfil Clínico	Persistencia del dolor cervical después de la inmovilización. GRADO II-GRADO III 2DO NIVEL.
Exámenes de Laboratorio y gabinete	Rx. AP, lateral y dinámicas en flexión y extensión de columna cervical.

6. PEDIATRÍA

6.1 VULVOVAGINITIS

Definición: Secreción de flujo transvaginal anómalo e irritante, que puede producir malestar local y que se puede acompañar de disuria.

Etiología: Tiene numerosas causas: infecciosas, no infecciosas e inespecíficas.

De las infecciosas la vulvovaginitis candidiasica es la más frecuente.

En adolescentes que tienen vida sexual activa, la tricomoniasis es una posibilidad a considerar.

La principal causa no infecciosa es la presencia de cuerpos extraños. La vulvovaginitis inespecífica (sin organismo causal ni irritante identificado), se presenta con más frecuencia antes de la pubertad en niñas con una higiene personal deficiente.

Considerar la posibilidad de abuso sexual en aquellas niñas con infecciones inusuales o episodios recurrentes de vulvovaginitis.

Factores predisponentes:

Escaso desarrollo de labios menores:

- ✓ Proximidad de la zona vaginal y vulvar al ano.
- ✓ Hábitos higiénicos deficientes.
- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Humedad de la zona.
- ✓ Ropa muy ajustada.
- ✓ Detergentes y jabones irritantes.

Fisiopatología: Al nacer, por su presión de estrógenos maternos la mucosa vaginal se hipertrofia con múltiples capas de endotelio escamoso estratificado rico en glucógeno, lo que origina un flujo blanco espeso durante las primeras 3 semanas de la vida, que disminuyen rápidamente al cesar la estimulación estrogénica. El pH es de 5.5 a 6.5.

Desde la etapa de lactante hasta antes de la menarca la mucosa vaginal permanece relativamente atrófica, con falta de glucógeno y pH neutro o alcalino. La irritación vulvovaginal es frecuente por la ausencia del almohadillado graso de los labios vulvares y del vello púbico.

Una vez iniciada la pubertad, la vagina se hace más ácida, lo que en condiciones normales ayuda a evitar las infecciones.

Criterios de diagnóstico y tratamiento		
Cuadro/Agente	Síntomas	Tratamiento
Inespecífica (Gardenerella, Bacilos Gramnegativos).	Leves, flujo blanco grisáceo espeso, mal olor.	
Tricomoniasis.	Asintomático o flujo acuoso abundante.	Metrodinazol 30 mg/k/d.
Candidiasis.	Prurito, eritema, flujo espeso blanquecino.	Miconazol crema o clotrimazol crema dos veces al día por 7 a 14 días.

Oxiuros.	Prurito, eritema, pobre higiene.	Albendazol 200 mg VO dosis única.
Inespecífica persistente.	Pobre respuesta a medidas higiénicas y tratamiento habitual.	TMZ-SMZ (8-40 mg/k/día) por 7 a 10 días.

Manejo NO farmacológico:

1. Uso de ropa interior de algodón.
2. Evitar ropa muy ajustada u otros que causen irritación.
3. Asear la zona genital de forma adecuada durante el baño y posterior a la defecación (de adelante hacia atrás).

Criterios de envío	✓ Sin respuesta a tratamiento. ✓ Exámenes de laboratorio EGO, cultivo de secreción vaginal.
---------------------------	--

6.2 DERRAME PLEURAL

Definición: Acumulación de líquido en el espacio pleural mayor de 0.2 ml por kg de peso, se denomina *empiema* cuando este líquido es purulento.

Etiología:

- Puede deberse a:
 - Aumento de presión en la microcirculación (Ej: Insuficiencia Cardíaca Congestiva).
 - Disminución de la presión osmótica (Ej: Síndrome nefrótico).
 - Cambios de presión en el espacio pleural (Ej: Neumotórax).
 - Obstrucción linfática (Ej: Neoplasia).
 - Movimiento de líquido del espacio peritoneal (Ej: Ascitis).

Diagnóstico: De acuerdo a los diversos mecanismos etiopatológicos puede manifestarse:

- Síndrome febril.
- Síndrome de condensación (disminución de las vibraciones bucales, disminución de la transmisión de la voz, hipomovilidad del hemitórax afectado, matidez a la percusión).

- Síndrome de dificultad respiratoria.
- El diagnóstico es clínico basado en el interrogatorio y la exploración física completos.

Clasificación: El derrame puede ser trasudado e exudado en relación con la cantidad de proteínas del mismo, si existe líquido purulento se denomina empiema desde el punto de vista anatómico-radiológico, se puede observar líquido libre en cavidad, loculado en uno o varios sitios, subpulmonar e inter-cisural.

Criterios de envío	✓ Envíos de 1er nivel de atención a Urgencias Pediátricas. ✓ Patología que requiere atención y manejo en unidades de 2do nivel de atención. ✓ En caso de requerir asistencia ventiladora valorar envío a unidad de cuidados intensivos.
---------------------------	---

6.3 APENDICITIS AGUDA

Fisiopatología: Inicia con la obstrucción proximal del lumen apendicular a los que se agrega un proceso infeccioso. La obstrucción puede deberse a un fecalito o bien hiperplasia de folículos linfoides, cuerpos extraños como semillas o por parásitos. El apéndice continúa secretando moco, aumentando la presión intraluminal ocasionando, congestión venosa, edema, isquemia, acidosis tisular ulceración de la mucosa, infección y necrosis. Puede perforarse la pared y diseminar el contenido intraluminal con formación de absceso o peritonitis generalizada.

Diagnóstico: La triada característica está dada por la presencia de dolor abdominal agudo de intensidad progresiva, vómito y fiebre moderada. Con menos frecuencia se presentan otros datos como estreñimiento y ocasionalmente diarrea.

Dolor abdominal: peri umbilical al inicio de intensidad progresiva, se dirige hacia cuadrante inferior derecho donde se localiza en pocas horas y varían sus características según la localización anatómica:

- Apéndice pélvica (31%) se presenta dolor tipo cólico intestinal bajo, puede existir diarrea.
- Apéndice retroileal (2%) dolor en cuadrante inferior derecho.
- Apéndice retrocecal (65%) dolor en fosa iliaca derecha con irradiación hacia fosa renal, puede complicarse gangrena, perforación o masa apendicular.

- Un apéndice inflamado y adyacente a la vejiga puede aumentar la frecuencia de la micción además de provocar dolor en fosa iliaca derecha.

Vómito: presente en aproximadamente 80% de los casos precedido de náuseas, contenido gástrico, más frecuentes al inicio del cuadro.

Fiebre: se presenta como febrícula o fiebre menor de 38.5°C, cuando supera 39°C, se piensa en perforación con peritonitis, en algunos casos puede estar ausente.

Exploración física: El niño presenta faces de dolor, adopta antiálgica, está decaído quejumbroso, la hidratación puede ser deficiente.

Punto de MC Burney: se encuentra en la unión de tercio externo con dos tercios internos de línea que va de la espina iliaca antero superior a la cicatriz umbilical, es el sitio más frecuente de localización del dolor.

Signo de rebote o Von Blumberg: contracción del recto anterior derecho, con resistencia muscular voluntaria localizada a fosa iliaca derecha y aumento del dolor a la descompresión súbita de abdomen.

Signo del obturador: aumento del dolor en fosa iliaca derecha a la rotación pasiva interna del muslo derecho.

Signo del Psoas: aumento del dolor en fosa iliaca derecha a la flexión de pierna derecha y extensión rápida de la misma.

Al tacto rectal: Induración, hipersensibilidad focal en el lado derecho o a nivel de la línea media del hueso pélvico, si existe perforación se palpa una masa.

Auxiliares de diagnóstico:

BH.- En la fórmula blanca leucocitos > de 15 000 y <20 000 con neutrofilia y bandemia al inicio del cuadro puede reportarse en límites normales.

Examen General de orina.- Normal (se pide para Dx diferencial).

RX de abdomen AP de pie y decúbito, puede haber:

- ✓ Distribución normal de gas intestinal en el cuadrante inferior derecho.
- ✓ Asa intestinal centinela en el cuadrante inferior derecho.
- ✓ Escoliosis lumbar con concavidad hacia la derecha.
- ✓ Ausencia de la sombra del músculo psoas.

- ✓ Ausencia de la sombra de la grasa pre peritoneal.
- ✓ Ausencia de la sombra de la grasa pre vesical.
- ✓ Borramiento de la articulación sacroiliaca.
- ✓ Imagen de masa con burbujas de aire en el interior.
- ✓ Múltiples niveles hidroaéreos.
- ✓ Neumo-apéndice.
- ✓ Fecalito o apendicolito.
- ✓ Aire libre en cavidad peritoneal (perforación).

Diagnóstico diferencial:

1. Adenitis mesentérica:

- ✓ Infección de vías urinarias.
- ✓ Colitis agudizada.
- ✓ Embarazo ectópico.
- ✓ Estreñimiento prolongado.
- ✓ Neumonía (lóbulo inferior derecho).
- ✓ Ruptura folículo Graff.
- ✓ Quistes ovárico (torsión pedicular).

Criterios de envío	De unidades de 1er. Nivel: enviar ante cuadro clínico sugestivo de apendicitis.
---------------------------	---

6.4 HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO NEONATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Definición: El hipotiroidismo congénito (E00) es la situación resultante de una disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas a nivel, ya sea por una producción deficiente o bien por resistencia a su acción en los tejidos blanco alteración de su transporte o de su metabolismo.

Factores de riesgo en el niño son: Prematuridad, exposición a yodo en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, Trisomía 21, Síndrome de Turner, Hipotiroidismo, errores innatos del metabolismo que interfieren con el funcionamiento de la hormona tiroidea, encefalopatía hipóxico- isquémica.

Etiopatogenia: El hipotiroidismo congénito es causado por la ausencia anatómica ó funcional de la glándula tiroidea, lo que ocasiona una deficiencia en la producción de las hormonas tiroideas, imprescindibles para un adecuado desarrollo físico y mental.

El hipotiroidismo se clasifica en congénito y adquirido el congénito tiene diversas causas entre las cuales están la disgenesia tiroidea (aplasia, hipoplasia y tiroides ectópica) y ocupa en 85% de los casos, dishormonogénesis o errores innatos en la síntesis, secreción y utilización de las hormonas tiroideas que reunirán otro 5-10% de los casos de hipotiroidismo permanente.

Cuadro clínico: Los datos clínicos de la exploración física en el bebé con hipotiroidismo congénito no tratado son:

- Fontanelas amplias (posterior >0.5cm.), ederna (desde palpebral hasta mixedema), ictericia prolongada (>2 semanas). Palidez, hipotonía, macroglosia, temperatura rectal de <35° C, hernia umbilical, bradicardia (pulso >100 min.), estreñimiento, letargia Hirsutismo en la frente e inestabilidad vasomotora (piel mamórea y fría) y retardo del crecimiento y desarrollo.
- Los datos clínicos más frecuentes de hipotiroidismo congénito en un estudio realizado en la SSA fueron: hernia umbilical ictericia, piel seca, estreñimiento. Facies tosca, llanto ronco, Fontanela pos amplia, edema, macroglosia, somnolencia, hipoactividad, hipotonía, lentitud de ingesta, hipotermia y sin registro de datos clínicos.

Criterios de envío:

El recién Nacido con Hipotiroidismo congénito debe ser referido cuando:

- Presente hipotiroidismo congénito severo.
- La causa de hipotiroidismo no fue establecida en la evaluación inicial.
- El tx inicial no logró la normalización de la función tiroidea de los valores de referencia de acuerdo de referencia de acuerdo a la edad.

En la exploración la presencia de los siguientes datos se consideran como alarma neurológica, y al presentarlos el niño ó la niña debe ser atendido en un hospital de segundo nivel de atención.

En el Recién Nacido:

Cabeza constantemente hacia atrás (desequilibrio del tono muscular entre muscular entre músculos flexores y extensores del cuello, con predominio de los flexores), Tono muscular bajo (Hipotonía permanente).

A los tres meses de edad:

Persistencia de la hipotonía, tanto del tono activo como pasivo. Reflejos de estiramiento muscular disminuidos Déficit de logros para la edad correspondiente.

A cualquier edad:

Presencia de asimetría en postura o movimiento. Alteraciones de succión ó deglución, Alteraciones en el llanto y la falla de consolabilidad, Alteraciones de Tono muscular. Persistencia de reflejos primarios más allá de la edad de desaparición. Retraso en algunas de las conductas del desarrollo. Retraso en la adquisición de funciones 4.

La Hospitalización de un niño con hipotiroidismo congénito se realiza si Presenta coma mixedematoso 2da. Muestra positiva se refiere a Pediatría prioritario a la Subdirección Médica y del mismo modo se solicita estudio escrutinio para confirmación. Notificación a Epidemiología.

7. DIAGNOSICO DIFERENCIAL

7.1 INFECCION DE VIAS URINARIAS

Definición: Presencia de bacterias en cualquier sitio del tracto urinario, desde el parénquima renal, cálices o pelvículas, hasta la vejiga o uretra.

Se llama infección recurrente a la ocurrencia de episodios infecciosos con intervalos libre de infección.

Se conoce como recaída a la infección por la misma bacteria a pesar de tratamiento antibiótico.

Etiología: Gérmenes Gramnegativos: E. coli (>70%), proteus, Klebsiella.

Menos frecuentes: Enterobacter, pseudomonas, grampositivos.

Factores de riesgos:

- ✓ Estados de inmunodeficiencia.

- ✓ Estreñimiento crónico.
- ✓ Obstrucción de flujo urinario.
- ✓ Reflujo vesicoureteral.
- ✓ Hábitos higiénicos deficientes.

Diagnóstico: Dependen básicamente del sitio de la infección y de la edad del paciente

- a.- Recién-nacido y lactante: pobre ganancia ponderal, fiebre moderada intermitente, palidez, vomito ocasional, en algunos casos fetidez de la orina.
- b.- Preescolares y mayores: fiebre, disuria, polaquiuria, tenesmo, enuresis, incontinencia diurna.

Exploración Física: A la exploración no se encuentran datos específicos en los niños pequeños, puede corroborarse fetidez de la orina. En niños mayores puede evidenciar dolor lumbar ocasional.

El diagnóstico de certeza se establece con base al uro cultivo positivo.

Auxiliares de diagnóstico: B. H.- Puede haber anemia leve, en la formula blanca leve, en la formula blanca leucocitosis poco significativa con predominio de neutrofilos. También puede reportarse en límites normales.

7.2 EXAMEN GENERAL DE ORINA

Diagnóstico: Ph elevado, turbiedad, leucocituria, cilindruria, hematuria, microscópica, bacteriuria.

Urocultivo.- interpretación por criterios de Kass:

- ✓ 100 000 colonias/ml de un solo germen=positivo.
- ✓ De 10 000 a 100 000 colonias/ml=positivo.
- ✓ <10 000 colonias/ml=negativo.
- ✓ Dos o más gérmenes=contaminación.

Tratamiento: Infección grave, con afectación del estado general:

1ª Opción: Amikacina 15mg/kg/día IV cada 12 horas 10 días.

Infecciones menos graves: (manejo ambulatorio).

1ª Opción: TMP/SMZ 3/40mg/k/día VO cada 12 hrs. 7 a 10 días.

2ª Opción: Nitrofurantoina 5 mg/k/día en tres tomas con alimentos de 7 a 10 días.

Seguimiento:

****** Tomando en cuenta el alto porcentaje de problemas obstructivos congénitos (25 al 45%) en niños con infección urinaria, al tener certeza Dx es obligado solicitar ultrasonido renal y de vías urinarias, cistogramamiccional y urografía excretora para investigar en su caso tratar la malformación urinaria.

- ✓ En caso de malformación urinaria se requiere tratamiento profiláctico con TMT/SMZ a la mitad de la alimentación habitual en una sola toma cada 24 hrs.

Criterios de envío	Enviar a consulta externa de Pediatría, malformación a diagnóstico y tratamiento para investigar malformación urinaria, así como los casos que no respondan a tratamiento inicial de elección. Los casos graves que ameritan manejo hospitalario enviar a urgencias. Con urocultivo.
---------------------------	--

7.3 GASTROENTERITIS AGUDA

Definición: Presencia de evacuaciones disminuidas de consistencia, por lo general líquidas o agudas, con franco aumento en número en relación al habitual y que dura menos de 10 días, la disminución de la consistencia es criterio más importante que la frecuencia.

Etiología: Viral en más de 80% de los casos (el más frecuente Rotavirus del grupo A, serotipos G1 y G3):

- ✓ Bacteriana (E. coli Salmonella sp, Shigella, Campylobacter yeyuni).
- ✓ Parasitaria (amibiasis).
- ✓ **Fisiopatología:** provoca lesión focal de las vellosidades intestinales, disminuye la excreción de disacaridasas y ocasiona diarrea de tipo osmótico.
- ✓ Etiología bacteriana: se ocasiona diarrea por alguno de dos mecanismos básicos, a) liberación de enterotoxinas y b) por entero invasión a través de la mucosa intestinal.

Parasitaria: la amibiasis puede afectar sólo la luz intestinal o la mucosa con hiperproducción de moco y presencia de estrías de sangre en las evacuaciones.

Diagnóstico: el diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Considerar:

- ✓ Tiempo de evolución.
- ✓ Estado hídrico.
- ✓ Estado nutricional.
 - Presencia de complicaciones.
- ✓ Características de las evacuaciones.
- ✓ Cambios dietéticos inadecuados.
- ✓ Administración de antibióticos o anti diarreicos.

Manifestaciones clínicas:

Etiología viral: las evacuaciones son líquidas, abundantes, se acompañan de vómito, fiebre que puede ser elevada e hiporexia; con frecuencia se agregan datos de íleo. El niño mantiene buen estado general en tanto se conserve hidratado o se corrija el déficit.

Bacteriana: las características son similares, la fiebre elevada es más frecuente, la presencia de sangre orienta hacia germen invasor y en preescolares hacia Shigella. El niño puede lucir decaído (sobre todo los lactantes).

Parasitaria: moco abundante y sangre en estrías o mezclada con las heces, fétidas. El estado general del niño es bueno, cursa sin fiebre y rara vez hay deshidratación.

Tratamiento: Seguir indicaciones de la OMS con los planes A,B,y C.

PLAN A, Prevenir la desnutrición, la deshidratación y el desequilibrio electrolítico y ácido-base, consta de tres acciones.

- 1.- Continuar alimentación en la forma habitual.
- 2.- Dar más líquidos de lo usual incluyendo suero oral.
- 3.- Acudir al médico si no mejorar en tres días o antes si hay datos de alarma.

PLAN B: Tratamiento oral de la deshidratación leve o moderada.

- 1.- Suero oral 100 ml. Por kilo de peso en 4 horas.
- 2.- Repetir mismo esquema si persiste deshidratación.
- 3.- Reiniciar alimentación en cuanto lo tolere.

Criterios para tratamiento con antibiótico:

1. Cuadro de más de 3 días de evolución con diarrea con moco y sangre, fiebre elevada persistente, datos de toxoinfección y citología de moco fecal con franco predominio de polimorfa nucleares.

2. Complicación del cuadro agudo.
3. Desnutrición de tener grado o estados de inmunosupresión.
4. Si el cuadro orienta hacia etiología amebiana, diarrea con moco y sangre, sin fiebre ni afectación del estado general (Metronidazol 30 mg/k/día por 10 días) Primera opción: Amikacina 20 mg/k/día IV por 5 días; segunda opción TMP/SMX 8/40 mg/k/día VO por 5 días.
5. Considerar que todos los cuadros de gastroenteritis aguda tiende a auto limitarse en 3 a 5 días, independiente de su etiología.

Criterios de envío	De unidades de 1er. Nivel Aplicar en su unidad plan A y plan B. Enviar a urgencias en casos de deshidratación grave. • En presencia o sospecha de otras complicaciones. • En fracaso de hidratación.
---------------------------	--

7.4 TRAUMATISMO CRA NEOENCEFALICO.

Definición: Es el impacto al cráneo que produce distorsión mecánica del cerebro.

Etiología: Caídas. ° Accidentes automovilísticos ° Golpes directos sobre el cráneo.
° Trauma obstétrico en el recién nacido.

Diagnóstico Datos Clínicos:

- Referencia de la lesión.- Al interrogatorio investigar mecanismo del trauma, cambios en estado de conciencia, náusea, vómito, cefalea, diplopía, convulsiones, ataxia etc.
- El cuadro clínico depende del tipo de lesión:
 - Conmoción cerebral.- Es un daño neuronal difuso y transitorio; cursa con pérdida breve de la conciencia sin signos de déficit neurológico, la recuperación es completa.

- Contusión cerebral.- Daño neuronal focal o generalizado, sin pérdida de continuidad, presenta pérdida de la conciencia más prolongada, signos neurológicos anormales.
- Laceración cerebral.- Pérdida de la continuidad neuronal; se caracteriza por daño neurológico permanente y con frecuencia se asocia a hernia encefálica.

La exploración física debe consignar: deformidad craneal, estado de conciencia, pares craneales, fondo de ojo, paresias, reflejos miotáticos, marcha y sensibilidad, descartar lesión cervical antes de movilizarlo.

Valor gravedad de la afectación neurológica:

- Glasgow – B traduce lesión neurológica grave o severa.
- Glasgow entre 9 y 12 sugiere lesión neurológica moderada.
- Glasgow mayor de 12 indica lesión neurológica leve.

Criterios de manejo:

Estabilización inicial: * Si hubo pérdida de conciencia observar mínimo 8 horas.

- Vigilancia continua con valoración cada hora o antes de acuerdo a gravedad del caso.
- Determinar oportunamente indicación de asistencia ventilatoria (obstrucción de vía aérea, pérdida de reflejos protectores de la vía aérea, PAO2 menor de 60 mm Hg. PAO2 mayor de 50, datos de hipertensión endocraneana. Glasgow menor de 8)
- Manejo general.
- Ayuno inicial y balance hídrico.
- Valoración estado neurológico con Glasgow según el caso.

Criterios de envío	De unidades de 1er. Nivel. • Aplicar en su unidad plan A y plan B. • Enviar a urgencias en casos DE Déficit Neurológico.
---------------------------	--

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	En presencia o sospecha de otras complicaciones.
--	--

7.5 CARDIOPATÍAS CONGENITAS: PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO

Definición: Se caracteriza por la persistencia de una estructura anatómica que comunica la circulación pulmonar con la circulación sistemática (aorta descendente).

Fisiopatología: El cierre fisiológico, que en condiciones normales se inicia con las primeras respiraciones y genera incremento en la PO₂ y disminución de la resistencia vascular pulmonar, no se produce por tres causas fundamentales; inmadurez del ductus – Hipoxemia – Anomalías estructurales de la pared.

De esto da como resultado un cortocircuito de izquierdo a derecha en todo el ciclo cardiaco, con sus consecuencias: (hiperflujo pulmonar, sobrecarga diastólica izquierda llegando hasta insuficiencia cardiaca).

Cuadro clínico: Se acepta la existencia de 4 formas clínicas.

1. Defecto único en el lactante o niño mayor.
2. defecto único en el prematuro.
3. Asociado a otros defectos cardiacos.
4. Estructura vital en cardiopatías conducto-dependientes.

Las manifestaciones clínicas tienen relación del conducto las resistencias vasculares y sistemáticas:

- Ausencia de cianosis (cortocircuito izquierdo- derecho).
- Infecciones pulmonares frecuentes (hiperflujo pulmonar).
- Detección del crecimiento (gasto calórico aumentado por la insuficiencia cardiaca).
- En recién nacido y lactantes, fatiga alimentaria, diaforesis, taquipnea.
- Precordio hiperdinámico.
- Soplo continuo (2º espacio intercostal izquierdo).

Criterios de envío	Enviar a consulta externa los casos con sospecha clínica, enviar con Tele Tórax. Los casos con descompensación hemodinámica, enviar a Urgencias.
---------------------------	--

7.6 CRISIS CONVULSIVAS FEBRILES

Definición: Evento de la infancia que ocurre asociado a un proceso febril, sin evidencia de infección intracraneal y sin causa definida.

Etiología: No determinada.

Diagnóstico:

1. Crisis fabriles típicas.- Asociadas a temperatura central de 39°C o mayor.

- Son generalizadas.
- Duración de segundos a menos de 15 minutos.
- En niños de meses a 5 años de edad.
- Crisis única durante el proceso febril.
- Con integridad neurológica previa y posterior al evento.

2. Crisis febriles atípicas:

- Duración mayor a 15 minutos.
- Se repiten en horas o días en el mismo proceso febril.
- Con temperatura central menor a 39°C.
- Déficit neurológico posterior a 39°C.

Criterios de manejo	
CRISIS Diazepam 1 mg/k dosis única IV o rectal. Control término por medios físicos. Paracetamol VO 10 mg/k/dosis.	1º Crisis; sin tratamiento. 2º CRISIS INICIAL ÁCIDO VALPROICO 20 A 30 MG/K/DÍA VO. Durante 2 años.

Criterios de envío	En crisis atípicas enviar a Servicio de Urgencias, posteriormente a consulta externa de Pediatría o Neurología Pediátrica.
---------------------------	--

7.7 DESNUTRICION

Definición: Enfermedad crónica severa potencialmente reversible, con retardo de crecimiento (T/E<85%) y déficit de peso (P/T <70%) o sin él, pero con edemas.

Causas:

Primaria: Debido a un aporte insuficiente de nutrimentos y/o episodios repetidos de diarreas o infecciones de vías respiratorias.

Secundaria: Cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas o a la utilización excesiva de nutrimentos.

Rasgos característicos: Peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciones, estatura pequeña Etiología.

1. Desnutrición primaria producida por ingesta insuficiente o desequilibrada de nutrientes.
2. Desnutrición secundaria debida a alteraciones fisiopatológicas preexistentes.
3. Desnutrición mixta.

Diagnóstico:

Según su intensidad:

1. Grado I o leve.
2. Grado II o moderado.
3. Grado III o severo.

Según al tiempo de evolución:

1. Desnutrición Aguda: bajo peso para la talla (emaciación).
2. Desnutrición Crónica retardo del crecimiento (déficit de la T/E).

Según la presentación clínica y fisiopatología (MC Laren):

1. Kwashiorkor.

2. Marasmo.
3. Kwashiorkor-marasmo.
4. Evaluación del Estado Nutricional.

Realizar una historia clínica estandarizada: Examen físico debe incluir peso, talla, perímetros cefálico y abdominal. Anotar signos de negligencia o abuso (hematomas, quemaduras, deficiente estado de aseo).

- Deshidratación grave, Diarrea persistente, vómitos o ambos, Palidez extrema, hipotermia, signos de shock, Signos de infección sistémica, respiratoria u otros. Hemoglobina (Hb) menor de 5g/dl.

Ictericia, púrpura, Anorexia persistente, Menores de 12 meses.

Criterios de envío	Iniciar soporte nutricional con IMC 18-25. Referir a todo paciente después de 3 meses de tratamiento sin respuesta con IMC 18-25.
---------------------------	--

7.8 ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

Definición: La ERGE se define como la condición que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones.

- Los pacientes presentan una peor calidad de vida cuando los síntomas de reflujo con moderados y/o éstos se presentan 2 o más veces por semana.
- La ERGE se manifiesta con síntomas (esofágicos y extra esofágicos), con lesiones de la mucosa esofágica, o con síntomas y lesiones.

Diagnóstico: A partir de síntomas.

Se debe realizar a partir de los síntomas de pirosis y regurgitación cuando éstos son los síntomas predominantes. ERGE (disfagia, vómito persistente, hemorragia gastrointestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencionada y/o una tumoración epigástrica.

Criterios de envío	Con datos clínicos de reflujo. Tratamiento inicial Ranitidina y Metoclopramida en primer nivel.
---------------------------	--

7.9 ENFERMEDAD RENAL CRONICA.

Definición: Alteración funcional o estructural del riñón con o sin disminución de la TFG manifestada por marcadores de daño renal TFG<80 ML/MIN/1.73M2.

Etiología: Varía en las diferentes series, dependiendo de la distribución geográfica las condiciones socio-económicas y la accesibilidad a los servicios de salud. En la mayoría de las series se observa la siguiente distribución.

- Glomerulopatías 40-50% (edad de inicio 8-9 años).
- Uropatías obstructivas: 6-10%.
- Nefropatías hereditarias 5-10% Nefropatías vasculares: menos de 1-4%.
- Nefropatías tubulointersticiales.
- No clasificadas.
- Otro Tóxico ambiental.

Diagnóstico:

Criterios de Sospecha IRCT:

- Diagnóstico prenatal de sospecha de malformación nefro-urológica y su confirmación posparto.
- Infección urinaria asociada con malformación nefro-urológica.
- Vejiga neurogénica.
- Hipertensión arterial en niños menores de 18 años.
- Cualquier deterioro de la función renal sin importar el valor del clearance de creatinina en niños y adolescentes.
- Antecedentes de factores de riesgo en el adulto (Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus).
- Clearance de creatinina inferior a 30 ml/min en adulto.

Síndrome urémico

Resultado del Clearance de Creatinina según sexo y edad, por la fórmula de CockcroftGault en adultos y por la fórmula de Schwartz en niños.

CockcroftGault= (140-edad) x peso/creatinina x 72.

En caso de ser mujer este resultado se debe multiplicar por 0.85.

Con Clearance de Creatinina de 15 ml/min. En pacientes diabéticos y 10 ml/min. En pacientes no diabéticos.

Schwartz= Talla en cm x k/Creatinina.

K=0.33 recién nacido de bajo peso 0.45 recién nacido de bajo peso.

0.45 recién nacido de peso normal y lactante.

0.55 preescolar y escolares.

Compromiso parenquimatoso comprobado por Ecografía Renal.

Estadios:

- 1 TFG > 90.
- 2 TFG leve 60-89.
- 3 TFG moderada TFG 30-59 Pediatría.
4. sévera TFG 15-29 Nefrología.
5. Falla renal < 15 diálisis Programa dialítico.

Criterios de envío	1-430-8.2 Estadios 3.- TFG moderada TFG 30-59 Pediatría. 4.- sévera TFG 15-29 Nefrología 5. Falla renal < 15 diálisis Programa dialítico. Anamnesis, Examen Clínico, *Sedimento de orina, *Urocultivo, *Creatininemia, Uremia, glicemia * Clearance de creatinina (calculado).
---------------------------	---

8. URGENCIAS

8.1 URGENCIA CEFALÉA

Definición: Síntoma que se presenta en el 2% de los pacientes que llegan a urgencias, se desencadena por el estímulo de receptores al dolor localizados en cabeza y cuello.

Diagnóstico: El 90% de las cefaleas son cefalea vascular benigna o tensional.

Migraña es episódica, con cambios neurológicos, digestivos y autónomos. Pueden ser con aura o sin aura, uní o bilateral. Cefalea en racimos y postraumática, Cefalea muy intensa primer episodio signos neurológicos focales.

Investigar síndrome meníngeo febril crisis Convulsivas TAC BH, QS.

Tratamiento:

- Alternativa 1. Ergotamina con cafeína 1. Tableta inicial y repetir a los 30 ó 60 minutos.
- Alternativa 2. Diazepan 10 mg. IV Haloperidol 5mg. IV para 24 horas.
- Alternativa 3 Amitriptilina 10 a 25 mg. Diarios por 15 días Propranolol 20 mg. Cada 12 horas.

Criterios de envío	Paciente en quien no responde al tratamiento indicado que cambió el patrón de la cefalea, o existen alteraciones neurológicas. Si no hay neurólogo o internista.
---------------------------	--

8.2 URGENCIAS ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC) ISQUEMICA O HEMORRÁGICA

Definición: La EVC es un déficit neurológico transitorio o permanente. Falla del aporte sanguíneo por obstrucción o rotura de un vaso arterial o venoso, puede ser isquémico 65% o hemorrágico.

Isquemia cerebral transitoria: es un déficit neurológico transitorio con recuperación integral en no más de 24 horas.

Factores de riesgo 5ª a 6ª década de la vida, diabetes, obesidad, hipertensión, cefalea, náuseas.

Síntomas: Vómitos. Rx convulsivo Instalación progresiva.

8.3 URGENCIAS HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO.

Definición: Es la pérdida de sangre proveniente del esófago, estómago o duodeno que se manifiesta por hematemesis o melena En orden de frecuencia son:

- 1) várices esofágicas.
- 2) gastritis erosiva.
- 3) úlcera péptica, hematemesis o melena.

Criterios de envío	En caso de sangrado activo o compromiso hemodinámica.
---------------------------	---

8.4 URGENCIA INSUFICIENCIA CARDIACA

Definición: Es la incapacidad del corazón para mantener un gasto suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas de los tejidos.

Cualquier alteración que produzca cargas excesivas de presión o volumen puede causar insuficiencia cardiaca, los factores de riesgo son: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e infarto del miocardio.

Diagnóstico: Dx clínico fundamental QS, Rx de Tórax, EKG.

Criterios clínicos Dx. C. Mayores DPN, ortopnea, Ing. Yugulas, Cardiomegalia, edema pulmonar, galope, PVC > 16 cm. H2O, reflujo hepatoyugular.

C. Menores Edema tobillos los nocturna, disnea de esfuerzo, hepatomegalia, leural, taquicardia > 120 por minuto.

Criterios de envío	Paciente con disnea paroxística nocturna, ingurgitación yugular, cardiomegalia, edema de extremidades inferiores, tos nocturna, hepatomegalia, derrame pleural, taquicardia.
---------------------------	--

8.5 URGENCIAS INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Definición: IRA es la incapacidad para oxigenar la sangre arterial por arriba de 50 mmhg de O₂ y/o alteración para eliminar CO₂ El diagnóstico de IRA se basa en el cuadro clínico y la exploración y se corrobora con los apoyos para clínicos:

- Tipo 1- Disfunción en la oxigenación; Asma. Atelectasia pulmonar cardiógeno, EPOC, neumonía. Tromboembolia pulmonar.
- Tipo II. Disfunción en la ventilación: Alteraciones en el centro de la respiración, hemorragia cerebral, intoxicación medicamentosa, tumores cerebrales, Guillan-Barré esclerosis múltiple, miastenia gravis, lesiones medulares.
- Tipo III. Mixta (oxigenación – ventilación). Síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto (SIRPA).

Diagnóstico: Sospecha por cuadro clínico frecuencia respiratoria $> 40 < 10$ por minuto.
Cianosis distal o central. Uso de músculos accesorios.

Criterios de envío	El paciente debe ser enviado cuando tenga FR más de 30 ó menos de 10 por minuto. Inquietud tiros, cianosis, estupor, desorientación, sibilancias, alteraciones del estado de alerta, fatiga muscular, hipoxemia refractaria al porte de oxígeno.
---------------------------	--

9. OTORRINOLARINGOLOGIA

9.1 AMIGDALITIS.

Definición: La amigdalitis crónica o aguda se debe a la inflamación de las amígdalas, pudiendo requerir operación y ser de origen bacteriano o viral.

Etiología: Streptococopyogenes, Neisseríagonorrhoeae, Corynebacteriumdiphtheriae, Arcanobacterium, Haemolyticum, Yersiniaenterocolitica, Yersiniapestis, Francisellatularensis y anaerobios.

Diagnóstico: Amígdalas inflamadas. Suelen estar enrojecidas y en ocasiones con machas blancas. Los ganglios linfáticos también pueden estar hinchados y ser sensibles al tacto. En cuanto a los exámenes a realizar, los más comunes abarcan un cultivo de muestra faríngea, una prueba para estreptococos, una prueba para mononucleosis y un hemograma.

Criterios de envío	Un episodio de faringitis por una amigdalitis. > 5 episodios de faringitis al año. Sintomáticas por al menos 1 año. Los episodios de faringitis son incapacitantes e impiden el funcionamiento normal. BH exudado faríngeo.
---------------------------	--

9.2 SINUSITIS

Definición: Inflamación de la mucosa de los senos para nasales. Generalmente obedece a una infección por agentes bacterianos, virales u hongos.

Etiología: Bacteriano más frecuente causante de infecciones de los senos paranasales. Sin embargo desde la introducción de la vacuna contra Hb ha habido una disminución drástica en infecciones causadas por H. influenza tipo B y ahora se ven con más frecuencia las cepas no-tipables de la bacteria. Otras bacterias patógenas incluyen el Staphylococcus y otras especies de estreptococos, bacterias anaerobias y, con menos frecuencia bacterias gran negativas.

Diagnóstico: Se realizan exámenes de los rayos X para el diagnóstico de las sinusopatías.

Criterios de envío	Cuando no existe respuesta al tratamiento médico o en caso de complicaciones Rx de senos paranasales, BH.
---------------------------	---

9.3 OTITIS

Definición: inflamación de los espacios del oído medio independiente de cuál sea la patogenia. La otitis media, como cualquier otro proceso dinámico.

Se puede clasificar de acuerdo con la secuencia temporal de la enfermedad en:

- Aguda (duración de los síntomas entre 0 y 3 semanas).
- Subaguda (de 3 a 12 semanas).

Asimismo dependiendo de la evolución de la otitis media, ésta puede presentar una efusión de líquido (otitis media seromucosa) en el oído medio que puede ser de tipo seroso (fluido, parecido al agua), mucoso (viscoso, parecido al moco) o purulento (pus).

Diagnóstico:

La otitis media aguda generalmente se presenta con una membrana timpánica enrojecida, abombada, con escasa o nula movilidad. Cuando la membrana timpánica se perfora, conlleva habitualmente la aparición de otorrea (supuración).

9.4 RINITIS ALERGIA VASOMOTORA.

Definición: La rinitis se define como una situación de inflamación de la mucosa nasal, caracterizada por uno o más de los siguientes síntomas congestión nasal rinorrea (anterior y/o posterior) estornudos y prurito Etiología.

Etiología: es muy diversa alérgica, infecciosa, fármacos, hormonal, ocupacional y otros factores. No debe ser considerada una enfermedad trivial, pues sus síntomas pueden afectar la calidad de vida de forma muy importante, causando fatiga, cefaleas, deterioro cognitivo y otros. Es causa importante de bajas laborales, por lo que ocasiona importantes costes indirectos. En niños con síntomas no controlados, ocasiona alteraciones del sueño y problemas de aprendizaje escolar. La rinitis más común es la de etiología alérgica afectando un 10-30% de los adultos.

Síntomas:

- Goteo nasal.
- Congestión nasal (nariz tapada).
- Sibilancias.
- Secreción nasal acuosa (rinorrea).

Tratamiento:

Médico Familiar.

Descongestionantes nasales.

- Pseudoefedrina.
- Fenilefrina.
- Antihistaminicos.
- Loratadina.
- Difenidramina.
- Clofeniramina.
- Cloropiramide.

Criterio de envío	Si no mejora con tratamiento de primer nivel por 3 meses enviar a Otorrinolaringología Citología moco BH rutina, senos paranasales.
--------------------------	---

6. Formatos e instructivo de llenado del sistema de referencia y contrarreferencia

Para realizar la referencia y contrarreferencia de pacientes se utiliza el formato de referencia y contrarreferencia, con hoja original y dos copias azul y verde:

- El talón blanco y verde se entregará cada mes a la coordinación estatal de trabajo social. El talón azul es para la unidad que refiere al paciente, para registro interno.
- La hoja blanca y verde, se le entrega al paciente para realizar el trámite y se debe entregar en la unidad médica que recibe al paciente y se anexa en el respectivo expediente clínico, en caso de no contar con el mismo se debe resguardar y entregar mensualmente a la jurisdicción correspondiente.
- La hoja verde, se utiliza para la contrarreferencia del paciente a su respectiva unidad médica y se debe entregar mensualmente a su jurisdicción correspondiente.
- La hoja azul, se queda en la unidad médica que refiere y se anexa en el expediente clínico del paciente, en caso de no contar con el mismo se debe resguardar y entregar mensualmente a la jurisdicción correspondiente.

En el trámite además del formato de SRC se utiliza para el registro de información de referencia y contrarreferencia el área de trabajo social de la unidad médica que refiere y la

unidad médica que contrarrefiere un formato de referencia y contrarreferencia en sistema electrónico o en la libreta de trabajo social, la información que se captura en ambos es la misma, pero dependiendo las características de unidad médica será el formato que se utilice.

A continuación se muestra el formato de SRC y el formato electrónico o el formato de la libreta de trabajo social, cada uno con su respectivo instructivo de llenado, para facilitar el uso de los formatos.

Formato del sistema de referencia y contrarreferencia (SRC)

 O.P.D. SALUD Organismo Público de Desarrollo Social		HOJA DE REFERENCIA		FOLIO:
URGENTE	SI _____ NO _____	FECHA		
UNIDAD QUE REFIERE	_____	NACIMIENTO	_____	FEM _____
FECHA REFERIDO	_____	HORA REFERIDO	_____	MASC _____
NOMBRE	_____	EDAD	_____	
DOMICILIO	_____	MUNICIPIO	_____	
UNIDAD A LA QUE REFIERE	_____	SEGURO POPULAR	_____	
SERVICIO AL QUE SE ENVIA	_____	EXPEDIENTE	_____	
DX. DE REFERENCIA	_____		_____	HORA DE SALIDA _____

 TLX LABORATORIO DE TRANSFUSIONES Y QUÍMICA	O.P.D. SALUD ORGANISMO PÚBLICO DE DESARROLLO	HOJA DE REFERENCIA	FOLIO:
---	---	---------------------------	---------------

URGENTE	SI	NO	FECHA	EDAD	SEXO	PEM	
UNIDAD QUE REPIERE							
NOMBRE							
DOMICILIO							
UNIDAD A LA QUE REPIERE							
SERVICIO AL QUE SE ENVIA							
DX. DE REFERENCIA							

RESUMEN CLINICO (que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado)

EXPLORACION FISICA

EVOLUCION Y TRATAMIENTO

ANEXOS

LABORATORIOS

RECORD QX

HOJA DE ENFERMERIA

MEDICO QUE REFIERE

JURISDICTION

MEDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA

FECHA EN QUE RECIBIDO AL PACIENTE:

HORA EN QUE RECIBIÓ AL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA

TLX CONSTRUIR Y CUIDAR JUNTOS GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA	O.P.D. SALUD ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SALUD DE TLAXCALA	MOTIVO DE REFERENCIA

MEDICO QUE REFIERE

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

RESUMEN CLINICO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

--

DIAGNOSTICO DE EGRESO

--

INSTRUCCIONES Y/G RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION

--

CONTROL DEL PACIENTE:
TRATAMIENTO CONCLUIDO

CONTINUAR TRATAMIENTO

ENVIA A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE
MEDICO TRATANTE

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA

Instrucciones de llenado:

1. Marcar con la opción a la que corresponda el estatus de la referencia.
2. Indicar la unidad médica a la que se refiere el paciente.
3. Anotar fecha con número arábigo de acuerdo al formato: dd/mm/aaaa.
4. Anotar la edad del paciente con números arábigos.
5. Marcar con x en la opción que corresponda el sexo del paciente.
6. Anotar el nombre completo del paciente con letra legible, sin abreviaturas, en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre.
7. Anotar el domicilio del paciente: calle, número exterior y/o interior de la vivienda, localidad, municipio y estado.
8. Anotar el municipio al que corresponde la localidad de origen del paciente.
9. Anotar a que Unidad Médica u Hospital se realiza la referencia del paciente.
10. Si es usuario afiliado al seguro popular anotar el número de póliza.
11. Anotar servicio médico que se refiere al paciente.
12. Anotar el número de expediente del paciente.
13. Anotar el diagnóstico del paciente al momento de su referencia.
14. Anotar la hora en que el paciente sale de la Unidad Médica u Hospital.
15. Anotar los signos y síntomas que motivan la referencia del paciente a otra unidad médica así como las condiciones en que se envía.
16. Describir específicamente los resultados encontrados durante la exploración física al paciente.
17. Anotar las medidas terapéuticas empleadas en el paciente antes de su referencia a otra unidad, indicando el nombre del medicamento, la dosis y el tiempo que duro el tratamiento. En caso de haberse realizado otro tipo de medidas terapéuticas, deberá anotarse en este rubro.
18. Anotar que estudios de laboratorio realizaron al paciente.
19. Anotar a que Jurisdicción Sanitaria pertenece la unidad médica que refiere al paciente.
20. Anotar record quirúrgico del paciente.
21. Anotar si existe Hoja de enfermería.
22. Anotar nombre completo del médico que acepta la referencia
23. Anotar nombre y firma del médico que refiere.
24. Describir específicamente sin abreviaturas y letra legible el motivo por el cual el paciente es referido.
25. Escribir el nombre y firma del médico que refiere.
26. Elaborar el resumen clínico del paciente de manera específica de todos los procedimientos realizados al paciente e indicaciones.

27. Describir el diagnóstico del paciente al momento de su ingreso.
28. Describir el diagnóstico del paciente al momento de su egreso.
29. Anotar las instrucciones y/o recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción.
30. Anotar si el tratamiento del paciente ha concluido o no.
31. Anotar si el tratamiento del paciente continua y por cuanto tiempo.
32. Especificar servicio médico al que se envía el paciente para consulta subsecuente.
33. Escribir el nombre del médico tratante y su firma.

Formato para el registro de información de referencia y contrarreferencia en el área de trabajo social.

UNIDAD MÉDICA: <u>1</u>													 O.P.D. SALUD DE TLAXCALA GOBIERNO DEL ESTADO 2011 - 2016			
PERIODO DE REFERENCIAS: <u>2</u>																
ÁREA: <u>3</u>																
NO.	FECHA	FOLIO	FOLIO DE SEGURO POPULAR	NO. EXPEDIENTE	NOMBRE DE PACIENTE	EDAD	SEXO	DOMICILIO	MUNICIPIO	UNIDAD QUE REFIERE	JURISDICCION	SERVICIO AL QUE SE ENVIA	DIAGNOSTICO	MOTIVO	FECHA DE CONTRARREFERENCIA	OBSERVACIONES
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Instrucciones de llenado:

1. Anotar el nombre de la unidad médica que refiere.
2. Anotar el periodo de referencia indicando día, mes y año.
3. Indicar el área médica que realiza la referencia.
4. Anotar en cada fila un número consecutivo, que sirve para llevar control de la cantidad de registros en el periodo de referencia.
5. Anotar fecha con número arábigo de acuerdo al formato: dd/mm/aaaa.
6. Anotar el folio del formato del sistema de referencia y contrarreferencia (SRC).

7. Si es usuario afiliado al seguro popular anotar el número de póliza de afiliación del Seguro Popular del paciente.
8. Anotar con número arábigo el número de expediente clínico del paciente.
9. Anotar el nombre completo del paciente con letra legible, sin abreviaturas, en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre.
10. Anotar la edad del paciente con números arábigos.
11. Anotar el sexo del paciente: M si es masculino y F si es femenino.
12. Anotar el domicilio del paciente: calle, número exterior y/o interior de la vivienda, localidad.
13. Anotar el municipio y el estado al que corresponde la localidad de origen del paciente.
14. Anotar a que unidad médica u hospital se realiza la referencia del paciente.
15. Anotar la jurisdicción a la que pertenece la unidad médica a la que se refiere al paciente.
16. Anotar el servicio médico al que se envía el paciente.
17. Describir de manera detallada el diagnóstico del paciente, elaborado por el médico que realiza la referencia.
18. Describir específicamente sin abreviaturas y con letra legible el motivo por el cual el paciente es referido.
19. Escribir la fecha en que se realiza la contrarreferencia del paciente en formato: dd/mm/aaaa.
20. Escribir observaciones adicionales sobre la referencia o contrarreferencia del paciente, que no puedan ser capturadas en cualquiera de los puntos previos.

Formato escala Karnofsky.

ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

Escala	Valoración funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a si mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo

20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo

Formato escala ECOG.

Estado de Actividad de la escala ECOG

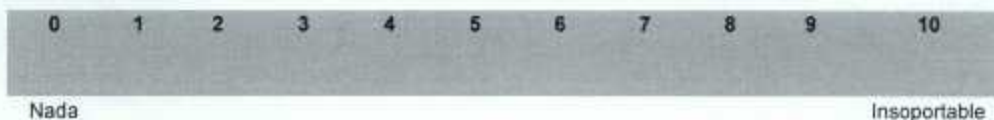
0	-	Completamente activo, capaz de realizar toda actividad previa a la enfermedad sin restricciones.
1	-	Restringido en la actividad física enérgica, pero está en régimen ambulatorio y es capaz de realizar el trabajo de naturaleza ligera o sedentaria (como trabajo de la casa ligero, o trabajo de oficina).
2	-	En régimen ambulatorio y capaz de cuidar de sí mismo, pero incapaz de realizar ninguna actividad de trabajo. Tiene que quedarse encamado durante < 50% de las horas de vigilia.
3	-	Capacidad limitada de cuidar de sí mismo, confinado a la cama o una silla durante más del 50% de las horas de vigilia.
4	-	Totalmente incapaz. No puede cuidar de sí mismo. Totalmente confinado a la cama o una silla.
5	-	Muerto.

Formato escala visual análoga.

EVA (ESCALA VISUAL ANALOGA)

Sin dolor _____ Máximo dolor

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE INTENSIDAD



[Handwritten signatures and initials in blue ink]

7. Glosario

OPD Salud de Tlaxcala: Organismo Público Descentralizado de Salud de Tlaxcala.

Consulta de Primera Vez: El pacientes que acuden al Servicio por 1ª vez.

Forma (SRC): Formato oficial del Sistema de Referencia y contrarreferencia.

Urgencia: Se define como caso Urgente, que requiere atención inmediata. Se define la urgencia médica como toda aquella situación que lleva al paciente, al testigo o a sus familiares a solicitar atención médica inmediata.

Consulta Especializada Subsecuente: La atención que imparten los Médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatros especialidades médicas básicas y todas las demás especialidades de primera vez o subsecuente.

Médico Residente: Médico en fase de entrenamiento en cualquier especialización médica.

Médico Interno de Pregrado: Médico que se encuentra realizando su Internado Rotatorio de Pregrado, según lineamientos de la carrera de Médico Cirujano, de cualquier Universidad o Escuela con reconocimiento oficial.

Egreso: El paciente que sale de un servicio del hospital e implica la desocupación de una cama censable, incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga.

Expediente Clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Traslado: Es la transferencia de un servicio a otro dentro del mismo hospital con el propósito de que continúe su tratamiento.

Carnet: Tarjeta que emite la institución y contiene en la parte frontal nombre completo del paciente, número de Expediente clínico único, edad, fecha de nacimiento y especialidad que solicita el carnet.

Personal administrativo: Personal que labora en la institución y desempeña funciones secretariales.

Prestador de atención médica: Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhalo terapia, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

Servicios de atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

[Handwritten signatures and marks]