



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

PATOLOGÍAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN  
TRATADAS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO  
GÓMEZ

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN:

PEDIATRÍA

P R E S E N T A

**Dr. Guillermo Francisco Abogado Muñoz**

TUTOR ACADÉMICO: DRA. ANA CAROLINA HILL DE TITTO

TUTOR METODOLÓGICO: DRA. PAULINA PÉREZ DUARTE  
MENDIOLA



Ciudad de México, Febrero 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## HOJA DE FIRMAS

VoBo

Dra. Ana Carolina Hill de Titto

Jefe del Departamento de Educación de Pre y Posgrado

Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

VoBo

Dra. Paulina Pérez Duarte Mendiola

Médico Adscrito al Servicio de Filtro/Consulta de Urgencias

Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

VoBo

Dra. Rebeca Gómez Chico Velasco

Directora de Enseñanza y Desarrollo Académico

Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

## **DEDICATORIA**

Le dedico el presente trabajo a mi madre, Mónica Muñoz Uribe, que sin su guía y esfuerzo no estaría el día de hoy aquí. A mi novia, Davinia García Álvarez, que gracias a su paciencia y apoyo incondicional este trabajo pudo rendir los frutos que merece, a la invaluable ayuda de Reynaldo Cerón Lozada que sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible. A mis tutores, la Dra. Ana Carolina Hill de Titto, la Dra. Paulina Pérez Duarte Mendiola, por su orientación e interés ante el presente trabajo, para que sirva a las generaciones futuras y al Instituto. A mis compañeros residentes y a los maestros que conforman la base de nuestro desarrollo, mi más sincero agradecimiento, ya que hicieron el proceso de la residencia una experiencia muy enriquecedora, gracias familia HIM.

## ÍNDICE

1. Hoja de firmas	1
2. Dedicatorias	2
3. Índice	3
4. Resumen	4
5. Introducción	6
6. Marco teórico	7
7. Antecedentes	10
8. Planteamiento del problema	13
9. Pregunta de investigación	14
10. Justificación	15
11. Objetivos	16
12. Métodos	17
13. Plan de análisis estadístico	18
14. Descripción de variables	19
15. Resultados	22
16. Discusión	29
17. Conclusiones	32
18. Limitaciones del estudio	33
19. Cronograma de actividades	34
20. Referencias bibliográficas	35
21. Anexos	37

## RESUMEN

Antecedentes: En México, desde el año 1983, nuevas reformas de Salud establecieron la política de integrar funcionalmente los servicios de salud de las distintas instituciones públicas. En ella se clasifican los servicios de atención según niveles de complejidad, considerando a la alta especialidad una estrategia en la atención médica a la población, caracterizada por la inversión en tecnología, investigación, formación de personal y desarrollo de la infraestructura. El concepto de modelo de atención, nos orienta sobre el modo en que determinada sociedad organiza sus recursos formales de salud (humanos, materiales y tecnológicos), para poder responder a las necesidades de salud de la población, dividiéndose así por tipo de atención (ambulatorio e intramural), y por nivel de complejidad, denotando así, la capacidad resolutoria del establecimiento asistencial. La atención de urgencia se ha organizado generalmente como prestaciones ofrecidas por establecimientos de salud de diverso nivel asistencial, sin embargo dichos niveles no son de conocimiento general de la población o incluso del personal de salud, por lo que existe la necesidad que la población tenga acceso al conocimiento de todos los establecimientos de salud existentes en relación al tipo de establecimiento, categoría, servicios y cuidados que ofrece. Objetivo: exponer la cantidad de pacientes atendidos en el servicio de Filtro / Consulta de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez, con patologías que no corresponden al tercer nivel de atención. Metodología: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de fuentes secundarias, con registro de datos demográficos, así como en materia de salud de todos los pacientes que acudieron a solicitar atención médica al área de Filtro/Consulta de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el primer bimestre del 2015. De acuerdo al diagnóstico otorgado por el servicio de Filtro/Consulta de Urgencias se clasificará a los pacientes dentro de uno de los tres niveles de atención estipulados en el documento “Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México”. Resultados: Se incluyeron 4736 registros con predominio del sexo masculino 55.09% (2609 registros) con una edad promedio de 6 años. Siendo el 61% de consultas a pacientes de primera vez en la institución. Se registraron 800 diagnósticos con el 24.15% (1144 registros) correspondientes a diagnósticos de primer nivel; 23.90% (1132 registros) a diagnósticos de segundo nivel; el 25.84% a diagnósticos de tercer nivel y 26.09% (1236 registros) a diagnósticos con patologías no clasificables. Predominaron las infecciones respiratorias agudas, crisis

convulsivas, gastroenteritis infecciosas y la atención del niño sano, a pesar de ser diagnósticos clasificados del primer y segundo nivel de atención. Conclusiones: En el área de primer contacto (Filtro/Consulta de Urgencias) del Hospital Infantil de México Federico Gómez las patologías que se atienden con mayor frecuencia son de primer y segundo nivel, constituyendo entre ambas un 48% de las consultas otorgadas. Se registran un 25% de consultas correspondientes a tercer nivel y un 26% que son No Clasificables.

## INTRODUCCIÓN

La transición de médicos generales, médicos de cabecera o de familia, a médicos de especialidades básicas, se acompañó también del desarrollo de algunos hospitales especializados. En estos mismos establecimientos, así como en los hospitales generales el desarrollo de las subespecialidades alentó al desarrollo de servicios o departamentos clínicos de especialidad, que pasaron a constituirse en parte de la estructura organizativa del hospital, tanto en su componente de atención hospitalaria como en la atención ambulatoria o en consultorios.

El desarrollo y la complejidad del hospital, derivados de la expansión y diversificación de las especialidades médicas, favorecieron la constitución de diferentes categorías hospitalarias. El crecimiento de la estructura hospitalaria que profundizó el abordaje terapéutico de los pacientes desde las distintas especialidades médicas también significó, paradójicamente, que la satisfacción de las necesidades integrales de los pacientes, más allá de lo exclusivamente técnico y terapéutico, perdiera terreno como centro de preocupación y desarrollo del hospital <sup>(7)</sup>.

El sistema de atención de urgencia es un núcleo estratégico de gran importancia en la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la población. Desde la perspectiva de la demanda, hay ciertas necesidades de atención que las personas valoran subjetivamente como impostergables, y que las inducen a buscar atención con más premura que frente a otros problemas de salud, conocido como atención de urgencia. Desde la perspectiva de la oferta, también se dan ciertas condiciones que son evaluadas por los equipos médicos que demandan atención impostergable, conocida como atención de emergencia, esta se ha organizado generalmente como prestaciones ofrecidas por establecimientos de salud de diverso nivel de complejidad asistencial. Ambas visiones son complementarias aunque no necesariamente idénticas.

## MARCO TEÓRICO

La atención a los servicios de Salud en México ha sufrido varios cambios y reestructuraciones a partir de su fundación en 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud. Con las nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial mediante el cuidado de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social. Mientras tanto, la SSA se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos y urbanos que no eran derechohabientes.

Con el objetivo de constituir la eventual integración de los servicios, en 1983 emergieron nuevas iniciativas, entre ellas el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En este contexto comenzaron la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA, en el cual destaca el artículo 70, clasificando a los hospitales de acuerdo al poder resolutivo y atención a la complejidad de las patologías tratadas en ellos, siendo estos:

I.- HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas. <sup>(1)</sup>

II.- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. <sup>(1)</sup>

III.- INSTITUTO: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad. <sup>(1)</sup>

El modelo de atención de la salud de la población es la forma como la sociedad, ante los determinantes sociales y biológicos de la salud, organiza sus recursos humanos, tecnológicos y materiales para afrontar integralmente los riesgos de la salud y proporcionar los servicios de fomento, prevención y de atención médica.

El modelo de atención determina la forma de organización de los sistemas de salud, e influye en las modalidades de atención (ambulatoria y de internamiento), en el perfil de los recursos humanos que proporcionan la atención (especialistas, médicos familiares, enfermeras, etc.), en su estilo de trabajo y el tipo de servicios que se proveerán por nivel, la coordinación intersectorial, y las relaciones entre éstos y los usuarios.

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 reforzado la importancia de la utilización de esta estrategia, así como el traslado de pacientes entre los tres niveles de atención en caso de que la patología lo amerite.

La Secretaría de Salud vincula a 18 establecimientos (incluidos los 12 institutos nacionales de alta especialidad), que apoyan a los otros niveles de atención. El país cuenta con 20.002 unidades de consulta ambulatoria y de hospitalización (79.000 camas), así como con 62.239 consultorios, en 30% de los cuales se desempeñan médicos generales o de familia. Las 565 unidades de especialidad médica (UNEMES), establecidas en 2006, corresponden a un modelo de atención en el entorno ambulatorio y abarcan, entre otras necesidades, las adicciones (309), las enfermedades crónicas (95), el VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual (71) y la salud mental (44) <sup>(8)</sup>.

Tomando como ejemplo a los demás países latinoamericanos, Colombia también realiza una distribución según niveles de complejidad, contando con cuatro de ellos. El Primer Nivel con atención por el médico general y/o personal auxiliar, el Segundo Nivel por el médico general con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados, y finalmente el Tercer y Cuarto Nivel que cuenta con el médico especialista y la participación del médico general, reservándose a las enfermedades que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento <sup>(6)</sup>. Sin embargo no en todos los países existe la misma distribución de niveles de atención, en la Tabla 1 se realiza la comparación entre

los diversos niveles de atención y su infraestructura en atención de algunos países latinoamericanos.

<b>Tabla 1 Distribución de niveles de atención en distintos países.</b>					
<b>Niveles de Atención</b>	<b>México</b>	<b>Perú</b>	<b>Panamá</b>	<b>Bolivia</b>	<b>Chile</b>
<b>I</b>	Promoción y atención ambulatoria	Puesto de Salud	Puesto de Salud	Puestos de Salud	Postas Rurales (enfermeras)
		Centros de Salud	Centros de Salud	Centros de Salud	Consultorios Generales urbanos y rurales
		Centros de Salud con Internamiento	Centro Materno Infantiles		
<b>II</b>	Hospitales Generales con especialidades básicas	Hospital I	Hospital del área de la salud	Hospitales Distritales	Hospitales Básicos
		Hospital II			
<b>III</b>	Hospitales de Alta Complejidad	Hospital III	Hospitales Regionales	Hospitales Regionales o Departamentales	Hospitales Generales
		Institutos Especializados	Hospitales Nacionales	Hospitales Nacionales	Institutos
			Hospitales especializados	Institutos	

Fuente: OPS/OMS Sistema regional de datos básicos de salud, perfiles de Países. <sup>(9)</sup>

## ANTECEDENTES

En el Distrito Federal y Estado de México, por su condición demográfica, socioeconómica e industrial, se concentra un alto porcentaje de población, sin embargo, grandes sectores de esta no tienen acceso a la seguridad social ni a la atención privada, por lo que acuden a libre demanda a recibir atención en los servicios médicos para población abierta. <sup>(4)</sup><sup>(5)</sup>

Según los últimos datos del censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010-2011, en el Distrito Federal habitan 8, 851,080 personas, aunado a las 15,175,862 personas del Estado de México. Del total se considera población derechohabiente a Servicios de Salud a 14,456,565 personas, población derechohabiente a servicios de salud del IMSS a 7,510,850 personas, población derechohabiente a servicios de salud del ISSSTE a 2,118,590 personas, población no derechohabiente a Servicios de Salud 9,100,064 personas, familias beneficiadas por el Seguro Popular 1,607,622, población derechohabiente a instituciones públicas de Seguridad Social a 19,348,230 personas, y población usuaria de instituciones públicas de seguridad y asistencia social a 18,469,728 personas. <sup>(4)</sup><sup>(5)</sup>

Los esfuerzos por lograr una adecuada coordinación entre las unidades de salud de los tres niveles, han sido diversos, tanto de manera general como particular; en el ámbito pediátrico, han destacado: En 1987 la Comisión Coordinadora Institucional, coordinó a la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento de D.F., Salud Pública en el D.F., Desarrollo Integral de la Familia (ahora Instituto Nacional de Pediatría ) y al Hospital Infantil de México, implantando un programa de regionalización y escalonamiento de servicios pediátricos. Para 1988 la Secretaría de Salud elaboró el Manual para la Referencia y Contra-Referencia de Pacientes y envió de muestras y especímenes, elemento indispensable en el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. Por su parte el Hospital Infantil de México Federico Gómez, desde 1993 inició el establecimiento de vínculos de comunicación con diferentes hospitales llevando a cabo reuniones con los jefes de servicios de urgencias de hospitales pediátricos y generales del área metropolitana. Debido a los problemas de funcionamiento detectados entre los diferentes niveles de atención, en 1994 la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, estableció los Mecanismos Facilitadores del Sistema de Referencia y Contra-Referencia teniendo como características fundamentales: la integridad, coordinación, información y capacitación, pretendiendo con estos elementos obtener un

funcionamiento idóneo, así como la consolidación del sistema. En 1996 el grupo interinstitucional de trabajo continuó reuniones periódicas incluyendo ahora a directores de hospitales de las diversas unidades médicas y con la anuencia y asesoría de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud. Se incluyó también a las autoridades de las Jurisdicciones sanitarias representando al primer nivel de atención. En 1997 la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud inicia la coordinación de acciones, integrando un grupo de trabajo con el Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal y el Instituto de Salud del Estado de México, a efecto de elaborar los Lineamientos para la Referencia/Contra-Referencia Pediátrica. El 5 de Agosto de 2002 se instaló oficialmente el Comité de Referencia/Contra-Referencia Pediátrica de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México ante la presencia de autoridades de la Secretaría de Salud a nivel Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el Instituto de Salud del Estado de México, el Hospital Infantil de México Federico Gómez y el Instituto Nacional de Pediatría. Estableciendo que el sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes es un instrumento de la Secretaría de Salud, con la participación de las instituciones del Sector que atienden a población abierta, con el propósito de que en sus tres niveles de atención se facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar sus servicios, y de acuerdo a la complejidad de la patología que presenten, por lo que fue necesario realizar un manual en el que se documentaran los procesos a realizar, mismo que sigue vigente hoy en día. <sup>(2)</sup>

En dicho manual se establece que la operación se realizará mediante el uso de tres instrumentos de trabajo, la lista de padecimientos por niveles de atención, el formato de referencia/Contrarreferencia y el directorio de unidades, teniendo en cuenta su ubicación geográfica, tendencia y flujo natural de desplazamiento (red carretera y flujo comercial) y la capacidad instalada, entendiendo así al equipamiento médico y a los recursos humanos, o en caso de ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social se referirá a su unidad correspondiente. Si el paciente se encuentra en condiciones inestables y requiere envío a otra unidad, se procurará realizar el traslado en una ambulancia que cuente con los recursos necesarios para la atención del paciente durante el trayecto, poniendo por enterada a la unidad receptora y previa aceptación del mismo. En caso de que el paciente se encuentre estable y no requiera hospitalización inmediata podrá ser enviado por sus propios medios sin previo acuerdo con la unidad receptora. <sup>(2)</sup>

Históricamente la población, o incluso el personal de salud, solicitan el servicio en un nivel de atención que no corresponde <sup>(2)</sup>, ya sea por atención de urgencias o atención de emergencias. Esto supone distribución irregular de las cargas de trabajo, sobreocupación de algunas unidades médicas con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y dispendio innecesario de recursos humanos y materiales, resultando más costoso atender problemas de salud simples en una unidad médica que cuenta con alta tecnología, que atenderlos en el nivel de atención de acuerdo al nivel de complejidad. Tomando como ejemplo el costo de consulta de 60 pesos y de hospitalización diaria que pudiera llegar hasta los 1,559 pesos diarios en el Hospital Infantil de México Federico Gómez <sup>(10)</sup>, contra 56 pesos y 173 pesos respectivamente en hospitales de segundo nivel pertenecientes a Secretaría de Salud del Distrito Federal <sup>(11)</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El documento titulado “Lineamientos para la Referencia y Contra-Referencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta” constituye una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención médica involucradas, sin embargo no se ha logrado llevar a cabo una concientización tanto en la sociedad como en el personal médico de la importancia del sistema escalonado de salud. Esto conlleva problemas tales como: retrasos en la atención, duplicidad de recursos y esfuerzos, elevación de costos, interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes, traduciéndose también en insatisfacción de los usuarios.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué patologías se atienden con mayor frecuencia en el área de primer contacto (Filtro/Consulta de Urgencias), del Hospital Infantil de México Federico Gómez, y qué porcentaje de ellas corresponden al primer, segundo y tercer nivel de atención?

## **JUSTIFICACIÓN**

El Hospital Infantil de México Federico Gómez no cuenta con la descripción demográfica según nivel de atención de los pacientes ni de las patologías que se atienden en el servicio de primer contacto. Creemos que es de suma importancia contar con dicha información, ya que de esta manera se podría incidir en una mejor atención al paciente, mediante la redistribución de recursos, así como una optimización en el sistema de Referencia/Contra-Referencia entre los distintos niveles de atención.

## **OBJETIVOS**

Objetivo General: Cuantificar a los pacientes con patologías de primer, segundo y tercer nivel de atención, que acuden a solicitar servicio al Hospital Infantil de México Federico Gómez, así como sus características demográficas.

Objetivo Específico: Establecer el porcentaje de pacientes que se atienden en el Filtro/Consulta de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez que no ameritan atención en una institución de tercer nivel.

## MÉTODOS

*Descripción general de la metodología:* Se registrarán variables de datos demográficos, así como en materia de salud y administrativos de todos los pacientes que acudan a recibir atención médica al área de Filtro/Consulta de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el primer bimestre del año 2015. Posteriormente se categorizará a los pacientes registrados dentro de los tres niveles de atención según los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México.

*Diseño:* Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de fuentes secundarias (base de datos generada por el sistema electrónico de Filtro/Consulta de Urgencias).

*Población:* Registros de consulta de todos los pacientes en el área Filtro/Consulta de Urgencias que hayan recibido atención en dicha área desde el 1º de Enero del 2015 al 28 de Febrero del 2015.

*Criterio de inclusión:* Paciente que haya recibido atención en el área de Filtro/Consulta de Urgencias dentro de las fechas estipuladas.

*Criterios de exclusión:*

1. Paciente cuyo registro no cuente con diagnóstico.
2. Paciente cuyo registro de atención no cuente con más del 50% de los datos demográficos, médicos o administrativos establecidos dentro de las variables de estudio.

## **PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizará estadística descriptiva de las variables demográficas y se reportarán frecuencias absolutas y relativas en cuanto a las variables observadas.

## DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Definición operacional	Tipo	Medida o Unidad
<b>Edad</b>	Tiempo de vida de un paciente	Años que han transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta su atención	Cuantitativa discreta	Años
<b>Lugar de procedencia</b>	Ciudad de residencia del paciente	Ciudad en la que reside actualmente	Cualitativa nominal politómica	1: DF 2: Estado de México 3: Otro estado de la República
<b>Patologías de base</b>	Diagnósticos previos conocidos por el paciente	Diagnóstico con el que el paciente cuenta, previo al actual	Cualitativa nominal politómica	No Aplica
<b>Diagnóstico de atención en Filtro/Consulta de Urgencias</b>	Diagnóstico establecido por el servicio de Filtro/Consulta de Urgencias	Diagnóstico dentro de la institución, con el que se decide el destino de atención	Cualitativa nominal politómica	No Aplica
<b>Nivel de atención acorde a patología</b>	Si la patología por la que acuden es de primer, segundo o tercer nivel de atención	Patología catalogada según el <b>Apéndice A</b>	Cualitativa ordinal	1: Primer Nivel 2: Segundo Nivel 3: Tercer Nivel 4: No clasificable

<b>Destino</b>	Lugar a donde se envía para atención o valoración	Servicio o lugar al que se envió una vez valorado en el área de Filtro/Consulta de Urgencias	Cualitativa nominal politómica	1: Urgencias 2: Consulta Externa de Especialidad 3: Domicilio 4: Referencia 1° Nivel 5: Referencia 2° Nivel 6: Referencia a 3° Nivel
<b>Servicio de atención</b>	Servicio al que pertenece según el diagnóstico de Filtro/Consulta de Urgencias	Servicio que proporciona la atención según la patología catalogada en el Apéndice A	Cualitativa nominal politómica	1: Alergias 2: Alteraciones del Crecimiento 3: Audiología 4: Cardiología 5: Cirugía 6: Dermatología 7: Endocrinología 8: Estomatología 9: Foniatría 10: Gastroenterología 11: Genética 12: Ginecología 13: Hematología 14: Infectología 15: Inmunología 16: Medicina Interna 17: Nefrología 18: Neonatología 19: Neumología 20: Neurología 21: Neurocirugía 22: Odontología 23: Oftalmología

24: Oncología

25: Ortopedia

26: Otorrinolaringología

27: Psiquiatría

28: Cirugía Plástica

29: Problemas  
Sociales

30: Reumatología

31: Toxicología

32: Traumatología

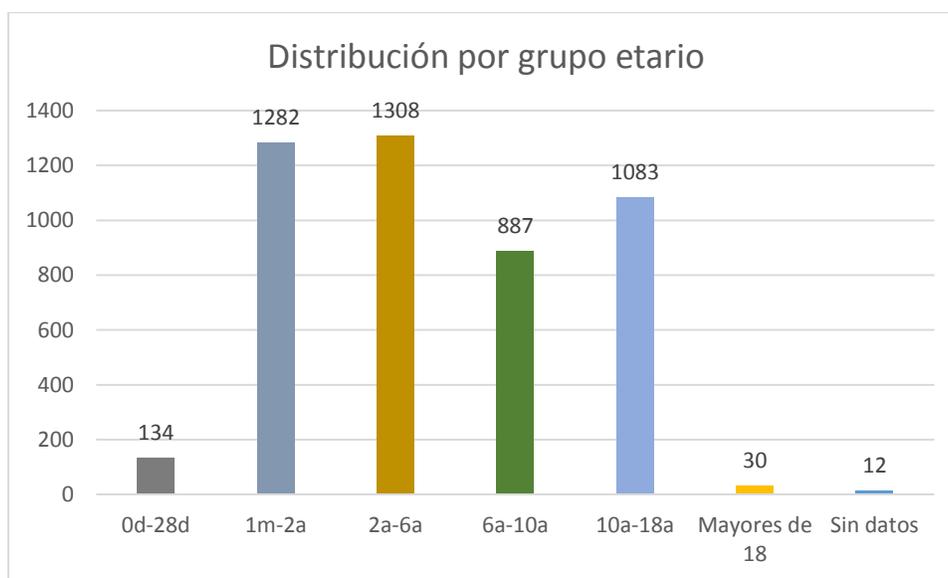
33: Urología

## RESULTADOS

El número de registros de atención a los pacientes incluidos en el estudio fue de 4736 (98.81%), eliminándose 57 (1.19%) por falta de diagnóstico del servicio de Filtro/Consulta de Urgencias o falta mayor al 50% de los datos demográficos, médicos o administrativos establecidos.

De los registros estudiados el 44.17% (2092 registros) pertenecieron al sexo femenino, el 55.09% (2609 registros) al sexo masculino, el 0.08% (4 registros) fue catalogado como indeterminado y no se contó con registro del 0.65% (31 registros). La distribución por grupos etarios de los registros de atención otorgados se pueden observar en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución por grupo etario.

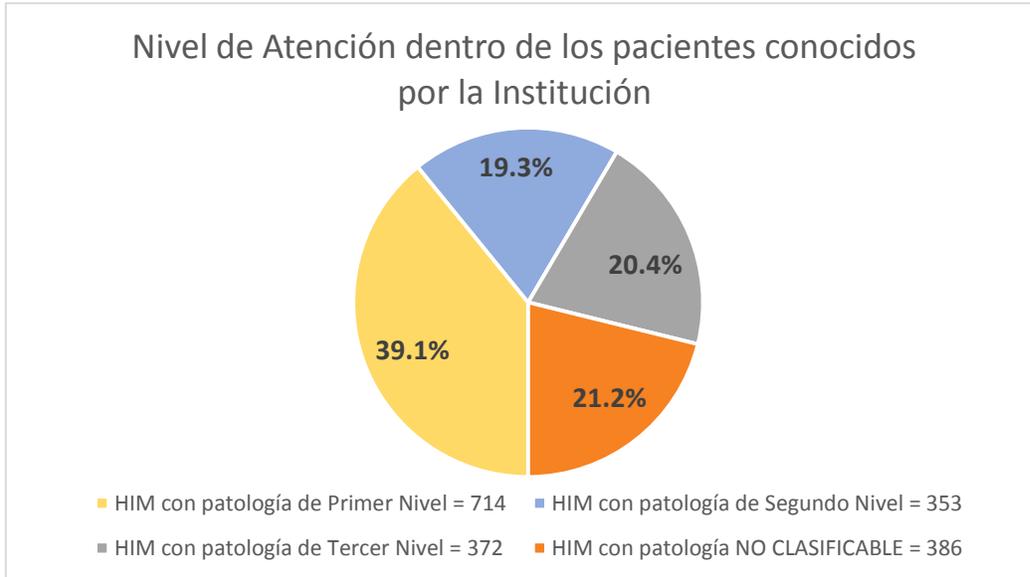


Dentro de la muestra recibimos pacientes de 26 estados distintos y dos países extranjeros, siendo Belice y Estados Unidos de Norte América. Dentro de los estados de procedencia más frecuentes encontramos al Estado de México con 2376 registros de atención (50.17%), Distrito Federal con 1676 registros de atención (35.39%), Guerrero con 97 registros (2.05%), Hidalgo con 82 (1.73%) y Veracruz con 80 (1.69%).

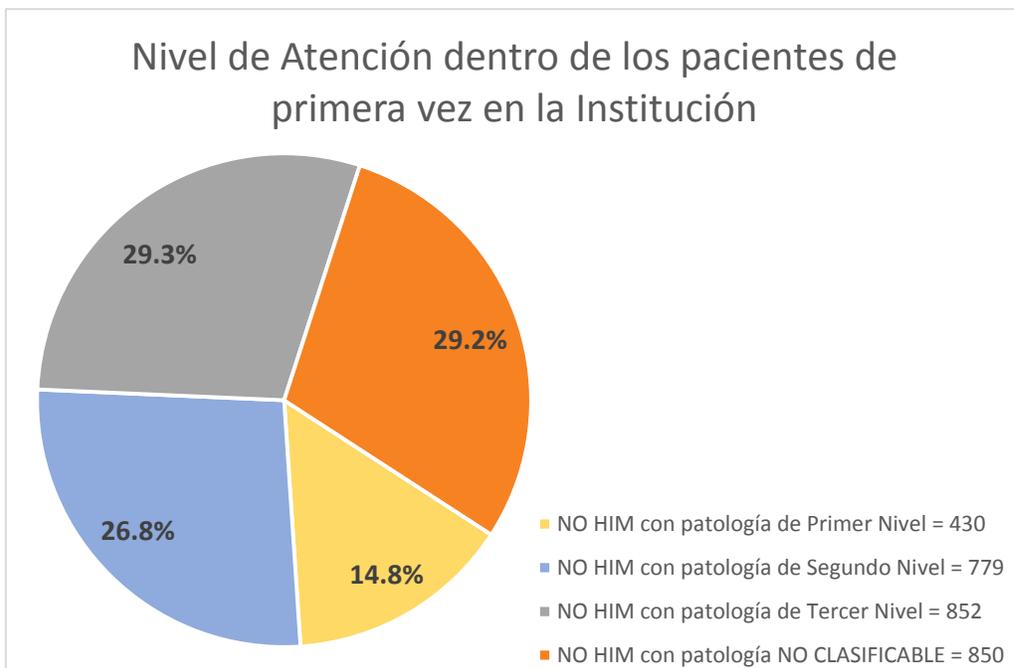
El total de los registros de pacientes conocidos por la institución fue de 1825 (39%), mientras que los registros de pacientes de primera vez en la institución fue de 2911

(61%). En la Gráfica 2 y 3 se puede ver la clasificación de los diagnósticos que presentan los pacientes de dichos registros clasificados de acuerdo al nivel de atención.

Gráfica 2. Distribución de diagnósticos por niveles de atención en pacientes conocidos por la Institución.

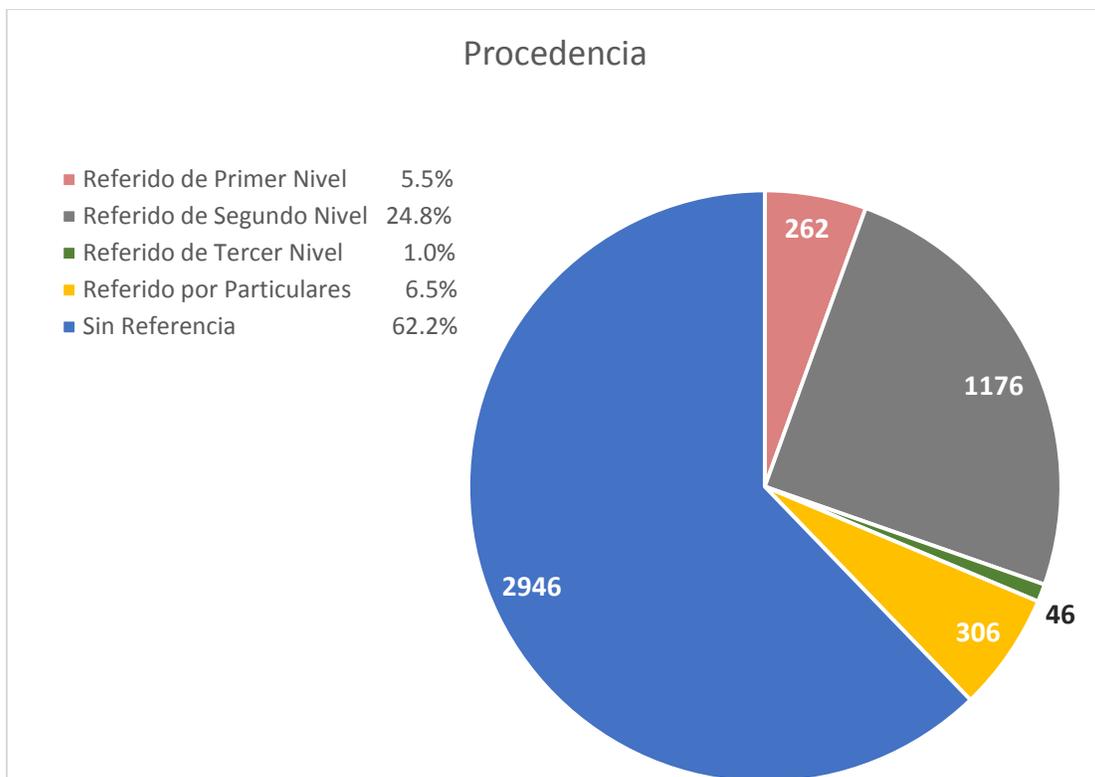


Gráfica 3. Distribución de diagnósticos por niveles de atención en pacientes no conocidos por la Institución



Del total de registros estudiados la mayoría no contaban con una referencia a la Institución (ver Gráfica 4), contando con una referencia solo 1790 de ellos, de los cuales 306 son por médicos particulares y 1484 son referidos por otras instituciones de gobierno y niveles de atención. Del total de 1790 referencias, 9.44% (169) correspondían a una patología de Primer Nivel; el 26.20% (469) a patología de Segundo Nivel; el 36.14% (647) a patología de Tercer Nivel y el 28.21% (505) a una patología no clasificable. Siendo referidos nuevamente por nuestra institución el 18.04% (323) de ellos.

Gráfica 4. Distribución por procedencia.



Se registraron 800 diagnósticos en las consultas y una vez clasificados de acuerdo a la Lista de Padecimientos por Nivel de Atención comprendida dentro de los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México se observó que el 24.15% (1144 registros) correspondía a diagnósticos de primer nivel, el 23.90% (1132 registros) a diagnósticos de segundo nivel y el 25.84% a diagnósticos de tercer nivel. El 26.09% (1236 registros) se consideraron dentro del rubro de Patologías No Clasificables, al no encontrarse dentro de la lista citada previamente.

Los diez diagnósticos más frecuentes en el estudio se mencionan en la Tabla 1, seguidos por los diez diagnósticos principales por nivel de atención y no clasificables (Tablas 2, 3, 4, 5 respectivamente).

Tabla 1. Diagnósticos más frecuentes en el estudio.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1°</b> Infecciones Respiratorias Agudas	509	10.74%
<b>2°</b> Crisis convulsivas	141	2.97%
<b>3°</b> Gastroenteritis	133	2.80%
<b>4°</b> Otitis media aguda	112	2.36%
<b>5°</b> Niño Sano	111	2.34%
<b>6°</b> Neumonía	97	2.04%
<b>7°</b> Asma	92	1.94%
<b>8°</b> Rinitis alérgica	92	1.94%
<b>9°</b> Infección de vías urinarias	84	1.77%
<b>10°</b> Epilepsia	57	1.20%
<b>Total</b>	1428	30.1%

Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes acorde a Primer Nivel de Atención.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1° Rinofaringitis	178	15.55%
2° Faringitis	142	12.41%
3° Gastroenteritis	123	10.75%
4° Faringoamigdalitis	122	10.66%
5° Niño Sano	111	8.98%
6° Otitis media aguda	105	9.17%
7° Neumonía	90	7.86%
8° Dermatitis atópica	48	4.19%
9° Traumatismo Craneoencefálico	40	3.49%
10° Constipación o estreñimiento	28	2.44%
<b>Total</b>	<b>987</b>	<b>85.5%</b>

Nota: el seguimiento de niño sano se otorga en el primer nivel de salud de acuerdo a la NOM-031-SSA2-1999 a pesar de no encontrarse en la Lista de Padecimientos por Nivel de Atención.

Tabla 3. Diagnósticos más frecuentes acorde a Segundo Nivel de Atención.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1° Crisis convulsiva	140	12.36%
2° Asma	91	8.03%
3° Rinitis alérgica	73	6.44%
4° Infección de vías urinarias	63	5.56%
5° Epilepsia	46	4.06%
6° Hipoacusia	42	3.71%
7° Epistaxis	38	3.35%
8° Purpura de Henoch-Schönlein	27	2.38%
9° Cefalea	24	2.12%
10° Displasia congénita de cadera	24	2.12%
<b>Total</b>	<b>568</b>	<b>50.13%</b>

Tabla 4. Diagnósticos más frecuentes acorde a Tercer Nivel de Atención.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1° Cardiopatía	34	2.77%
2° Problema de lenguaje	34	2.77%
3° Diabetes	32	2.61%
4° Tumor de tejidos blandos	32	2.61%
5° Sangrado de tubo digestivo	31	2.53%
6° Fiebre y neutropenia	30	2.45%
7° Hemartrosis	30	2.45%
8° Faringoamigdalitis en paciente inmunocomprometido	27	2.20%
9° Faringitis en paciente inmunocomprometido	27	2.20%
10° Constipación o estreñimiento	25	2.04%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>24.63%</b>

Tabla 5. Diagnósticos más frecuentes No Clasificables.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1° Dolor abdominal	46	3.72%
2° Adenomegalias	33	2.67%
3° Dermatitis	25	2.02%
4° Trastorno de Déficit de Atención	23	1.86%
5° Retraso en el desarrollo psicomotor	21	1.69%
6° Hiperreactor bronquial	20	1.61%
7° Intolerancia a la vía oral	20	1.61%
8° Craneosinostosis	16	1.29%
9° Trombocitopenia	16	1.29%
10° Artritis	14	1.13%
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>18.89%</b>

Del total de registros, el 14.15% (670 registros), requirió atención de Urgencia, el 17.95% (850 registros) se refirieron a otro nivel de atención, se concedió pase a Consulta Externa al 37.94% (1797 registros) y se otorgó Consulta de Alta Especialidad al 29.96% (1419 registros). En la Tabla 6 se muestra el desglose por niveles de atención según el destino.

Tabla 6. Destino por Niveles de Atención.

	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel	No Clasificable	Total
<b>Urgencias</b>	107	130	205	228	670
<b>Referencia</b>	220	261	61	308	850
<b>Consulta Externa</b>	140	491	727	439	1797
<b>Consulta de Atención Especializada</b>	677	250	231	261	1419
<b>Total</b>	1144	1132	1224	1236	<b>4736</b>

De los 3500 registros (73.9%), que contaron con patologías que se encuentran en la lista de padecimientos por nivel de atención, las cinco especialidades con mayor demanda fueron Infectología 1122 registros (32.06%), Neurología 354 registros (10.11%), Alergia e Inmunología 241 registros (6.89%), Cirugía 226 registros (6.46%) y Gastroenterología 200 registros (5.71%), contando con el 61.23% del total de patologías clasificables.

## DISCUSIÓN

De los 4736 registros que se evaluaron, predominando los grupos etarios menores de 6 años, que concuerda con los datos reportados en el último censo realizado por el INEGI <sup>(13)</sup>, sin embargo la distribución por sexo arrojó predominio por el sexo masculino con 55.09%, contra el femenino con 44.17%. Si se compara con la distribución de sexos reportada por el INEGI <sup>(13)</sup>, 50.57% masculino y 49.43% femenino, esperaríamos una distribución más homogénea, sin embargo los datos publicados de la Organización Mundial de la Salud, presentan una carga de enfermedades durante el grupo etario entre 0 y 4 años predomina en los varones, invirtiéndose la relación de los 5 hasta los 29 años en los países en desarrollo <sup>(15)</sup>. Al ser este grupo de edad nuestra población más frecuente esto pudiera explicar la distribución que encontramos.

Debido al lugar en dónde se sitúa el Hospital Infantil de México, es evidente y lógico que exista un predominio de población que acude a recibir atención médica de la Ciudad de México y el área conurbada del Valle de México (85%). Sin embargo tratándose de una Institución con alta difusión y renombre en el país existen un número no despreciable de pacientes que acuden del interior de la república, a pesar de los esfuerzos de descentralizar la atención médica especializada con la apertura de hospitales regionales de alta especialidad, dirigidos a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica, en los estados de Chiapas, Tamaulipas, Yucatán, Oaxaca, Guanajuato y el Estado de México.

El hospital enfrenta un problema ya que cuenta con un mayor número de registros de atención de primera vez, de los cuales un 40% cuentan con diagnósticos correspondientes a primer o segundo nivel de atención. Llama la atención que a pesar de contar con este tipo de diagnósticos, 137 pacientes requirieron atención en Urgencias y a 1558 pacientes se les otorgó algún tipo de consulta. Esto quiere decir que por bimestre se dan más de mil consultas a pacientes cuyas patologías no corresponden al tercer nivel de atención. Esto se traduce en costos para la Institución al atender patologías atribuibles a otros niveles de atención, así como sobresaturación de las distintas áreas (Urgencias y Consulta Externa), y menor calidad en la atención a los pacientes que sí requieren de nuestros servicios, ante el modelo de atención de urgencias observable en la institución de pacientes con patologías crónicas y exacerbaciones agudas, ameritando distinciones funcionales importantes como características de la institución y del personal de la salud<sup>(17)</sup>. Aunado a la limitación de camas en los servicios de hospitalización y los

diagnósticos que ameritan larga estancia ante la complejidad de los mismos, el servicio de urgencias se encuentra con la imposibilidad de desagüe de pacientes ante una ocupación hospitalaria mayor al 90%<sup>(18)</sup>, por lo tanto la incapacidad de atender nuevos pacientes.

Otro dato importante a resaltar es el número de pacientes que son pacientes del Instituto, pero a los que se les brinda atención correspondiente a otro nivel de atención (58.4%). Esta situación nuevamente se traduce en costos aumentados, sobresaturación de servicios y menor calidad en el servicio. Esto probablemente obedece a varios factores, entre ellos, la falta de confianza de los pacientes a recibir atención en hospitales que no se encuentren familiarizados con padecimientos de alta complejidad terapéutica a pesar de acudir con padecimientos agregados de primer o segundo nivel, falta de conocimiento en los hospitales de segundo nivel del manejo de terapéutico en pacientes con patologías previas de baja incidencia, a la probable exacerbación de un problema crónico ya diagnosticado, a la demora de atención en el servicio de urgencias de segundo nivel, a las fechas prolongadas de atención en los servicios de consulta externa y por tanto agudización de los síntomas en estos periodos <sup>(16-17)</sup>, e inclusive a la política de “cero rechazo” que mantiene la Secretaría de Salud desde el mes de noviembre del año 2013, indicada por la Dra. Mercedes Juan López, entonces Secretaria de Salud de México <sup>(19-20)</sup>, a pesar de que no se encuentre estipulada en la Ley General de Salud.

Al evaluar los porcentajes de procedencia y destino resulta evidente el desconocimiento de los profesionales de la salud, tanto institucional como medicina privada, del sistema de salud en México, y muy probablemente del listado de patologías por Niveles de Atención del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, ya que el 35.64% de los pacientes referidos cuenta con patologías de primer y segundo nivel. Esto puede ser secundario a una falta de difusión y conocimiento del Sistema de Referencia/Contrarreferencia. En cuanto a los pacientes de primera vez se observa la misma tendencia al acudir con desconocimiento de los niveles de atención, guiados por recomendaciones o por el mismo prestigio con el que cuenta el Hospital Infantil de México.

El Hospital Infantil de México, al tratarse de una institución de Tercer Nivel, cuenta con pacientes con una amplia variedad de diagnósticos, siendo en el presente estudio de 800. Algo interesante a resaltar es que el 26% no se encuentra en la Lista de Padecimientos por Nivel de Atención que proponen los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México, por lo que el hospital cuenta con su propia lista de

patologías. Esto también representa un problema, ya que no compaginan en su totalidad ambas listas en cuanto al nivel de atención propuesto para la misma patología. Esto hace que el sistema sea redundante y por ende menos eficiente.

Dentro de los diagnósticos más frecuentes obtenidos por el presente estudio los números reflejan concordancia con la epidemiología descrita en nuestro país<sup>(14)</sup>, predominando las infecciones respiratorias agudas con el 10.7% del total, aunado a las características de los meses en los que se realizó el estudio. Destacando en el tercer nivel de atención las patologías acordes a subespecialidad, así como nuevamente las infecciones respiratorias agudas en pacientes inmunocomprometidos. Es importante resaltar que la mayoría de los diagnósticos más frecuentemente vistos correspondientes a tercer nivel, son de enfermedades crónicas y/o complicaciones de las mismas. Esto también es otro factor para la sobresaturación existente en la Institución, ya que habitualmente son pacientes que tienen seguimiento desde el diagnóstico hasta su mayoría de edad, y que sólo se dan de alta de la Institución para su referencia a un centro de atención de tercer nivel de adultos.

Evaluando los porcentajes de los diagnósticos más frecuentes “No Clasificables” por nivel de atención es evidente la designación de signos y síntomas como diagnósticos. Esto puede ser secundario a que es el registro de atención en el área de primer contacto, y la mayoría de los que acuden no vienen referidos, por lo que hay que establecer un diagnóstico. En ocasiones es posible llegar a un diagnóstico etiológico, sin embargo la mayoría de las veces pueden quedar con diagnósticos sindromáticos. Algunos de estos pacientes requieren de algún tipo de estudio o seguimiento para finalmente llegar a un diagnóstico final. Para la atención de estos pacientes sería importante considerar cuál es el lugar más apropiado para que este estudio y vigilancia del paciente se efectúe, ya que se deben evaluar tiempos de estancia o vigilancia, costos, eficiencia diagnóstica y/o terapéutica, así como cupos limitados en todos los hospitales del país. Por otro lado este tipo de diagnósticos en los registros pudieran corresponder a una falta de capacitación del personal en la captura de datos.

En cuanto a las frecuencias de registros por especialidad se encuentra una desviación esperada hacia Infectología, derivada de los numerosos diagnósticos secundarios a infección, al igual que Gastroenterología, contemplando la alta demanda de los servicios de Neurología, Alergia e Inmunología y Cirugía al tratarse de un Centro de Referencia nacional.

## CONCLUSIONES

En el área de primer contacto (filtro/Consulta de urgencias) del Hospital Infantil de México Federico Gómez las patologías que se atienden con mayor frecuencia son de primer y segundo nivel, constituyendo entre ambas un 58.5% de las consultas otorgadas. Se registran un 24% de consultas correspondientes a tercer nivel y un 25% que son No Clasificables con respecto a los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México. Con los resultados obtenidos de este estudio creemos que es necesaria la capacitación del personal de salud en materia de la división de los niveles de atención y de los lineamientos previamente citados. Creemos que el procedimiento de Referencia/Contrarreferencia es perfectible, y que pudiera beneficiarse del estudio periódico de la población que atiende, para hacer las adecuaciones necesarias en base a las patologías reales que se ven en cada nivel de atención, y hacer el sistema menos redundante. Suponemos que al hacer el sistema más eficiente esto se traduciría e menores costos de atención para la Institución, disminución de la sobresaturación de las distintas áreas (Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa) y una mejor calidad de la atención.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Las limitaciones que presenta el estudio son las que presenta cualquier estudio retrospectivo, basándose en la revisión de una base de datos (fuente secundaria), ya que dependemos de los datos registrados por el médico que realizó la consulta, y que haya capturado en el sistema.

El presente estudio se realizó con registros de atención de enero y febrero, y por lo tanto hubo un predominio de enfermedades respiratorias agudas, por la época invernal. Esto pudiera presentar un sesgo, sin embargo concuerda con los datos epidemiológicos reportados por la Secretaría de Salud. Una posible manera de solucionar este sesgo sería con el análisis de todas las consultas registradas en un año.

Hay que considerar un posible sub-registro de la atención en Urgencias ante la posibilidad de que el estado de gravedad del paciente amerite ingreso directo a Urgencias, y que estos casos no queden registrados en el sistema de la Consulta de Urgencias.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes / Actividad	Mayo – Junio 2015	Julio – Agosto 2015	Agosto - Diciembre 2015	Enero – Marzo 2016	Marzo - Mayo 2016
Elaboración de proyecto					
Entrega de Avances					
Recolección de Datos					
Análisis de Resultados					
Elaboración de manuscrito y versión final de Tesis					

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno Federal. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 TEXTO VIGENTE.  
(<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlqsmmpsam.html>)
2. Secretaria de Salud. Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del estado de México.  
(<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>)
3. Secretaria de Salud. El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años. Salud, gaceta de comunicación interna de la secretaría de salud, número 1. Julio 2002 ([http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html))
4. INEGI. Información Nacional por entidad Federativa y Municipios, Distrito Federal. Censo INEGI 2010-2011  
(<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=9>)
5. INEGI. Información Nacional por entidad Federativa y Municipios, Estado de México. Censo INEGI 2010-2011  
(<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=15>)
6. República de Colombia. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Artículo 20.  
(<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf>)
7. OPS/OMS, ACODESS, Ministerio de Asuntos Extranjeros de Francia; La transformación de la gestión de hospitales en América latina y el Caribe. OPS, 2001 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16611s/s16611s.pdf>)
8. Organización Panamericana de la Salud. México. Salud en las Américas, 2012  
([http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=214&Itemid](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=214&Itemid))
9. República de Perú. Norma Técnica de Categorías de Establecimientos de Sector Salud. [http://www.minsa.gob.pe/dqiem/infraestructura/WEB\\_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dqiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf)

10. Hospital Infantil de México. Tabulador de cuotas de recuperación, Mayo 2014.  
(<http://himfg.edu.mx/descargas/documentos/transparencia/transpinfo/tabulador.pdf>)  
)
11. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Módulo de estimación de costos hospitalarios 2004. Secretaría de Salud.  
(<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7417.pdf>)
12. Gobierno Federal. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. TEXTO VIGENTE.  
(<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>)
13. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Consulta interactiva de datos.  
([http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10\\_pt](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt))
14. Dirección General de Epidemiología. Informes Históricos 2015.  
([http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf\\_morbilidad/2015/inf\\_morbilidad\\_2015.zip](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_morbilidad/2015/inf_morbilidad_2015.zip))
15. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition, editors. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006.
16. Carlos Polanco-González, Jorge Alberto Castañón-González et al. Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. Gaceta Médica de México. 2013; 149:417-24.
17. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med. 2003;42:173-80
18. Forster AJ, Stiell I, Wells G, et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. Acad Emerg Med. 2003; 10:127-133.
19. Secretaria de Salud. México Sano año 1, núm. 5, Nueva Época. 2013.  
(<http://portal.salud.gob.mx/codigos/slide/pdf/numero5.pdf>)
20. Cámara de Diputados. Gaceta Parlamentaria, Número 4114-II. 18 de Septiembre de 2014.  
(<http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2014/sep/20140918-II/DictaminaD-5.html>)

## ANEXOS

### APENDICE A

#### LISTA DE PADECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCION

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>ALERGIA E INMUNOLOGIA</b>  Urticaria aguda Alergias alimentos y medicamentos	Asma leve a moderado ( I ) Alergias respiratorias ( I ) Conjuntivitis alergica(I)	Asma severo ( II ) Alergias respiratorias severas o complicadas(I) Inmunodeficiencia primarias y secundarias ( III ) Urticaria crónica ( II ) Lupus (III) Enf de la colágena(III) Enfermedad del suero(III) Enfermedad injerto contra huésped(III) Amiloidosis(III)
<b>ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO</b>  Talla baja familiar	Falla para medrar ( II ) Talla baja constitucional( I )	Talla baja patológica ( II )
<b>AUDIOLOGIA Y FONIATRIA</b>	Secuelas de labio y paladar hendido ( I ) Vertigo estudio inicial (I) Estudio inicial de hipoacusia ( I ) Trastornos de lectoescritura (I)	Trastornos y retraso del lenguaje ( I ) Malformaciones de aparato fonoarticulador ( I ) Sordera ( I ) Implantes cocleares( I ) Malformaciones de oído ( I ) Disfonías crónicas ( I )
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

“Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México” <sup>(2)</sup>

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>CARDIOLOGÍA</b> Búsqueda intencionada de fiebre reumática(I) Detección clínica de cardiopatías Detección de hipertensión arterial	Cardiopatía Reumática Seguimiento ( I ) Seguimiento de cardiopatías congénitas acianógenas ( I ) Estudio inicial de hipertensión arterial	Diagnóstico definitivo de cardiopatías ( I ) Tratamiento quirúrgico de cardiopatías congénitas ( II ) Seguimiento de cardiopatías congénitas cianógenas ( II ) Miocardiopatías ( II ) Arritmias ( I ) Pericarditopatías Micardiopatías Seguimiento de P.O. de corazón ( II ) Trasplantes ( III ) Trastornos vasculares
<b>CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y ENDOSCOPIA</b> Heridas y quemaduras leves	Quiste tirogloso Hipertrofia congénita de piloro Mal rotación intestinal Suboclusión Intestinal Enfermedad diverticular ( II ) Hernia inguinal Invaginación Intestinal Apendicitis Fimosis ( I ) Granuloma umbilical Torsión testicular Criptorquidea Tratamiento quirúrgico de reflujo Enterocolitis necrozante I	Fistula branquial Estenosis o atresias de tubo digestivo ( II ) Peritonitis meconial Onfalocele y gastrosquisis Divertículo de Meckel ( II ) Hernia diafragmática ( II ) Trasplantes ( III ) Hemo y quilo tórax Malformación anorectal ( II ) Anomalías del tracto biliar ( II ) Cuerpos extraños en vías aérea y digestiva Sangrado tubo digestivo Linfangiomas Enterocolitis necrotizante II y III Malformación caja torácica Masa abdominal en estudio Colon tóxico amibiano
<b>CIRUGÍA MAXILO – FACIAL Y ODONTOLOGÍA</b> Caries Corrección de frenillo	Afecciones de glándulas salivales ( I ) Traumas orales y dentales	Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

“Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México” (2)

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA</b>	Hemangiomas(I) Lipomas y quiste dermoide (I) Labio y paladar hendido ( I ) Manejo inicial de quemados Rinoplastias ( I ) Sindactilia Polidactilia	Labio y paladar hendido Reimplantes de manos o dedos Reconstrucciones faciales Avances cráneo – faciales ( II ) Manejo de hmangiomas ( II ) Manejo de complicaciones de quemados. Trauma cráneo – facial Microtias ( I )
<b>DERMATOLOGIA</b> Dermatitis Atópica (I) Infecciones superficiales de la piel (virus, bacteria, hongos) Acné Uñas encamadas Picaduras de insectos Urticaria y eritema polimorfo Dermatitis seborreica Hemangiomas planos Exantemas virales Pediculosis	Fotosensibilidad Hiper o hipopigmentaciones ( I ) Alopecias( I ) Dermatitis seborréica grave(I) Tuberculosis cutanea Deshidrosis Vitiligo Fotosensibilidad Nevos Erisipela y celulitis Escabiasis	Micosis profundas( II ) Pénfigos ( II ) Psoriasis ( II ) Ictiosis( III ) Porfirias(III ) Miasis Oncocercosis Esclerosis tuberosa (II) Farmacodermias severas Displasia ectodérmica( I ) Sx Neurocutaneos( I ) Hemangiomas gigantes y cavernosos( I ) Neoplasias cutaneas malignas( I ) Otras ectoparasitosis ( I )
<b>ENDOCRINOLOGÍA</b> Obesidad I grado	Hipotiroidismo congénito(I ) Obesidad de II y III Grado(I)	Diabetes Mellitas ( II ) Diabetes Insípida ( II ) Tirotoxicosis ( II ) Tiroiditis Alteraciones suprarrenales ( II ) Pubertad precoz ( III ) Ambigüedad de genitales(III) Alteraciones gonadales ( II ) Obesidad secundaria(III) Neoplasias endocrinologicas (III)
<b>ESTOMATOLOGIA</b> Higiene bucal Periodontopatias Aplicación de fluor	Caries(I) Periodontopatias que requieran cirugía(I) Endodoncia, parodoncia, ortodoncia (I) Traumatismo dentoalveolar(I) Maloclusión(I)	Rehabilitación integral Cirugía bucodentomaxilar Disarmonias dentofaciales Ránula Complicaciones orales de problemas sistémicos(III)
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

“Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México” <sup>(2)</sup>

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN</b> Desnutrición de I Grado Sobrepeso Gastroenteritis Niño vomitador (manejo inicial) Hepatitis no complicada Intolerancia y alergia a alimentos Parasitosis intestinal Constipación dietética	Desnutrición de II Grado ( I ) Obesidad ( I ) Intolerancia a la lactosa ( I ) Reflujo gastro-esofágico ( I ) Colon irritable ( I ) Enfermedad ácido péptica ( I ) Enterocolitis necrosante Grado I y II Colecistitis Colelitiasis Absceso hepático Enf Inflamatoria de vías biliares(I) Dolor abdominal crónico en etapa inicial(I) Reflujo gastroesofágico(I)	Desnutrición de III Grado ( III ) Obesidad Grave ( II ) Avitaminosis ( II ) Reflujo gastro-esofágico complicado (III) Constipación crónica ( II ) Encopresis ( II ) Mala absorción intestinal ( III ) Colitis ulcerativa ( III ) Enf Cronh (III) Enfermedad celiaca ( III ) Intestino corto ( III ) Intolerancia a la proteínas de la dieta ( II ) Linfangiectasia Intestinal (III ) Infección por Helicobacter Pylori ( II ) Agangliosis intestinal ( II ) Enterocolitis necrosante grado III y IV Diarrea crónica Enfermedad celiaca ( III ) Vasculitis e isquemias intestinales( II ) Pancreatitis Sx. Colestásicos (II) Hepatitis tóxicas y crónicas ( III ) Insuficiencia Hepática ( III ) Úlcera péptica(II) Anorexia y bulimia(III) Dolor abdominal crónico etapa avanzada(II) Poliposis intestinal(II) Hipertensión portal(III) Colon agangliónico(II)
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

“Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México” (2)

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>GENÉTICA</b> Síndrome de Down diagnóstico clínico ( I )	Seguimiento de cromosomopatías ya estudiadas(I)	Síndrome de Down diagnóstico paraclínico ( I ) Otras cromosomopatías ( II ) Errores del metabolismo ( III ) Consejo genético Medicina Genómica Estudio de retraso mental(I) Ambigüedad de genitales(II) Genodermatosis(II) Estudio de malformaciones múltiples(I)
<b>GINECOLOGÍA</b>	Dismenorrea Trastornos menstruales ( I ) Enfermedades de Transmisión sexual Trauma genital femenino ( I )	Amenorrea en estudio ( II ) Tumores mamarios ( III ) Abuso sexual ( II )
<b>HEMATOLOGÍA</b> Anemia ferropénica	Anemia megaloblástica ( I ) Pacientes terminales Púrpuras vasculares no complicadas ( I ) Deficiencia vitamina K	Otras anemias ( II ) Policitemia ( II ) Púrpuras trombocitopénicas ( I ) Púrpuras vasculares complicadas Sx. Mielodisplásicos ( II ) Leucemias ( III ) Linfomas ( III ) Coagulopatías congénitas
<b>INFECTOLOGÍA</b> Infecciones de vías respiratorias altas Neumonía sin dificultad respiratoria Gastroenteritis sin deshidratación Parasitosis intestinales Fiebre tifoidea Hepatitis aguda Exantemas virales	Neumonía con dificultad respiratoria Laringotraqueitis Sx. Coqueluchoides y tos ferina Bronquiolitis Infecciones de vías urinarias Enfermedades de Transmisión sexual Meningitis, Encefalitis no complicadas Celulitis Gastroenteritis con deshidratación Absceso hepático Artritis sépticas Mononucleosis infecciosa Fiebre de larga evolución ( I ) Fiebre tifoidea(I) Tuberculosis ( I ) Mononucleosis infecciosa	Epiglotitis Absceso retrofaringeo Neumonías complicadas Endocarditis, Miocarditis Absceso cerebral Celulitis gangrenosa Hepatitis con insuficiencia hepática SIDA ( III ) Infecciones en huésped inmunocomprometido Tétanos Rabia Enfermedad de Kawasaki Meningitis tuberculosa Brucelosis Rickettsiosis Neumonía por atípicos Leptospirosis ántrax Tracoma
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

“Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México”<sup>(2)</sup>

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>NEFROLOGIA</b>	Glomerulonefritis no complicada Insuficiencia Renal Aguda Diálisis peritoneal ( II )	Otras Glomerulopatías Insuficiencia Renal Crónica ( III ) Nefropatías tubulares ( II ) Nefropatías intersticiales ( II ) Nefrotoxicidades Trasplante ( III ) Hemodiálisis ( III )
<b>NEUMOLOGIA</b>  Neumonía sin dificultad respiratoria	Neumonía con dificultad respiratoria Neumotórax Asma leve y moderada( I )	Neumopatías crónicas ( II ) Fibrosis quística ( III ) Mediastinitis Asma severa ( II )
<b>NEONATOLOGIA</b>  Manejo del RN Sano	Neonato de alto riesgo Ictericas en estudio Exanguineotransfusión Septicemia Alteraciones Metabólicas Prematurez Asfisia leve a moderada Taquipnea transitoria	Prematurez extrema SDR ( Ventilación ) Asfixias severas Alteraciones Neurológicas graves Malformaciones que comprometan la vida Hipertensión pulmonar(II) Persistencia de alteraciones metabólicas(II)
<b>NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGÍA</b>  Trauma Craneoencefálico leve	Seguimiento de Crisis convulsivas ( I ) Hidrocefalia ( II ) Mielomeningocele ( II ) Trauma Craneoencefálico Moderado Cefalea en estudio ( I ) Migraña ( I )	Epilepsia de difícil control ( II ) Otros tipos de epilepsia ( II ) Malformaciones del SNC ( II ) Tumores cerebrales ( III ) Enfermedades degenerativas del SNC ( III ) Cirugía de Epilepsia ( II ) Cirugía Estereotáxica ( II ) Trauma Craneoencefálico Severo Cráneo hipertensivo Sx. Del Niño hipotónico ( II ) Trauma medular Sx. Neurocutaneos ( I ) Distrofias Musculares ( II )
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

“Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México”<sup>(2)</sup>

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>OFTALMOLOGIA</b> Conjuntivitis bacteriana Blefaritis no complicada	Estudio de agudeza visual Enfermedades inflamatorias del párpado Dacriostenosis y dacricistitis ( I ) Estrabismo ( I )	Malformaciones oculares Tumores ( III ) Anomalías corneales, retiniana ( II ) Cirugía laser Trauma ocular Celulitis periorbitaria Neuritis
<b>ONCOLOGÍAS</b>	Tumores benignos( I ) Pacientes terminales	Tumores sólidos ( III ) Histiocitosis ( III ) Tumores abdominales en estudio ( III )
<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b> Tapones de cerumen	Infecciones respiratorias altas recurrentes ( I ) Epistaxis	Otitis crónica recurrente ( I ) Perforación timpánica ( I ) Nasoangiofibromas ( II ) Atresia de coanas Laringomalasia ( II ) Papilomatosis laringea ( II ) Estenosis o membranas laringeas Estridor y disfonía no infecciosa ( I )
<b>PAIDOPSIQUIATRIA</b> Depresión Simple Desordenes reactivos Violencia intrafamiliar	Neurosis ( I ) Otros trastornos depresivos ( I ) Agresividad ( I ) Retrazo psicomotor ( I )	Intento suicida ( III ) Disfunción cerebral mínima (II) Psicosis ( III ) Trastornos del lenguaje ( I ) Desviaciones sexuales ( I ) Anorexia y bulimia ( II ) Fármaco dependencia ( III )
<b>PROBLEMAS SOCIALES</b> Alteraciones de la dinámica familiar	Abandono ( I ) Trastornos de hábitos ( II )	Maltrato infantil ( III ) Abuso sexual ( II )
<b>REUMATOLOGIA Y MEDICINA INTERNA</b> Artralgias y dolores de crecimiento	Sospecha clínica de colagenopatía	Lupus ( III ) Enfermedades de la colágena ( III ) Sx. Antifosfolípidos( III ) Hepato – esplenomegalias en estudio ( III ) Vasculitis( III ) Enfermedades por atesoramiento ( III )
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

“Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México” (2)

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<b>TOXICOLOGIA</b>	Intoxicaciones leves	Intoxicaciones severas Farmacodependencia ( II )
<b>TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA</b> Dolores del crecimiento Trastornos posturales	Pie plano ( I ) Luxación congénita de cadera ( I ) Lesiones vasculares ( II )	Displasias esqueléticas ( I ) Fracturas Politratumatismo Tumores ( III )
<b>UROLOGIA</b> Infección de vías urinarias Vulvovaginitis	Enuresis ( I ) Escroto agudo Criptorquidea ( I ) Parafimosis	Malformaciones de las vías urinarias y renales. ( II ) Trauma urinario y renal ( II ) Reflujo vesico-ureteral ( II ) Hidronefrosis ( II ) Uropatías obstructivas ( II ) Urolitiasis ( II ) Vejiga neurogénica ( II )
<b>Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico</b>		

“Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México”<sup>(2)</sup>