

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO NORMALIZACIÓN.



**NORMA DE REFERENCIA, RETORNO E
INTERCONSULTA ISSS.**

MARZO – 2020.

PRESENTACIÓN



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en su política de adoptar el Sistema de Calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo del ISSS aprobó la creación del Departamento de Normalización, según acuerdo CD#2019-2232.OCT, contenido en acta N° 3874; es este Departamento el responsable de la actualización del marco normativo de salud del ISSS, incluida la presente norma.

Bajo esta premisa, el propósito de la cuarta edición de la *"Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS"*, establecerá y estandarizará la ruta clínica asistencial en red en los diferentes niveles de atención en salud, utilizando la gestión clínica como herramienta fundamental que proporcionará oportunidad en la atención en salud del derechohabiente a través de la estratificación de riesgo en los diferentes niveles de atención de una manera continuada, eficaz, eficiente y efectiva.


Licda. Rosa Delmy Cañas de Zacañas
Directora General del ISSS



EQUIPO REGULATORIO:

Nombre	Procedencia
Dr. José Adán Martínez Alvarenga	Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia.
Dra. Silvia Mendoza de Ayala	Jefe Departamento de Normalización.
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Normalización.
Dr. Luis Roberto Cerón Alas	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Normalización.
Dra. Ingrid Lissette Hugentobler	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Normalización.
Dr. William Adonay Sosa	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Normalización.
Dra. Mery Cardoza de Parada	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Normalización.
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano	Colaborador Técnico en Salud I. Departamento de Normalización.



PROFESIONALES QUE ELABORARON LA NORMATIVA:

Nombre	Procedencia
Dra. Emilia Gudelia Hernandez Lazo.	Coordinadora de Hospitales y Policlínicos. Departamento de Redes Integradas e Integrales en Salud.
Dra. Nancy L. Gochez.	Colaborador técnico II. Departamento de Evaluación de la calidad en Salud.
Dra. Claudia María Suárez.	Colaborador técnico II. Sección Atención Primaria en Salud.
Dr. Samuel G. Henríquez.	Colaborador técnico II. Departamento de Planificación Estratégica en salud.
Dra. Ana Yasmin Aguilar	Jefe de Sección Clínicas Empresariales.
Ing. Juan C. Villacorta	Colaborador técnico I. Departamento de evaluación de la calidad en Salud.
Dra. Sonia de Melchor.	Colaborador técnico II. Departamento Monitoreo de RIISS.
Dr. Gustavo Rolando Cuellar	Colaborador Técnico II. Sección Regulación Técnica de Salud.



[Handwritten signature]

PROFESIONALES QUE REVISARON LA NORMATIVA:

Nombre	Procedencia
Dr. Wilfredo Quezada González	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud.
Dra. Gladys Patricia Flores de Villeda	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud, Sección Redes.
Dra. Elsa Roxana de Cóbar	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud.
Dra. María Eugenia Machón Lungo	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento de Atención y Programación en Salud.
Lic. Rudy Nelson Castellanos Hernández	Colaborador Técnico de Salud I. Departamento de Enfermería.
Dr. Roberto Cerón Alas	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Normalización.
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Normalización.
Ing. Juan Carlos Villacorta	Colaborador Técnico de Salud I. Departamento de Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud.
Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento de Normalización.
Licda. Ana Cecilia Portal Grijalva	Colaboradora técnico de Salud I. Departamento de Enfermería.
Dra. Ligia Marroquín de Menéndez	Colaboradora Técnica de Salud II. Sección Atención Primaria en Salud.
Dra. Delma Angelina Morales de Montalvo	Colaborador Técnica de Salud II. Sección Atención Primaria en Salud.
Licda. Ana Noemy García Hernández	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento de Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud.
Dra. Lucía L. Díaz de Salinas	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud.



PROFESIONALES QUE VALIDARON LA NORMATIVA:

Nombre	Procedencia
Dr. Wilfredo Quezada Delgado	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud.
Ing. Juan Carlos Villacorta	Colaborador Técnico de Salud I. Departamento de Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud.
Licda. Rosa Luz Orellana Pineda	Trabajadora Social Unidad Médica Apopa.
Dra. María Eugenia Machón	Colaboradora Técnica de salud II. Departamento de Atención y Programación en Salud.
Dra. Martha Gutierrez de Quintanilla.	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud.
Dra. Lucía L. Diaz de Salinas.	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud.
Dra. Gladys Patricia Flores de Villeda	Colaboradora Técnica de Salud II. Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud.
Lic. Rudy Nelson Castellanos	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Enfermería.
Ing. Juan Misael Rivera Molina.	Colaborador Técnico. División de Tecnologías de la Información y Comunicación.
Dra. Ana Yasmín Aguilar Maltez	Directora Consultorio de Especialidades.
Dr. Haroldo Enoc Pineda.	Subdirector Consultorio de Especialidades.
Licda. Ana Patricia Abarca de Reyes	Administradora del Consultorio de Especialidades.
Licda. Melany Carlos de Salazar.	Jefe de Enfermería del Consultorio de Especialidades.
Licda. Dina Sosa de Alfaro.	Trabajadora Social. Consultorio de Especialidades.
Dr. Joaquín Guillermo Celarié.	Coordinador de Medicina Interna. Hospital Médico Quirúrgico.
Lic. Ernesto Mauricio Ramírez	Técnico de Farmacia. Hospital Regional de Santa Ana.
Licda. Ana María Monzón de Monterrosa	Enfermera Hospital Regional de Santa Ana.
Dr. Mario A. Ferrufino Ascencio	Jefe de Consulta Externa Hospital regional de San Miguel.
Licda. Briseyda Pérez de Martínez	Colaborador de Jefatura de Farmacia Hospital Regional de San Miguel.
Licda. Rosa Estefany Larreinaga	Jefe de Enfermería de Consulta Externa. Hospital Regional de San Miguel.
Dr. Samuel Humberto Leiva Joya	Director Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Gricelda Hernández de Gómez.	Gerente de Servicios Médicos. Hospital Policlínico Zacamil.



Dr. Rafael Valencia Menéndez.	Jefe de Consulta Externa. Hospital Policlínico Zacamil.
Dra. Gisela Chacón de Meléndez.	Jefe de Enfermería. Hospital Policlínico Zacamil.
Lic. Orlando Gálvez Castaneda.	Jefe de Servicio de Laboratorio. Unidad Médica Atlacatl.
Inga. Ana Evelyn Morán Greve.	Administradora Unidad Médica Atlacatl.
Dra. Elizabeth Rivas de López.	Directora Unidad Médica Atlacatl.
Dr. David Alvarado Alam	Director Unidad Médica 15 de Septiembre.
Licda. Ana Julia Garibo	Jefe de Enfermería Unidad Médica 15 de Septiembre
Marina Edith Flores	Jefe de Archivo Unidad Médica 15 de Septiembre.
Claudia Yesenia Chiguila.	Recepcionista. Unidad Médica 15 de Septiembre.
Dra. Carolina Linares de López	Directora Unidad Médica Apopa.
Licda. Nahomy Guadalupe Melara	Administradora Unidad Médica Apopa.
Licda. Teresa del Carmen Orellana de López	Jefe de Laboratorio Unidad Médica Apopa.
Licda. Silvia Esmeralda Cartagena.	Jefe de Enfermeras Unidad Médica Apopa.
Marisol Arriaga de Escoto.	Jefe de Archivo Unidad Médica de Apopa.
Gilberto Antonio Coto.	Jefe de Archivo Clínico Unidad Médica Atlacatl.
Licda. Francisca Lopez Ramos	Jefe de Trabajo Social Unidad Médica Atlacatl.
Licda. Berta Luz de Zavaleta	Jefe de Enfermería Unidad Médica Atlacatl.
Dr. Ismael Guzmán Larios	Director Unidad Médica Ilopango.
Dr. Julio Francisco Carrillo Durán	Director Unidad Médica San Jacinto.
Dr. José William Valiente	Director Unidad Médica Quezaltepeque.
Dra. Ana Yansi Morejón Velázquez	Directora Clínica Comunal Mejicanos.
Dra. Jesús del Carmen Guevara.	Directora Clínica Comunal San Miguelito.
Dra. Roxana Rodríguez de Melara	Directora Clínica Comunal Ciudad Delgado.



CONTENIDO:

A.	MARCO LEGAL.....	1
B.	LEX ARTIS.....	3
C.	INTRODUCCIÓN.....	5
D.	OBJETIVOS.....	6
E.	CAMPO DE APLICACIÓN.....	6
F.	DEFINICIONES.....	7
I.	DISPOSICIONES GENERALES.....	8
II.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	9
II.	NORMAS DE REFERENCIA.....	10
III.	NORMAS DE RETORNO.....	11
IV.	NORMAS DE INTERCONSULTA.....	12
V.	TRANSFERENCIA DE MEDICAMENTOS ENTRE FARMACIAS E INSUMOS MÉDICOS ENTRE ALMACENES.....	15
VI.	HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO.....	16
VII.	LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACIÓN PRE OPERATORIA, REFERENCIA A ODONTOLOGIA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS.....	16
VIII.	REGISTRO DE PACIENTES REFERIDOS, RETORNADOS E INTERCONSULTADOS.....	16
IX.	MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	17
X.	OBSERVANCIA DE LA NORMA.....	18
XI.	INFRACCIONES Y SANCIONES.....	19
XII.	PAUTA GENERAL.....	19
XIII.	VIGENCIA.....	19
XIV.	OFICIALIZACIÓN.....	19
	ANEXO 1.1. ALERGOLOGÍA.....	21
	ANEXO 1.2. ALGOLOGÍA.....	26
	ANEXO 1.3. CARDIOLOGÍA.....	28
	ANEXO 1.4. CIRUGÍA GENERAL.....	33
	ANEXO 1.4. CIRUGÍA PLÁSTICA.....	35
	ANEXO 1.5. CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA.....	36
	ANEXO 1.6. COLOPROCTOLOGÍA.....	39
	ANEXO 1.7. ENDOCRINOLOGÍA.....	39
	ANEXO 1.8. GASTROENTEROLOGÍA.....	43
	ANEXO 1.9. GERIATRÍA.....	45
	ANEXO 1.10. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	46
	ANEXO 1.11. MEDICINA INTERNA.....	49
	ANEXO 1.12. MEDICINA NUCLEAR.....	51
	ANEXO 1.13. NEFROLOGÍA.....	52
	ANEXO.1.14. NEUMOLOGÍA. (ADENDA # 1. 05-05-2020).....	54
	ANEXO 1.15. NEUROCIRUGÍA.....	58
	ANEXO 1.16. NEUROLOGÍA.....	60
	ANEXO 1.17. NUTRIOLOGÍA.....	66
	ANEXO 1.18. ODONTOLOGÍA.....	67
	ANEXO 1.19. OFTALMOLOGÍA.....	68
	ANEXO 1.20 OTORRINOLARINGOLOGÍA.....	71
	ANEXO 1.21. ORTOPEDIA.....	75
	ANEXO 1.22. PEDIATRÍA. (ADENDA # 1. 05-05-2020).....	77
	ANEXO 1.24. PSICOLOGÍA.....	80
	ANEXO 1.25. PSIQUIATRÍA.....	82
	ANEXO 1.26. REUMATOLOGÍA.....	84
	ANEXO 1.27. UROLOGÍA.....	86
	ANEXO 2. FORMULARIO "CONTROL DE REFERENCIA Y RETORNO":.....	89
	ANEXO 3. HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO:.....	91
	ANEXO 4. FORMULARIO DE ESTUDIOS DE GABINETE Y PROCEDIMIENTOS DIVERSOS:.....	94
	ANEXO 5. HOJA DE REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIONES INTEGRALES DE SALUD.....	95
	ANEXO 6. HOJA DE "SOLICITUD DE INTERCONSULTAS, EVALUACION PREOPERATORIA, REFERENCIA A ODONTOLOGÍA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS":.....	96
	ANEXO 7. CONTROL DE INTERCONSULTAS:.....	98
	ANEXO 8. FORMULARIO: HOJA DE EVALUACION DE REFERENCIAS Y RETORNOS:.....	100
	ANEXO 9. FORMULARIO: "EVALUACION DE HOJAS DE INTERCONSULTAS, EVALUACIÓN PREOPERATORIA, REFERENCIA A ODONTLOGÍA GENERAL":.....	103



A. MARCO LEGAL.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

Art. 2.- Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES.

CAPITULO IV DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES.

Sección 1ª DERECHOS DE LOS PACIENTES.

Derecho de Atención.

Art. 10.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido de manera oportuna, eficiente y con calidad, por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, que comprende las acciones destinadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo a las normas existentes.

LEY DEL SEGURO SOCIAL.

CAPITULO V BENEFICIOS.

SECTOR PRIMERA DE LOS BENEFICIOS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE COMÚN

Art. 48.- En caso de enfermedad, las personas cubiertas por el Seguro Social tendrán derecho dentro de las limitaciones que fijen los reglamentos respectivos, a recibir servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorio, y los aparatos de prótesis y ortopedia que se juzguen necesarios. El Instituto prestará los beneficios a que se refiere el inciso anterior, ya directamente, ya por medio de las personas o entidades con las que se contrate al efecto. Cuando una enfermedad produzca una incapacidad temporal para el trabajo, los asegurados tendrán, además, derecho a un subsidio en dinero. En los reglamentos se determinará el momento en que empezarán a pagarse, la duración y el monto de los subsidios, debiendo fijarse este último de acuerdo con tablas que guarden relación con los salarios devengados, o ingresos percibidos.



REGLAMENTO PARA LA APLICACION DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL.

CAPITULO IV.

Prestaciones de Salud (30).

Art. 19.- Siempre que los asegurados o beneficiarios estén en posibilidades de hacerlo, deberán concurrir a los consultorios del Instituto, en donde serán atendidos de acuerdo con los horarios de trabajo establecidos y por riguroso turno de presentación, salvo en casos de urgencia.

NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.

Capítulo III. ACTIVIDADES DE CONTROL.

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art 2. El sistema de control Interno: Es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno proporcionará al Instituto seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Objetivos de gestión: Están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.
- Objetivos relacionados con la información: Impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.
- Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: Están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores.

Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS se regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos respectivamente además de toda la normativa legal vigente aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.



Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente y aplicar acciones correctivas correspondientes.

B. LEX ARTIS.

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva cambia y configura la *lex artis escrita*, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

En el ISSS el proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, contextualizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales. Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los Derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.



Es necesario enfatizar que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre pueden presentarse necesidades que exijan, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.



C. INTRODUCCIÓN.

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 derechohabiente, entre otras, requiere implementar estrategias adecuadas de coordinación, comunicación y trabajo institucional integrado en redes, impactando el proceso de provisión de servicios de salud a los pacientes, haciendo que la referencia-retorno de pacientes sea un procedimiento cada vez más utilizado. Este proceso, requiere en todos los casos, del intercambio efectivo y oportuno de información confiable, ya sea cuando se refiere a un centro de atención de mayor complejidad para diagnóstico y tratamiento adecuados, como cuando un paciente es retornado a otro de menor complejidad para seguimiento.

El presente documento promueve la articulación funcional de los diferentes establecimientos que ofrecen atención médica a la población asegurada del ISSS, regulando la referencia y retorno de pacientes, e introduciendo la estandarización de la interconsulta en las redes de atención; permitiendo incidir, a través de su cumplimiento, en problemas como:

- 1.) Retrasos de la atención.
- 2.) Desplazamientos innecesarios de pacientes.
- 3.) Duplicidad de recursos y esfuerzos.
- 4.) Interrupción de tratamientos
- 5.) Elevación de costos.

En ese sentido, el presente documento para la Referencia, Retorno e interconsulta de pacientes en las diferentes redes de atención del ISSS, constituye una herramienta de gestión clínica de índole administrativa-asistencial dirigida a promover la articulación de los centros de atención por medio de la configuración de una red funcional que permita mejorar la coordinación entre los centros de atención, con el objeto de dar continuidad y oportunidad en la atención elevando la calidad del servicio que se brinda a los derechohabientes, promoviendo la adecuada atención.

La estratificación de riesgo, contenida en las tablas de criterios clínicos de referencia, retorno e interconsulta elaboradas en consenso de expertos con las especialidades, subespecialidades y servicios de apoyo clínico, pretende proporcionar un criterio de equidad para la prestación de servicios de salud.



D. OBJETIVOS.

GENERAL.

Establecer las pautas generales para brindar continuidad de la atención a los derechohabientes en las diferentes redes institucionales, tomando como base los criterios y diagnósticos definidos por las áreas clínicas y la clasificación de riesgo.

ESPECÍFICOS.

1. Definir las pautas de los procedimientos institucionales de referencia, retorno e Interconsulta.
2. Instaurar los requisitos y criterios diagnósticos de referencia.
3. Definir los requisitos de interconsulta.
4. Establecer los requisitos y criterios diagnósticos para el retorno de pacientes.

E. CAMPO DE APLICACIÓN.

La presente normativa se implementará de manera progresiva, seleccionando Redes de Atención para aplicarla, de esa manera será de observancia obligatoria para los profesionales de la salud que forman parte dichas redes y que brindan:

- Atención ambulatoria de medicina general y odontología (Clínicas Empresariales, Clínicas Comunes y consulta externa de Unidades Médicas).
- Atención ambulatoria especializada (para centros que cuenten con atención de especialidad y subespecialidad, incluyendo Consultorio de Especialidades).
- Atención de emergencia y hospitalización en Unidades Médicas, hospitales y policlínicos.
- Atención en los servicios de apoyo y diagnóstico.

Así mismo, a todos los funcionarios y empleados del Instituto que en el ámbito de sus competencias se vean directa o indirectamente involucrados en los procesos regulados en el presente documento.



F. DEFINICIONES:

Alta: Acto médico que consiste en derivar a un individuo a su hogar sin requerir control médico. Para el ISSS, este acto se puede realizar desde los ámbitos hospitalario y ambulatorio.

Estratificación de riesgo: metodología que permite diferenciar los diversos niveles existentes para cada circunstancia clínica particular, en las diferentes enfermedades.

Lex Artis: Conjunto de normas o reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su arte, ciencia, profesión u oficio. Literalmente "ley del arte".

Interconsulta: Es la participación de otro profesional de la salud para proporcionar atención integral y determinar la situación clínica del paciente, a petición del médico tratante dentro del mismo establecimiento o en otro u otros establecimientos. Para el presente documento, la responsabilidad de la atención o seguimiento es del médico solicitante de la misma.

Referencia: Es el procedimiento utilizado para derivar al paciente de un profesional de salud a otro dentro de un mismo establecimiento o desde un establecimiento a otro, acorde a la capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención oportuna e integral. La nomenclatura usada en el marco del expediente electrónico del ISSS es "Remisión".

Retorno: Consiste en regresar o devolver a un paciente al establecimiento de salud o médico tratante de donde fue referido, con el fin de dar continuidad a la atención asistencial.

Redes de servicios de salud : Es la conformación institucional de una estructura en red de los Centros de Atención (CA) del ISSS que por poseer características de accesibilidad y capacidad instalada, proporcionan servicios de salud integrales e integrados, que se prestan a la población, en el continuo de la atención por curso de vida, ubicados en una zona del territorio, coordinándose por medio de una Cabeza de Red compartiendo el apoyo técnico y logístico necesario para articularse entre sí, con las otras redes y otras instancias de la institución para prestar una atención de salud integral de calidad.

Riesgo: Medida consensuada por expertos clínicos institucionales para determinar la severidad de una condición clínica en una persona, para organizar la atención médica de una manera equitativa y oportuna. Los tipos de riesgo que puede marcar son: rojo (riego grave) amarillo (moderado) verde (leve).

Sistema de referencia, retorno e interconsulta: El proceso de referencia, retorno e interconsulta se define como el conjunto de procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten el flujo de los pacientes en la organización institucional en red garantizando su continuidad de una manera Integral en la provisión de servicios de salud, entre los diferentes niveles de complejidad asistencial que ofrece el ISSS.



I. DISPOSICIONES GENERALES.

1. La autoridad máxima del centro de atención, en el ámbito de sus facultades, o su delegado es responsable de la divulgación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente normativa.
2. El médico consultante, previo a referir o retornar pacientes desde o hacia un establecimiento de mayor o menor complejidad, deberá establecer el diagnóstico sindrómico o etiológico del paciente, verificando que esté considerado en los "Criterios y Requisitos de Referencia, Retorno e Interconsulta según estratificación de riesgos de las especialidades y subespecialidades del ISSS" ([Anexo 1](#)).
3. Una vez que el médico consultante, ha determinado el diagnóstico sindrómico o etiológico, utilizará las tablas de riesgo clínico para establecer su priorización y que de acuerdo a la misma se realice el "agendamiento" en las diferentes especialidades y subespecialidades, de acuerdo a lo dispuesto en la "NORMA DE ATENCIÓN POR RIESGOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ISSS".
4. El médico consultante estratificará el "riesgo clínico" del paciente con un "Sistema de colores" (rojo, amarillo y verde), escribiendo con tinta la palabra rojo, amarillo o verde, según corresponda, en la esquina superior derecha de la "Hoja de Referencia y Retorno"; dicha estratificación servirá para organizar en las diferentes agendas el tiempo oportuno para la cita otorgada al paciente, de acuerdo a su condición clínica.
5. En casos particulares de pacientes con criterios clínicos que no estén contemplados en las tablas de riesgo clínico o exista duda diagnóstica, el médico tratante podrá enviar al paciente a interconsulta para definir su diagnóstico y establecer riesgo clínico, según procedimiento de Interconsulta definido en el presente documento.
6. El Médico o profesional de la salud tratante será el responsable directo de la referencia o retorno del paciente, generada como producto de la atención brindada en cada caso, la cual deberá estar siempre técnicamente justificada, debiendo llevar el Visto Bueno del médico designado para estos propósitos, con firma y sello; en las áreas de Emergencia firmarán y sellarán la Hoja de Referencia y Retorno el Médico tratante y el Coordinador respectivo y en ausencia de éste, se aplicará el numeral 8 de esta normativa.
7. El Director médico de cada centro de atención deberá designar a 1 o si es necesario a 2 funcionarios médicos que den el visto bueno a las referencias emitidas de su centro, durante el horario completo de consulta, de manera que se garantice que no se retrase la atención.
8. Cuando no sea posible contar con la presencia efectiva de un segundo funcionario, en quien pueda ser delegada la firma del Visto Bueno en la hoja de Referencia y Retorno, el Médico tratante que refiere, debe llenar lo pertinente, tanto en el lugar destinado para tales propósitos, así como también firmar en el sitio del Visto Bueno de Médico Designado. Esto incluye a las Clínicas Empresariales como consultorio del centro de adscripción.
9. El estadístico o designado de los centros de atención digitara en el Sistema Estadístico de Salud (SES) el total de referencias y retornos (emitidos y recibidos), el total de interconsultas. Archivará el "Formulario de Control de Referencias y Retornos" ([Anexo 2](#)) en un archivo de estadística, para respaldo.



II. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

10. En casos de pacientes con "sospecha de cáncer" el médico tratante deberá referirlo al especialista correspondiente de la red, según portafolio de servicio.
11. Los pacientes con "alta sospecha de cáncer" deberán ser referidos a la Clínica de Atención Inmediata (CAI) de Oncología, según los criterios establecidos en la "NORMA PARA LA ATENCION DEL CANCER EN EL ISSS".
12. El paciente que requiera ser referido para atención de Medicina Física y Rehabilitación, deberá cumplir con los criterios y requisitos contenidos en los "LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN", así como los "LINEAMIENTOS DE MANEJO DE PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES MAS FRECUENTES EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN".
13. Los pacientes que requieran Evaluación Médico-laboral, deberán cumplir los criterios establecidos en la "NORMA TÉCNICA DE MEDICINA DEL TRABAJO ISSS".
14. Los profesionales en psicología podrán referir y retornar pacientes a medicina general y a Psiquiatría, según corresponda de acuerdo a los criterios de riesgo clínicos consensuados en esta norma.
15. Los siguientes profesionales de la salud: Nutricionistas, Licenciados / Tecnólogos Materno Infantil, Terapeuta físico – ocupacional, personal de enfermería del Programa Infantil; en caso de detectar criterios de riesgo deberán referir o retornar el paciente al médico tratante.
16. El médico o profesional de la salud tratante, será el responsable de llenar de manera completa y correcta los campos que le correspondan en la "Hoja de Referencia, Retorno e Interconsulta" ([Anexo 3](#)) justificando técnicamente el motivo de la intervención solicitada con los datos clínicos relevantes, cumpliendo los Criterios y Requisitos de Referencia, Retorno e Interconsulta y la Clasificación de Riesgo de la Especialidad y Subespecialidad correspondiente.
17. El médico o profesional de la salud tratante, que refiera o retorne a un paciente será responsable de consignar:
 - a. Los resultados de los exámenes en la Hoja de Referencia, Retorno e Interconsulta, con letra legible, los cuales tendrán la misma validez que el reporte mismo y servirán de insumo para la toma de decisiones en el manejo clínico de los pacientes.
 - b. De todo reporte de exámenes de gabinete, imágenes y de patología, el médico tratante transcribirá únicamente la conclusión de los mismos.
18. El Profesional de la salud que refiere tendrá la responsabilidad de proporcionar al paciente o su responsable, las instrucciones necesarias, informándole que continuará su atención en otro centro y recomendando gestionar su cita a la brevedad posible, dejando constancia escrita de ello en expediente clínico.
19. El personal de Enfermería, Secretaria, Asistente o Colaborador Clínico, del centro de atención que refiere o retorna, reforzará las instrucciones necesarias, informándole que continuará su atención en otro centro, recomendando gestionar su cita a la brevedad posible.



20. En los casos de pacientes con clasificación de riesgo rojo y que serán referidos a un centro de atención de mayor complejidad, según el portafolio de servicio institucional, el médico o profesional de la salud tratante, informará al personal de apoyo sobre dicha clasificación, para que éste agilice la continuidad de su atención en el centro receptor, comunicándose por vía telefónica con el personal de recepción del centro que recibirá la referencia, para que se agende la cita, una vez agendada se imprimirá y entregará el comprobante al derechohabiente. En caso de no poder agendarse la cita a través de la llamada telefónica, se gestionará vía correo electrónico.
21. En los Centros de atención en donde se reciban referencias, retornos, interconsultas o solicitud de estudios, deberá gestionarse las diferentes agendas de los profesionales y servicios de salud a su cargo, para la concertación de citas en los días y franjas horarias de menor demanda, conforme a lo establecido en la "Norma de Atención por Riesgos".
22. El médico o profesional de la salud que refiera, retorne o interconsulte deberá dejar constancia de los datos clínicos pertinentes en el expediente clínico, que justifique la acción realizada.
23. El Personal médico del ISSS, que indique exámenes o estudios especiales que no cuenten con formatos institucionales, deberá realizar dicha solicitud a través del "Formulario de Estudios de Gabinete y Procedimientos Diversos" ([Anexo 4](#)) sin necesidad de usar la Hoja de Referencia, Retorno e interconsulta para tal efecto.

II. NORMAS DE REFERENCIA.

24. El médico, odontólogo y otros profesionales de la salud (antes mencionados en esta norma) tratantes, referirán a los pacientes a la consulta médica especializada u odontológica de la red, según PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ISSS, cumpliendo los criterios clínicos consensuados, y su atención se proporcionará de acuerdo al riesgo establecido para cada paciente.
25. El procedimiento de referencia de odontología se realizará de la siguiente manera:
 - a. Odontología general, referirá pacientes a sus diferentes especialidades (odontopediatría, endodoncia, periodoncia y cirugía maxilofacial) y entre las mismas, según Portafolio de Servicios, cumpliendo los requisitos y requerimientos contenidos en MANUAL TÉCNICO DE ODONTOLOGÍA DEL ISSS.
 - b. Odontología general y sus diferentes especialidades, referirán pacientes a la consulta médica general o al *Internista Interconsultante* de la Red que le corresponda, cuando los hallazgos estomatológicos ameriten atención médica, cumpliendo los requisitos y requerimientos contenidos en el manual antes mencionado.
26. Los pacientes que presenten una condición de gravedad y severidad, serán trasladados a la emergencia de un centro de atención, según la capacidad resolutive (NORMA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN EL ISSS), será responsabilidad del centro que refiere informar sobre el traslado del paciente al centro de mayor complejidad, debiendo registrar debidamente la entrega del paciente.
27. Durante la Visita Domiciliar, el médico del equipo básico de salud podrá referir pacientes a la emergencia de un centro de atención, cuando identifique compromiso que amenace la vida, riesgo vital materno o fetal evidente, o con riesgo de pérdida de una extremidad.



28. En caso de pacientes no derechohabientes, se remitirá a la emergencia del centro de atención del Ministerio de Salud (MINSAL) que corresponda.
29. Todo paciente que ha sido dado de alta en emergencia u hospitalización, y amerite seguimiento, el personal Médico lo referirá o retornará al centro de atención de la red correspondiente, de acuerdo al portafolio de servicios, considerando el riesgo establecido.
30. El procedimiento relacionado a la entrega de la Hoja de Referencia y Retorno, será desarrollado de la siguiente forma:
 - a. El original le será entregado al paciente para que sea presentado en la recepción del centro de atención hacia donde fue referido para solicitar la atención correspondiente. En el momento de recibir la atención para la cual ha sido referido, el derechohabiente entregará el original de la Hoja de Referencia y Retorno al personal de recepción del centro hacia donde se ha referido el paciente, y deberá anexarse al expediente clínico.
 - b. El duplicado será resguardado en el centro de atención donde se origina la referencia y será archivado en el expediente clínico del paciente. La información contenida en él servirá para el análisis gerencial del "Formulario de Control de Referencia y Retorno".
31. A todo paciente, que se le haya resuelto el motivo por el cual fue referido y no requiera seguimiento médico, se le dará el alta con las recomendaciones necesarias y se registrará como tal en el expediente clínico y en el "REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIONES INTEGRALES DE SALUD" (Censo) ([Anexo 5](#)).

III. NORMAS DE RETORNO

32. El médico tratante (especialista o sub especialista) deberá retornar al paciente, una vez se haya resuelto o estabilizado el motivo por el cual éste fue referido, a fin de brindar continuidad a su atención, estableciendo la estratificación de riesgo actual.
33. El profesional de salud que realice el retorno del paciente deberá completar la Hoja de Referencia y Retorno, haciendo énfasis en:
 - a. Centro de atención a donde se retorna.
 - b. Diagnóstico y Estratificación del riesgo actual.
 - c. Intervenciones realizadas.
 - d. Plan de seguimiento: Tratamiento, dosis, duración y, de ser necesario, tiempo estimado de una nueva evaluación, si aplica.
 - e. Exámenes o estudios a realizar en la siguiente evaluación.
 - f. Recomendaciones especiales (educación para la salud, entre otros).
34. El médico tratante y personal de enfermería deberán explicar al paciente el motivo por el cual es retornado y el centro de atención a donde se le brindará continuidad de su atención, dejando consignada esta acción en el expediente clínico, de acuerdo a la Legislación Nacional y Normativa Institucional, vigente.
35. El personal de enfermería, secretaria clínica o colaborador clínico del centro que retorna, tendrá la responsabilidad de proporcionar al paciente las instrucciones necesarias, verificando que ha comprendido lo siguiente:
 - a. Que continuará su atención en el centro al que se le retorna.



- b. La importancia del cuidado del original y la copia de las hojas, y la entrega de estas a la recepción del centro que lo recibirá.
 - c. La importancia de gestionar su cita en los próximos 5 (cinco) días laborables, para que al momento de su consulta médica los medicamentos prescritos ya se encuentren en la farmacia local, si fuese necesario.
36. En relación al flujo de la Hoja de Referencia y Retorno de pacientes retornados, se les dará cumplimiento a los siguientes procedimientos administrativos:
- a. El original y copia le serán entregados al paciente, para que los presente en la recepción de la consulta externa del centro de atención hacia donde ha sido retornado, a efecto de solicitar la atención correspondiente.
 - b. El personal de recepción del centro de atención hacia donde ha sido retornado el paciente, al momento de otorgar la cita, retendrá el duplicado de la Hoja de Referencia, Retorno y la hará llegar al final de cada jornada laboral a la farmacia local.
 - c. La farmacia local, con el duplicado de la Hoja de Referencia y Retorno que incluye tratamiento farmacológico, realizará las gestiones necesarias para la dispensación de los medicamentos.
 - d. Los formularios de retorno recibidos en la farmacia que no incluyan tratamiento farmacológico, así como los que se les gestionó medicamentos, para su descarte se realizara según el tiempo y estipulaciones definidos en el "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL DESCARTE, DISPOSICIÓN FINAL Y RECICLAJE DE BIENES EN CENTROS DE ATENCIÓN Y DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS" vigente.
 - e. El personal de recepción del centro de atención hacia donde ha sido retornado el paciente llevará el registro de las Hojas de Control de Referencia y Retorno.
 - f. La hoja original de Referencia y Retorno deberá anexarse al expediente clínico, por el personal de archivo, posterior a la consulta.

IV. NORMAS DE INTERCONSULTA.

37. El médico o profesional de la salud tratante que requiera interconsulta de especialista o subespecialidad deberá utilizar la hoja "Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatoria, Referencia a Odontología General y Procedimientos" ([Anexo 6](#)).
38. Para la solicitud de evaluación preoperatoria se utilizará este mismo formulario ("Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatoria, Referencia a Odontología General y Procedimientos") en original y copia.
39. El médico u odontólogo, como parte del proceso de atención, podrá solicitar interconsulta en los siguientes casos:
- a. En los casos en que exista duda diagnóstica o duda terapéutica.
 - b. Cuando se determinen hallazgos clínicos que no se encuentren detallados en las "Tablas de los criterios y requisitos de referencia, retorno, interconsulta, según estratificación de riesgo" y exista duda diagnóstica o terapéutica.
 - c. Si el centro de atención no dispone de los servicios de apoyo para realizar una adecuada estratificación de riesgo.
 - d. Para solicitar autorización de tratamiento o manejo, según aplique.



40. En el ámbito hospitalario toda interconsulta que a criterio clínico del médico especialista o subespecialista consultado, defina que el paciente posterior al alta precisa seguimiento por su especialidad, deberá dejarlo consignado en el expediente clínico, estableciendo la categoría de riesgo para su atención. El médico tratante que solicitó la interconsulta, elaborará una referencia hacia dicha especialidad, para dar continuidad en la atención, debiendo consignar en la hoja de referencia el color de acuerdo al riesgo establecido.
41. Las interconsultas efectuadas a pacientes hospitalizados se realizarán de la siguiente manera:
- La interconsulta del paciente será presencial, y según la condición clínica del mismo podrá realizarse en el centro donde está ingresado o trasladarse al centro donde se encuentra la especialidad médica a la que se le solicita la interconsulta.
 - La original de la *"Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatoria, Referencia a Odontología General y Procedimientos"* se utilizará para solicitar interconsulta en el servicio o especialidad correspondiente y la copia quedará consignada en el expediente clínico.
 - La secretaria clínica o designada, del servicio que solicita la interconsulta, a través de la *"Hoja de Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatorio, Referencia a Odontología General y Procedimientos"*, la documentará en el *"libro de solicitud de interconsultas"*.
 - La secretaria clínica o designada, del servicio de la especialidad médica que recibe la *"Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatorio, Referencia a Odontología General y Procedimientos"*, la registrará en el *Libro de recepción de interconsultas*.
 - El Libro de solicitud de interconsulta y el Libro de recepción de Interconsultas deberán registrar los siguientes datos:
 - Hora y fecha de emisión/recepción la solicitud de interconsulta.
 - Especialidad que solicita la interconsulta.
 - Especialidad que otorga la interconsulta.
 - DUI/tarjeta de afiliación o carné de minoridad según lo dispuesto en: *"INSTRUCTIVO PARA LA IMPLEMENTACION DEL DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD (DUI) PARA IDENTIFICAR Y ESTABLECER DERECHOS DE ATENCION A LOS ASEGURADOS DEL ISSS"* (vigente).
 - Edad y sexo del derechohabiente.
 - Motivo de interconsulta.
 - Servicio de hospitalización donde está ingresado.
 - Número de cama.
 - La interconsulta de pacientes ingresados se priorizará de acuerdo a la condición clínica en que se encuentre cada caso a evaluar.
 - El médico asignado para otorgar interconsultas de una determinada especialidad documentará en el expediente clínico del paciente su opinión clínica, valoración, plan de manejo y llenará los datos generales del paciente en el *"Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Integrales de Salud"* o en el *"Censo de Procedimientos"*, para el registro de sus actividades.



42. Para toda interconsulta en el ámbito ambulatorio posterior a la evaluación del paciente y haber realizado la estratificación del riesgo clínico, el médico interconsultante, describirá en el expediente clínico del paciente las indicaciones a cumplir y los estudios a realizar, podrá decidir cualquiera de las siguientes rutas:
 - a. Retornar al paciente con indicaciones de manejo y recomendaciones para su seguimiento.
 - b. Indicar que continuará tratamiento en la especialidad que fue interconsultado. Debiendo retornar el expediente clínico al lugar de origen.
 - c. Podrá referir al paciente a otra especialidad, dejando constancia de ello y debiendo retornar el expediente clínico al lugar de origen.
43. En el área ambulatoria el personal médico u odontológico designado por la dirección local atenderá las interconsultas solicitadas por médicos generales de primer y segundo nivel de atención, médicos de emergencia y especialistas, según portafolio de servicio.
44. Para el otorgamiento de las interconsultas ambulatorias se efectuarán las siguientes actividades:
 - a. El médico del centro solicitante consignará en el expediente clínico la indicación específica de la interconsulta, y deberá anotarlo en el Registro Diario de Consulta ambulatoria.
 - b. El médico solicitante llenará la *"Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatoria, Referencia a Odontología General y Procedimientos"* en original y copia, dejando claro la especialidad a la que se solicita, el motivo por el que se realiza la interconsulta y una descripción breve del caso. Se entregará el original al paciente y la copia deberá anexarse en el expediente.
 - c. El médico y el personal de enfermería deberán informar y orientar al paciente sobre la importancia de solicitar cita de su interconsulta y esperar la entrega del comprobante de confirmación de la misma en la recepción del centro de atención, al finalizar su consulta.
 - d. El personal de recepción local realizará vía telefónica con el centro que proporcionará la interconsulta, el agendamiento de la cita de aquellos pacientes a quienes se les solicite, imprimiendo y entregando al derechohabiente el comprobante de control de otorgamiento de cita. (igual procedimiento que el indicado en el numeral 20 de esta Norma).
 - e. El centro que concerta la cita para interconsulta la agendará en los horarios y días asignados localmente de acuerdo a la gestión de la agenda médica.
 - f. El comprobante de la cita se anexará al original de la *"Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos"* y serán entregados por recepcionista al derechohabiente.
45. El envío y devolución del expediente clínico entre el centro donde se brindará la interconsulta ambulatoria y el centro que la solicita, deberá cumplir la "NORMA PARA EL EXPEDIENTE CLINICO EN EL ISSS" y "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE



GESTIÓN DE ARCHIVO CLÍNICO” vigentes, el cual contendrá la copia del formulario “Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatorio”.

V. TRANSFERENCIA DE MEDICAMENTOS ENTRE FARMACIAS E INSUMOS MÉDICOS ENTRE ALMACENES.

46. Las farmacias de los centros de atención que reciben a los pacientes retornados con plan de tratamiento que incluye prescripción de medicamentos deberán, según lo establecido en la “Norma para la Prescripción de Medicamentos en el ISSS del Listado Oficial de Medicamentos” (LOM):
 - a. Gestionar a la brevedad posible la transferencia de medicamentos con la farmacia del centro que retornó al paciente, para que estén disponibles a la fecha de la consulta del paciente.
 - b. Registrar la información pertinente que garantice la dispensación de los medicamentos en los pacientes a los que les fueron prescritos. Esta información deberá tomarse en cuenta para incorporar al programa de necesidades de medicamentos e insumos médicos para el próximo año.
47. Los almacenes de insumos médico quirúrgicos o dependencias que los custodian realizarán las transferencias solicitadas por el centro de atención a donde fue retornado. Dichas transferencias estarán de acuerdo a las cantidades y tipos de insumos médico quirúrgicos que requieran los pacientes para su manejo.
48. Los medicamentos e insumos médico quirúrgicos que no fueran solicitados por el paciente para el cual fueron transferidos deberán ser devueltos por medio de transferencia a la dependencia o centro de costo del centro de atención de donde fueron transferidos, conforme a lo establecido en “Norma de Devolución de Medicamentos a Farmacias”.
49. Si el paciente retornado pierde la continuidad de su tratamiento (medicamentos), será evaluado por el médico del centro receptor para decidir si procede continuar con el plan de tratamiento del médico especialista.
50. Las Jefatura de farmacias deberán remitir informe mensual al Director del Centro de Atención, y al Comité de Calidad local o al Comité de Calidad de su red de adscripción, conteniendo listado de pacientes que no han retirado su medicamento o insumos médico quirúrgicos para que como parte del seguimiento del paciente se evalúe si continuará el tratamiento o será referido a otro centro, y consecuentemente determinar la transferencia o no de los medicamentos y de los insumos médico quirúrgicos.



VI. HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO.

51. La Hoja de Referencia y Retorno deberá ser llenada con letra legible y clara, de acuerdo al *"Instructivo para el Registro de Datos en la Hoja de Referencia y Retorno"* y deberá incluir, junto al diagnóstico, la estratificación de riesgo asignada, cuando aplique.
52. La Hoja de Referencia y Retorno no deberá ser utilizada para:
- Interconsulta.
 - Solicitud de procedimientos médicos, diagnósticos y terapéuticos.
 - Otros usos, no contemplados en la presente normativa.

VII. LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACIÓN PRE OPERATORIA, REFERENCIA A ODONTOLOGIA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS.

53. La solicitud deberá ser llenada con letra legible y clara en original y copia, exponiendo de manera puntual la solicitud de apoyo médico especializado. ([Anexo 6](#)).

VIII. REGISTRO DE PACIENTES REFERIDOS, RETORNADOS E INTERCONSULTADOS.

54. El personal de enfermería, secretaria clínica, colaborador clínico o el designado, será el responsable de registrar los datos de forma completa y con letra legible en "Hoja de control de referencia y retorno" y en el de "Control de Interconsultas" ([Anexo 7](#)).
- a. Nombre del centro de atención.
 - b. Mes y año que corresponde a la referencia, retorno e interconsulta.
 - c. Número de Afiliación.
 - d. Nombre del Paciente.
 - e. Colocar una X en la casilla correspondiente a: Referencia emitida (E) o referencia recibida (R); retorno emitido (E) o retorno recibido (R); interconsulta solicitada o emitida (E) o interconsulta recibida (R).
 - f. Fecha de registro de datos.
 - g. Centro de atención de donde se refiere, retorna o interconsulta.
 - h. Centro de atención hacia dónde se refiere, retorna o interconsulta.
 - i. Especialidad que refiere, retorna o interconsulta.
 - j. Especialidad a la que se refiere, retorna o interconsulta.
 - k. Motivo por el que se refiere, retorna o interconsulta.
 - l. Diagnóstico según CIE-10.
 - m. Estratificación de riesgo en referencia y retorno (colocar con lapicero el color de la estratificación de riesgo)
 - n. Número de la Junta de Vigilancia de la Profesionales de la Salud.
 - o. Nombre y firma del responsable de completar el registro.



55. El personal de enfermería, secretaria clínica, colaborador clínico o el designado, será el responsable de registrar los datos de forma completa y con letra legible en el formulario "Control de Interconsultas" ([Anexo 7](#)):
- Hora y fecha de emisión/recepción de la solicitud o interconsulta.
 - Especialidad que solicita la interconsulta.
 - Especialidad que otorga la interconsulta.
 - Numero de afiliación, edad y sexo del derechohabiente.
 - Diagnóstico según CIE-10.
 - Motivo de interconsulta.
 - Servicio.
 - Número de cama.
56. El Director local, Jefe de Departamento, Jefe de Servicio o el Médico designado, así como el Epidemiólogo de los centros donde se emiten o reciben referencias, retornos e interconsultas serán responsables de:
- Revisar y avalar la información contenida en el formulario "Control de Referencias, Retornos e Interconsultas".
 - Verificar que la estratificación de riesgo este descrita en los documentos: "Hoja de Referencia y Retorno".
 - Verificar que se cumplen los criterios de Interconsulta contenidos en la "Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatorio".
 - Analizar la información tabulada por Epidemiólogo o personal de salud designado del centro de atención y generada por medio de la hoja "Control de Referencias, Retornos e Interconsultas".
 - Remitir al encargado de estadísticas local, para que sea digitado en el Sistema Estadístico de Salud (SES).

IX. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

57. El Comité Local de Evaluación de la Calidad de Atención en Salud, será responsable de realizar mensualmente el seguimiento y análisis de las referencias, retornos e interconsultas que involucren a su centro de atención.
58. En todos los centros de atención, el Comité Local de Evaluación de la Calidad de Atención en Salud deberá:
- Evaluar la calidad de la información contenida en hoja de Evaluación de Referencia y Retorno ([Anexo 8](#)), Hoja de Evaluación de Interconsultas ([Anexo 9](#)). Realizar evaluación del sistema de referencia y retorno e interconsultas de acuerdo a los indicadores específicos.
 - Evaluar la pertinencia, oportunidad y la aplicación de la estratificación de riesgo de las referencias e interconsultas emitidas, cotejando los formatos contra los expedientes médicos.



- c. Evaluar la pertinencia y oportunidad de las referencias e interconsultas recibidas, de acuerdo a las necesidades de cada centro de atención.
 - d. Deberá seleccionarse de la cantidad total de las referencias y retornos generados cada mes una muestra para realizar las evaluaciones periódicas.
 - e. Elaborar y presentar informe técnico, trimestral que contenga los puntos previos (a, b, c, d) según aplique. El informe será remitido a la dirección local.
 - f. El director local deberá dar a conocer a su personal los resultados del informe técnico para generar estrategias de mejora.
59. Los centros de atención de referencia nacional (según portafolio de servicios) **cada 6 meses deberán realizar una evaluación local.**
60. Los centros cabeza de red realizarán **cada 6 meses una reunión de evaluación** con la participación de los centros de atención de adscripción y sus respectivas clínicas empresariales.
61. Los centros de referencia nacional y los centros cabeza de red, posterior a su evaluación semestral deberán realizar un informe consolidado y enviarlo en forma electrónica a Sección de Redes y Sección hospitalaria de la División de Evaluación y Monitoreo de los Servicios de Salud, según corresponda.
62. La evaluación al cumplimiento de la "Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS" por parte de los centros de atención, **se realizará cada 6 meses.** con la participación de todos los directores a nivel nacional. Las evaluaciones serán presentadas en plenaria por los directores de los centros de atención cabezas de red y los directores de los centros de referencia nacional, orientadas enfáticamente a los indicadores y acciones realizadas para el cumplimiento de objetivos y proyectadas a la mejora continua de la red Institucional.
63. La conducción y logística para la realización de las evaluaciones con los directores, estará bajo la responsabilidad de la División de Evaluación y Monitoreo de los Servicios de salud. Al finalizar las evaluaciones se proporcionarán recomendaciones particulares y generales, remitiéndolas posteriormente por escrito a los Directores de los centros de atención correspondientes.

X. OBSERVANCIA DE LA NORMA.

La vigilancia del cumplimiento de la "Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS" será responsabilidad de los directores de los centros de Atención, Jefes de Servicio Clínicos, Subdirección de Salud a través de la División de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud.



XI. INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a la presente norma, en el ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

XII. PAUTA GENERAL.

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa, serán consideradas por Subdirección de Salud a través del Departamento de Normalización.

La revisión de la norma, de oficio se realizará cada 5 años y a solicitud de los médicos especialistas las veces que se considere necesario.

XIII. VIGENCIA

La "Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS" entrará en vigencia en forma progresiva, a través de la implementación por redes y uso progresivo de tablas por especialidad, definidos en el plan de implementación.

XIV. OFICIALIZACIÓN.

San Salvador, marzo de 2020




Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala
Jefe Departamento de Normalización.




Dr. José Adán Martínez Avareñiga
Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia.


Dra. Reina Celina Vázquez de Cáceres.
Subdirectora de salud





ANEXOS.



Handwritten signature

ANEXO 1.

CRITERIOS Y REQUISITOS DE REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA SEGÚN ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DEL ISSS

ANEXO 1.1. ALERGOLOGÍA.

DIAGNÓSTICO.	REQUISITOS DE REFERENCIA.	RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • RINITIS CRÓNICA. • RINOSINUSITIS CRÓNICA. 	<ul style="list-style-type: none"> • > 6 SEMANAS DE EVOLUCIÓN • USO DE ESTEROIDES NASALES POR 3 MESES CONTINUOS SIN MEJORÍA. • PERSISTENCIA DE MALESTAR A PESAR DE MANEJO DE COMORBILIDADES. • HABERSE DESCARTADO EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES (IRRITANTES O PARTÍCULAS). • RINITIS CRÓNICA ASOCIADA A CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES: ASMA, CONJUNTIVITIS ALÉRGICA, DERMATITIS ATÓPICA. 	<ul style="list-style-type: none"> • PRUEBAS DE PIEL PARA ALERGIAS NEGATIVAS. • YA RECIBIÓ TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA Y ESTÁ CONTROLADO. • CONTINUAR CON MEDICAMENTOS SEGÚN NIVEL DE PRESCRIPCIÓN, INDICADO POR ESPECIALISTA.
<ul style="list-style-type: none"> • URTICARIA CRÓNICA. 	<ul style="list-style-type: none"> • PERÍODO DE > 6 SEMANAS CON HABONES (RONCHAS), PRURITO Y/O ANGIOEDEMA RECURRENTE, SIN MEJORÍA CON EL TRATAMIENTO ANTIHISTAMÍNICO DIARIO. 	<ul style="list-style-type: none"> • ALTA O RETORNO SEGÚN CRITERIO DE ESPECIALISTA. • CONTINUAR CON MEDICAMENTOS SEGÚN NIVEL DE PRESCRIPCIÓN, INDICADO POR ESPECIALISTA.
<ul style="list-style-type: none"> • ANGIOEDEMA RECURRENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> • PERÍODO DE > 6 SEMANAS CON EPISODIOS CONSTANTES O RECURRENTE DE ANGIOEDEMA, CON O SIN PRURITO, SIN MEJORÍA CON TRATAMIENTO ANTIHISTAMÍNICO DIARIO. 	<ul style="list-style-type: none"> • ALTA O RETORNO SEGÚN CRITERIO DE ESPECIALISTA. • CONTINUAR CON MEDICAMENTOS SEGÚN NIVEL DE PRESCRIPCIÓN, INDICADO POR ESPECIALISTA.
<ul style="list-style-type: none"> • REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD CON MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> • LISTADO COMPLETO DE MEDICAMENTOS. • FECHAS DE INICIO DE TRATAMIENTOS. 	<ul style="list-style-type: none"> • CONTROL DE REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD MEDICAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • DERMATITIS ATÓPICA. 	<ul style="list-style-type: none"> • > 3 MESES CON TRATAMIENTO ANTIHISTAMÍNICO Y EMOLIENTES Y ESTEROIDES TÓPICOS SIN MEJORÍA. 	<ul style="list-style-type: none"> • PRUEBAS DE PIEL PARA ALERGIAS NEGATIVAS. • YA RECIBIÓ TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA Y ESTÁ CONTROLADO. • CONTINUAR CON MEDICAMENTOS SEGÚN NIVEL DE PRESCRIPCIÓN, INDICADO POR ESPECIALISTA.
<ul style="list-style-type: none"> • DERMATITIS DE CONTACTO. 	<ul style="list-style-type: none"> • > 3 MESES CON TRATAMIENTO ANTIHISTAMÍNICO Y EMOLIENTES Y ESTEROIDES TÓPICOS SIN MEJORÍA. 	<ul style="list-style-type: none"> • PRUEBAS DE PIEL PARA ALERGIAS NEGATIVAS. • YA RECIBIÓ TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA Y ESTÁ CONTROLADO. • CONTINUAR CON MEDICAMENTOS SEGÚN NIVEL DE PRESCRIPCIÓN, INDICADO POR ESPECIALISTA.
<ul style="list-style-type: none"> • ASMA. 	<ul style="list-style-type: none"> • ASMA MODERADA O SEVERA PERSISTENTE (ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO). • ASMA ASOCIADA A CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES: RINITIS ALÉRGICA, CONJUNTIVITIS ALÉRGICA O DERMATITIS ATÓPICA. 	<ul style="list-style-type: none"> • PRUEBAS DE PIEL PARA ALERGIAS NEGATIVAS. • YA RECIBIÓ TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA Y ESTÁ CONTROLADO. • CONTINUAR CON MEDICAMENTOS SEGÚN NIVEL DE PRESCRIPCIÓN, INDICADO POR ESPECIALISTA.
<ul style="list-style-type: none"> • CONJUNTIVITIS ALÉRGICA. 	<ul style="list-style-type: none"> • > DE 6 SEMANAS DE EVOLUCIÓN. • SE HA DESCARTADO CAUSA INFECCIOSA, PREVIA EVALUACIÓN POR OFTALMOLOGÍA. • CONJUNTIVITIS ALÉRGICA ASOCIADA A CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES: RINITIS CRÓNICA, ASMA, DERMATITIS ATÓPICA. 	<ul style="list-style-type: none"> • PRUEBAS DE PIEL PARA ALERGIAS NEGATIVAS. • YA RECIBIÓ TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA Y ESTÁ CONTROLADO. • CONTINUAR CON MEDICAMENTOS SEGÚN NIVEL DE PRESCRIPCIÓN, INDICADO POR ESPECIALISTA.



CRITERIOS PARA SOLICITAR INTERCONSULTA

- **REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD POR MEDICAMENTOS.** (PACIENTES AMBULATORIOS U HOSPITALIZADOS, CON CUALQUIER TIPO DE REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD, QUE NO SEA CONSIDERADO EFECTO ADVERSO PREDECIBLE).
- **PACIENTES CON ASMA, DERMATITIS ATÓPICA, DERMATITIS DE CONTACTO, URTICARIA Y/O ANGIOEDEMA SEVEROS,** QUE SE PRESENTEN A CONSULTAR EN UNIDADES DE EMERGENCIA.
- **SOSPECHA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO:**
 - EDEMAS FRECUENTES, QUE SE PROLONGAN DURANTE VARIAS HORAS O INCLUSO DÍAS, LOCALIZADOS EN LA CARA, EL CUELLO O LAS EXTREMIDADES; NO SE ACOMPAÑAN DE RONCHAS NI DE PRURITO.
 - DOLORES FRECUENTES SIMILARES A CÓLICOS EN LA ZONA ABDOMINAL, SIN CAUSA INFECCIONAS APARENTE.
 - HISTORIA DE ANGIOEDEMA EN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (NO NECESARIAMENTE PRESENTE)
 - ANGIOEDEMA QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO CON LOS ANTIHISTAMÍNICOS, CORTICOSTEROIDES O ADRENALINA.
- **SOSPECHA DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (ADULTOS) POSTERIOR AL ANALISIS Y DESCARTE DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES,** MEDIANTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y PREVIA EVALUACIÓN POR MEDICINA INTERNA.

RINITIS CRÓNICA.

EVALUACIÓN	PUNTAJE	
<ul style="list-style-type: none"> • CALIFIQUE CÓMO HA SIDO LA CONGESTIÓN NASAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES. 	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE)	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS DIFÍCILES DE TOLERAR, INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
<ul style="list-style-type: none"> • CALIFIQUE CÓMO HA SIDO EL ESCURRIMIENTO NASAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES. 	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE)	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS DIFÍCILES DE TOLERAR, INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
<ul style="list-style-type: none"> • CALIFIQUE CÓMO HA SIDO EL PRURITO NASAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES. 	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS DIFÍCILES DE TOLERAR, INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
<ul style="list-style-type: none"> • CALIFIQUE CÓMO HAN SIDO LOS ESTORNUDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES. 	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS DIFÍCILES DE TOLERAR, INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
<ul style="list-style-type: none"> • CALIFIQUE LAS DIFICULTADES PARA DORMIR CON LOS SÍNTOMAS NASALES DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES. 	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE)	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS DIFÍCILES DE TOLERAR, INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO (ESCALA: 0 - 15 PUNTOS)		
• LEVE.	0 - 6 PUNTOS	
• MODERADA.	7 - 12 PUNTOS	
• SEVERA.	13 - 15 PUNTOS	



ASMA.		
EVALUACIÓN.		PUNTAJE.
<ul style="list-style-type: none"> DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA EL ASMA LE IMPIDIÓ LLEVAR A CABO SUS ACTIVIDADES EN EL TRABAJO, LA ESCUELA O EL HOGAR? 	• NUNCA.	0
	• POCAS VECES.	1
	• ALGUNAS VECES.	2
	• CASI SIEMPRE.	3
	• SIEMPRE.	4
<ul style="list-style-type: none"> DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA SENTIDO QUE LE FALTABA EL AIRE? 	• NUNCA.	0
	• UNA O DOS VECES POR SEMANA.	1
	• DE TRES A SEIS VECES POR SEMANA.	2
	• UNA VEZ AL DÍA.	3
	• MÁS DE UNA VEZ AL DÍA.	4
<ul style="list-style-type: none"> DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA DESPERTADO POR LA NOCHE O MÁS TEMPRANO DE LO HABITUAL CON LOS SÍNTOMAS DE ASMA (SIBILANCIAS O CHILLIDO EN EL PECHO, TOS, FALTA DE AIRE, OPRESIÓN O DOLOR EN EL PECHO)? 	• NUNCA.	0
	• UNA O DOS VECES.	1
	• UNA VEZ POR SEMANA.	2
	• DE DOS A TRES NOCHES POR SEMANA.	3
	• CUATRO O MÁS NOCHES POR SEMANA.	4
<ul style="list-style-type: none"> DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TENIDO QUE UTILIZAR SU INHALADOR DE RESCATE (POR EJEMPLO, SALBUTAMOL)? 	• NUNCA.	0
	• UNA VEZ POR SEMANA O MENOS.	1
	• DOS O TRES VECES POR SEMANA.	2
	• UNA O DOS VECES AL DÍA.	3
	• TRES VECES O MÁS AL DÍA.	4
<ul style="list-style-type: none"> ¿CÓMO CALIFICARÍA EL CONTROL DE SU ASMA DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? 	• TOTALMENTE CONTROLADA.	0
	• BIEN CONTROLADA.	1
	• ALGO CONTROLADA.	2
	• MAL CONTROLADA.	3
	• NADA CONTROLADA.	4
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO (ESCALA: 0 - 20 PUNTOS)		
• LEVE.	1 - 5 PUNTOS	
• MODERADA.	6 - 10 PUNTOS	
• SEVERA	11 - 20 PUNTOS	

URTICARIA CRÓNICA / ANGIOEDEMA.		
EVALUACIÓN.		PUNTAJE
<ul style="list-style-type: none"> ¿CÓMO CALIFICA EL MALESTAR QUE HA TENIDO CON LOS SÍNTOMAS FÍSICOS DE URTICARIA (PICAZÓN, RONCHAS Y/O HINCHAZÓN) DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? 	• NADA.	0
	• POCO.	1
	• REGULAR.	2
	• BASTANTE.	3



	• INSOPORTABLE.	4
• ¿CÓMO LE HA AFECTADO LA URTICARIA EN LA REALIZACIÓN DE SU TRABAJO, ESTUDIOS, TIEMPO LIBRE O ACTIVIDADES DEPORTIVAS DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	• NADA.	0
	• POCO.	1
	• REGULAR.	2
	• BASTANTE.	3
	• INSOPORTABLE.	4
• ¿CÓMO LE HA PERJUDICADO LA URTICARIA PARA PODER DORMIR DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	• NADA.	0
	• POCO.	1
	• REGULAR.	2
	• BASTANTE.	3
	• INSOPORTABLE.	4
• ¿SE HA VISTO AFECTADA SU APARIENCIA FÍSICA DEBIDO A LA URTICARIA DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	• NUNCA.	0
	• POCAS VECES.	1
	• ALGUNAS VECES.	2
	• CASI SIEMPRE.	3
	• SIEMPRE.	4
• ¿SE HA VISTO AFECTADA SU CALIDAD DE VIDA DEBIDO A LA URTICARIA DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	• NUNCA.	0
	• POCAS VECES.	1
	• ALGUNAS VECES.	2
	• CASI SIEMPRE.	3
	• SIEMPRE.	4
• ¿HA TENIDO QUE EVITAR EL EJERCICIO O ESTÍMULOS COMO EL CALOR, FRÍO, PRESIÓN, LUZ O LA FRICCIÓN, DEBIDOS A LA URTICARIA DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	• NUNCA.	0
	• POCAS VECES.	1
	• ALGUNAS VECES.	2
	• CASI SIEMPRE.	3
	• SIEMPRE.	4
• ¿CON QUÉ FRECUENCIA EL TRATAMIENTO MÉDICO HA SIDO SUFICIENTE PARA CONTROLAR LOS SÍNTOMAS DE LA URTICARIA?	• SIEMPRE.	0
	• CASI SIEMPRE.	1
	• ALGUNAS VECES.	2
	• POCAS VECES.	3
	• NUNCA.	4
• EN GENERAL, INDIQUE QUÉ TAN BIEN CONTROLADA HA TENIDO LA URTICARIA DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	• TODOS LOS DÍAS HA ESTADO CONTROLADA.	0
	• LA MAYORÍA DE LOS DÍAS HA ESTADO CONTROLADA.	1
	• HA ESTADO CONTROLADA DE FORMA REGULAR.	2
	• POCOS DÍAS HA ESTADO CONTROLADA.	3
	• NI UN SOLO DÍA HA ESTADO CONTROLADA.	4
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO (ESCALA: 0 - 32 PUNTOS)		
• LEVE.		0 - 8 PUNTOS
• MODERADA.		9 - 16 PUNTOS
• SEVERA.		17 - 32 PUNTOS



CONJUNTIVITIS ALÉRGICA.

EVALUACIÓN.		PUNTAJE
• QUEMAZÓN/PICAZÓN.	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
• LAGRIMEO.	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
• SEQUEDAD.	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
• PRURITO OCULAR.	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
• PESADEZ/CANSANCIO.	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
• VISIÓN BORROSA.	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
• SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LOS OJOS.	• NADA.	0
	• LEVE (SÍNTOMAS PRESENTES PERO SE TOLERAN FÁCILMENTE).	1
	• MODERADA (SÍNTOMAS MOLESTOS PERO TOLERABLES).	2
	• SEVERA (SÍNTOMAS INTERFIEREN CON SUS ACTIVIDADES).	3
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO (ESCALA: 0 - 21 PUNTOS)		
• LEVE.		0 - 7 PUNTOS
• MODERADA.		8 - 14 PUNTOS
• SEVERA.		15 - 21 PUNTOS



DERMATITIS ATÓPICA / DERMATITIS DE CONTACTO.

EVALUACIÓN		PUNTAJE
• SIGNOS, SÍNTOMAS Y EXTENSIÓN.	• PIEL NORMAL, SIN EVIDENCIA DE DERMATITIS ACTIVA	0
	• ÁREAS DE PIEL SECA, PRURITO INFRECLENTE (CON O SIN ÁREAS PEQUEÑAS DE ENROJECIMIENTO)	1
	• ÁREAS DE PIEL SECA, PRURITO FRECUENTE CON ENROJECIMIENTO CON O SIN ESCORIACIÓN Y LOCALIZADA EN PIEL ENGROSADA	2
	• ÁREAS EXTENSAS DE PIEL SECA, PRURITO INCESANTE CON ENROJECIMIENTO (ERITEMA) CON O SIN ESCORIACIÓN Y EXTENSA EN PIEL ENGROSADA, SANGRADO, ECCEMA, FISURAS Y ALTERACIÓN DE LA PIGMENTACIÓN.	3
• IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL.	• SIN IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA	0
	• IMPACTO LEVE EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA Y EN EL BIENESTAR PSICOSOCIAL.	1
	• IMPACTO MODERADO EN LA CALIDAD DE VIDA Y EN EL BIENESTAR PSICOSOCIAL CON ALTERACIÓN DEL SUEÑO	2
	• LIMITACIÓN GRAVE PARA LAS ACTIVIDADES DE VIDA COTIDIANA, INCAPACIDAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, POR LAS NOCHES DEBIDO A LA DERMATOSIS Y AL PRURITO.	3
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO (ESCALA: 0 - 6 PUNTOS)		
• LEVE.		0 - 2 PUNTOS
• MODERADA.		3 - 4 PUNTOS
• SEVERA.		5 - 6 PUNTOS

ANEXO 1.2. ALGOLOGÍA.

SÍNDROME POST LAMINECTOMÍA CON DOLOR RESIDUAL.

CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE POST QUIRÚRGICO CON REHABILITACIÓN COMPLETA Y NECESIDAD DE USO DE OPIOIDE INTERMEDIO-FUERTE O CANDIDATO A PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RAYOS EQUIS DE LA REGIÓN AFECTADA. - ESTUDIOS DE ELECTROFISIOLOGÍA. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE DOLOR 6 MESES. - CONSUMO DE OPIOIDES MODERADO MÁXIMO 4 TABLETAS DÍA.* - CONTROL DE DOLOR POSTERIOR A TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA.
<ul style="list-style-type: none"> • INTERCONSULTA: AJUSTE DE DOSIS DE OPIáceO Y NEUROMODULADORES. *DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL LOM (EN CUANTO A NIVELES DE PRESCRIPCIÓN Y CRITERIO DE USO). 		

SÍNDROME DE DOLOR NEUROPÁTICO.

CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • NEUROPATÍA POST HERPÉTICA. • NEUROPATÍA DIABÉTICA. • NEURALGIA DEL TRIGÉMINO. • SÍNDROME REGIONAL COMPLEJO O DOLOR CENTRAL CON FALTA DE RESPUESTA DESPUÉS DE 1 AÑO DE MANEJO EN DOSIS ADECUADAS O QUE SEA CANDIDATO A PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA. 	<ul style="list-style-type: none"> - ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS. - ESTUDIOS BÁSICOS DE GABINETE. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE DOLOR 6 MESES. - CONSUMO DE OPIOIDES MODERADO MÁXIMO 4 TABLETAS DÍA.* - CONTROL DE DOLOR POSTERIOR A TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA.
<ul style="list-style-type: none"> • INTERCONSULTA: AJUSTE DE DOSIS DE OPIáceO Y NEUROMODULADORES. *DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL LOM (EN CUANTO A NIVELES DE PRESCRIPCIÓN Y CRITERIO DE USO) 		



DOLOR ONCOLÓGICO

- DOLOR SOMÁTICO, MIXTO Y NEUROPÁTICO.
- PACIENTE CON METÁSTASIS.
- INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL.
- CUIDADOS PALIATIVOS CON DOLOR INTRATABLE.

INTERCONSULTAS

- FIBROMIALGIA.
- CEFALEAS.
- ARTRITIS REUNATOIDEA.
- ARTROSIS DE RODILLA POST QUIRÚRGICO Y PRE QUIRÚRGICO.
- ARTROSIS DE HOMBRO POST Y PREQUIRÚRGICO,

DOLOR ONCOLÓGICO.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• ACTIVIDAD TUMORAL.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• URGENCIA DE PALIATIVOS: ○ INTOLERANCIA A OPIOIDES. ○ INTOLERANCIA A LA VIA ORAL.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	3
• INTOLERANCIA LA VÍA ORAL	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	2
• CITA DE PRIMERA VEZ MAYOR A 2 MESES.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
TOTAL		
• RIESGO ALTO		5-7 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO		3-4 PUNTOS
• RIESGO BAJO		1-2 PUNTOS

SÍNDROME DE DOLOR NEUROPÁTICO.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• USO DE NEUROMODULADORES.	- AUSENTE	2
	- PRESENTE	1
• USO DE OPIOIDE MODERADOS O INTERMEDIOS POR PRIMERA VEZ.	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	2
• PRESENTACION DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS PARA EVALUAR BLOQUEO: ○ PARESTESIAS MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES. ○ FRACTURAS VERTEBRALES. ○ PRESENCIA DE FIBROSIS O ADHERENCIAS EPIDURALES POR RMN.	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	3
• LESIÓN DE PLEXO NERVIOSO O NERVIOS PERIFÉRICOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	3
TOTAL		
- RIESGO ALTO.		8-11 PUNTOS
- RIESGO INTERMEDIO.		4-7 PUNTOS
- RIESGO BAJO.		1-3 PUNTOS



INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFÉRICA.		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• USO DE NEUROMODULADORES.	- AUSENTE	2
	- PRESENTE	1
• USO DE OPIOIDE MODERADOS O INTERMEDIOS POR PRIMERA VEZ.	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	2
• PRESENTA FENÓMENO DE RAYNAUD.	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	3
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		6-8 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		4-5 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		1-3 PUNTOS

SÍNDROME POST LAMINECTOMÍA.			
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE	PUNTAJE	
• COMPRESIÓN RADICULAR POR CLÍNICA.	- AUSENTE.	0	
	- PRESENTE.	2	
• USO DE OPIOIDES MODERADOS O INTERMEDIOS POR PRIMERA VEZ.	- AUSENTE.	0	
	- PRESENTE.	2	
• PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS PARA EVALUAR BLOQUEO: <ul style="list-style-type: none"> ○ PARESTESIAS MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES. ○ FRACTURAS VERTEBRALES. ○ PRESENCIA DE FIBROSIS O ADHERENCIAS EPIDURALES. ○ POR RMN. 	- AUSENTE.	0	
	- PRESENTE.	3	
	TOTAL		
	• RIESGO ALTO.		5-7 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		3-4 PUNTOS	
• RIESGO BAJO.		0-2 PUNTOS	

ANEXO 1.3. CARDIOLOGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) CARDIOLOGÍA.			
ARRITMIA Y TRATORNOS DE LA CONDUCCIÓN.			
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.			
DIAGNÓSTICO.	ESTUDIOS DE LABORATORIO.	ESTUDIOS DE GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • ARRITMIAS SUPRA Y VENTRICULAR COMPLEJAS ASOCIADAS A ENFERMEDAD CARDIACA. • FIBRILACIÓN O FLUTER AURICULAR. • BLOQUEO A-V DE 2º GDO. SINTOMÁTICO. • BLOQUEO A-V DE 3º GDO. 	<ul style="list-style-type: none"> - ELECTROLITOS. - CUERPOS NITROGENADOS. - GLUCOSA. - HEMOGRAMA. 	<ul style="list-style-type: none"> - EKG EN REPOSO. - RX PA DE TORAX. - MONITOREO HOLTER. - ECOCARDIOGRAMA. 	<ul style="list-style-type: none"> - ARRITMIAS BENIGNAS. - ALTERACIONES DE LA CONDUCCIÓN CARDIACA ESTADIO I-II.



CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) CARDIOLOGÍA.

HIPERTENSION ARTERIAL CON REPERCUSIÓN CARDIACA.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

DIAGNÓSTICO	ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESTUDIOS DE GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
HTAC GRADO III CON: • IAM RECIENTE, MENOS DE UN AÑO. • CARDIOMIOPATÍA DILATADA CON FEVI < 40 % • ARRITMIAS DE CARÁCTER MALIGNO.	- ELECTROLITOS. - CUERPOS NITROGENADOS - GLUCOSA - HEMOGRAMA	- EKG EN REPOSO. - RX PA DE TÓRAX. - ECOCARDIOGRAMA.	- HIPERTENSIÓN ESTADIO I Y II (SEGÚN OMS).

CLÍNICA DE ANTICOAGULACION ORAL.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

DIAGNOSTICO.	ESTUDIOS DE LABORATORIO.	CRITERIOS DE RETORNO.
• CARDIOPATIA DE BASE QUE REQUIERAN ANTICOAGULACIÓN ORAL : ○ PROTESIS VALVULAR MECANICA. ○ FIBRILACION AURICULAR CON CRITERIOS CHADS2 QUE LO AMERITE. ○ ANEURISMA VENTRICULAR. ○ ECTASIAS DE CORONARIA. ○ MIOCARDIOPATIA DILATADA. ○ TROMBOS INTRACAVITARIOS.	- TIEMPO Y VALOR DE PROTROMBINA. - INR. - QUIMICA SANGUINEA. - HEMOGRAMA.	
• RESUMEN CLINICO:		

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) CARDIOLOGÍA.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

DIAGNÓSTICO	ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESTUDIOS DE GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
• DOLOR TORÁCICO CON SOSPECHA DE ISQUEMIA DEL MIOCARDIO • IAM. • INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO NO COMPENSADO O ALTO RIEGO. • INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO DE MENOS DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN. • REVASCULARIZACION CORONARIA QUIRÚRGICA O INTERVENCIONISMO RECIENTE DE MENOS DE 1 AÑO.	- ELECTROLITOS. - CUERPOS NITROGENADOS - GLUCOSA - HEMOGRAMA	- EKG EN REPOSO - RX DE TÓRAX PA - ECOCARDIOGRAMA - PRUEBA DE ESFUERZO.	- CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE

HALLAZGO PATÓLOGICO O SINDROME SIN DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

CRITERIOS	LABORATORIO	GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
• CLÍNICA DE VALORACIÓN DE PACIENTES QUE POR DIFERENTES CARACTERÍSTICAS NO SE PUEDAN INCLUIR EN LAS CLASIFICACIONES PREVIAS. • A SOLICITUD DE OTRAS ESPECIALIDADES QUE NECESITEN INTERCONSULTAS.	- ELECTROLITOS. - CUERPOS NITROGENADOS - GLUCOSA. - HEMOGRAMA.	- EKG EN REPOSO. - RX DE TORAX PA.	- INSUFICIENCIA CARDIACA ESTADIO I. - VALVULOPATÍAS LEVES.

CLÍNICA DE EVALUACIÓN PRE-OPERATORIA.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

• NECESIDAD DE EVALUACIÓN POR CARDIOLOGÍA A PETICIÓN DE MEDICINA INTERNA Y ANESTESIOLOGÍA. • PACIENTES CON CARACTERÍSTICAS, ANTECEDENTES Y COMORBILIDADES QUE NECESITEN EVALUACIÓN POR CARDIOLOGÍA.	- EKG DE REPOSO. - RX PA DE TÓRAX. - ECOCARDIOGRAMA SOLICITADO POR CARDIOLOGO.
RESUMEN CLINICO :	



**CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES**

DIAGNÓSTICO.	CRITERIO DE REFERENCIA.	REQUISITOS DE REFERENCIA.	
		LABORATORIO.	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA. 	<ul style="list-style-type: none"> PACIENTE CON HIPERTENSIÓN O REFRACTARIA A 3 MEDICAMENTOS A DOSIS ÓPTIMAS, INCLUYENDO UN DIURÉTICO. POBRE TOLERANCIA A VARIOS ANTIHIPERTENSIVOS. ESTUDIO DE HIPERTENSIÓN SECUNDARIA. 	<ul style="list-style-type: none"> HEMOGRAMA. SODIO Y POTASIO. GLUCOSA. COLESTEROL TRIGLICÉRIDOS CREATININA EXAMEN GENERAL DE ORINA. 	<ul style="list-style-type: none"> RX. DE TÓRAX. ELECTRO-CARDIOGRAMA. ULTRASONOGRAFÍA-DOPPLER DE ARTERIAS RENALES. ECOCARDIOGRAMA.

- RETORNO :**
 - PACIENTE ESTABLE EN 2DA-3RA CONSULTA.
 - BAJO RIESGO CARDIO-VASCULAR QUE PUEDE SER CONTROLADO POR MÉDICO INTERNISTA, DE FAMILIA O GENERAL.
 - PACIENTES EN QUE SE DESCARTÓ CAUSA DE HTA SECUNDARIA Y CONTROLADOS.
 - PACIENTE CON PRESIÓN ARTERIAL ESTABLE DE 130/80 MMHG O MENOS EN EL ÚLTIMO AÑO.
 - PACIENTE CON 3 O MENOS MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS DE PRIMERA O SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO.
 - PACIENTE CON COMORBILIDADES BAJO CONTROL Y BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR.
 - PACIENTE CON ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CAMBIOS FAVORABLES EN EL ESTILO DE VIDA.

- ALTA :**
 - PACIENTE QUE CONSULTA SIMULTÁNEAMENTE EN NEFROLOGÍA O CARDIOLOGÍA (SE RECOMIENDA DAR EL ALTA DE HIPERTENSIÓN A MENOS QUE, EXCEPCIONALMENTE Y A CRITERIO MÉDICO, SE CONSIDERE QUE EL PACIENTE DEBE CONTINUAR EN AMBAS ESPECIALIDADES.)
 - PACIENTE CON EVIDENCIA CLÍNICA Y POR ULTRASONOGRAFÍA-DOPPLER DE ARTERIAS RENALES DE HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR. SE REFERIRÁN A NEFROLOGÍA PARA COMPLETAR ESTUDIO Y MANEJO.

RESUMEN CLINICO :

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

CONDICIÓN.		PUNTAJE.
<ul style="list-style-type: none"> INFARTO DEL MIOCARDIO 	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	1
	>1 AÑO	0
	6-12 MESES	1
	3-6 MESES	2
	1 MES	3
<ul style="list-style-type: none"> PRESENCIA DE ANGOR. 		3
<ul style="list-style-type: none"> ICC FRACCIÓN DE EYECCION DE 40 %. 		1
<ul style="list-style-type: none"> ENFERMEDADES CONCURRENTES. 		1
<ul style="list-style-type: none"> DIABETES. 		1
<ul style="list-style-type: none"> HIPERTENSION ARTERIAL CRÓNICA. 		1
<ul style="list-style-type: none"> OBESIDAD. 		1
<ul style="list-style-type: none"> DISLIPIDEMIA. 		1
<ul style="list-style-type: none"> EDAD AÑOS VARONES >55 AÑOS MUJERES >65 AÑOS 		1
<ul style="list-style-type: none"> PRESENCIA DE ARRITMIA. 		1
<ul style="list-style-type: none"> PRUEBA DE ESFUERZO POSITIVA. 		1
<ul style="list-style-type: none"> CONDICION SOCIAL. 		-1 (MAXIMO)
<ul style="list-style-type: none"> ESCOLARIDAD MEDIA. 		-0.5
<ul style="list-style-type: none"> ESCOLARIDAD SUPERIOR. 		-1
<ul style="list-style-type: none"> APOYO FAMILIAR. 		-1
<ul style="list-style-type: none"> APEGO AL TRATAMIENTO. 		-1

TOTAL

RIESGO.	PUNTAJE.
<ul style="list-style-type: none"> ALTO RIESGO. 	>5 PUNTOS
<ul style="list-style-type: none"> RIESGO INTERMEDIO. 	3-4 PUNTOS
<ul style="list-style-type: none"> RIESGO BAJO. 	< 2 PUNTOS



SINCOPE Y DIS-AUTONOMÍA.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS PARA SÍNCOPE CARDIOGÉNICO.

DIAGNÓSTICO RESUMEN CLINICO.	ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESTUDIOS DE GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • DISFUNCIÓN SINUSAL. • TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR O VENTRICULAR. • HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA SECUNDARIA A: <ul style="list-style-type: none"> ○ DIABETES, ○ AMILOIDOSIS, ○ LESION ESPINAL. ○ INDUCIDA POR FARMACOS (VASODILATADORES, DIURETICOS, ANTIDEPRESIVOS) ○ HIPOVOLEMIA (INSUFICIENTE INGESTA DE AGUA, HEMORRAGIA, DIARREA). 	<ul style="list-style-type: none"> - ELECTROLITOS. - CUERPOS NITROGENADOS. - GLUCOSA. - HEMOGRAMA. 	<ul style="list-style-type: none"> - EKG EN REPOSO. - RX DE TÓRAX PA. - ECOCARDIOGRAMA. 	<ul style="list-style-type: none"> - PATOLOGÍA NO CORRESPONDIENTE A CAUSA CARDIOVASCULAR.
<ul style="list-style-type: none"> • INTERCONSULTA: DISFUNCIÓN AUTONÓMICA PRIMARIA. 			
<ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN CLINICO : 			

INSUFICIENCIA CARDÍACA.

CONDICIÓN.	PUNTOS.			
• EDAD >65 AÑOS	2			
• EDAD < 65 AÑOS	3			
• DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA	1			
• CREPITANTES BASALES	1			
• REFLUJO HEPATYUGULAR	1			
• PRESENCIA DE TERCER RUIDO	1			
• ORTOPNEA	0.5			
• REDUCCIÓN DE TOLERANCIA AL EJERCICIO	0.5			
• FRECUENCIA CARDÍACA >120/ LPM EN REPOSO	0.5			
• HEPATOMEGALIA	0.5			
• EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES	0.5			
• FRACCION DE EYECCION MENOR 40 % POR ECO	5			
• DIABETES MELLITUS	1			
• ENFERMEDAD CARDIORENAL	3			
• RX DE TORAX CARDIOMEGALIA III	0.5			
• RX DE TORAX CARDIOMEGALIA IV	1			
• PRESENCIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA POR EKG	1			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">• CLASE FUNCIONAL.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - NYHA I - NYHA II - NYHA III </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> 0 0.5 1 </td> </tr> </table>	• CLASE FUNCIONAL.	<ul style="list-style-type: none"> - NYHA I - NYHA II - NYHA III 	<ul style="list-style-type: none"> 0 0.5 1 	<ul style="list-style-type: none"> 0 0.5 1
• CLASE FUNCIONAL.	<ul style="list-style-type: none"> - NYHA I - NYHA II - NYHA III 	<ul style="list-style-type: none"> 0 0.5 1 		
• CONDICION SOCIAL.	-1 (MÁXIMO)			
• ESCOLARIDAD MEDIA.	-0.5			
• ESCOLARIDAD SUPERIOR.	-1			
• APOYO FAMILIAR.	-1			
• APEGO AL TRATAMIENTO.	-1			
TOTAL				
RIESGO.	PUNTAJE			
• ALTO RIESGO.	13 PUNTOS			
• RIESGO INTERMEDIO.	8-12 PUNTOS			
• RIESGO BAJO.	< 7 PUNTO			



ARRITMIA CARDÍACA.		
CONDICIÓN		PUNTAJE
• MAYOR DE 65 AÑOS.		1
• HISTORIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.	• ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.	1
• HISTORIA DE SÍNCOPE.	• SÍNCOPE.	1
• ELECTROCARDIOGRAMA ANORMAL.		1
• HISTORIA DE FALLA CARDÍACA.		1
• HIPERTENSIÓN ARTERIAL.		1
• ANTECEDENTE DE INFARTO AL MIOCARDIO.		1
• SINTOMATOLOGÍA.		1
• CONDICIÓN SOCIAL.		-1
• ESCOLARIDAD MEDIA.		-0.5
• ESCOLARIDAD SUPERIOR.		-1
• APOYO FAMILIAR.		-1
• APEGO AL TRATAMIENTO.		-1
TOTAL		
RIESGO.		PUNTAJE
• ALTO RIESGO.		>3 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		1-2 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-1 PUNTO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.			
CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA.	DIASTÓLICA.	PUNTAJE.
	<140	<90	0
	140-159	90-99	1
	160-179	100-109	2
	>180	>110	3
EDAD	VARONES >55	MUJERES > 65	1
• ENFERMEDAD CARDÍACA	- INFARTO ANTIGUO		1
	- ANGINA		2
	- REVASCULARIZADO		1
	- FE (ECO) 40		1
	- HVI		1
• ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.	- ICTUS , EVC, TIA		1
• DIABETES.			1
• ENFERMEDAD RENAL.	- ESTADÍO 1 (EFGR <90)		0
	- ESTADÍO 2 (EFGR 89-60)		0
	- ESTADÍO 3 (EFGR 59-30)		0.5
	- ESTADÍO 4-5 (EFGR <30)		1
• ARTERIOPATIA PERIFÉRICA.			0.5
• RETINOPATÍA.			0.5
• CONDICIÓN SOCIAL.			-1 (MÁXIMO)
• ESCOLARIDAD MEDIA.			0.5
• ESCOLARIDAD SUPERIOR.			-1
• APOYO FAMILIAR.			-1
• APEGO AL TRATAMIENTO.			-1
TOTAL			
RIESGO.			PUNTAJE.
• RIEGO ALTO.			>5 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.			3-4 PUNTOS
• RIESGO BAJO.			2 PUNTOS



ANEXO 1.4. CIRUGÍA GENERAL

CRITERIOS Y REQUISITOS DE REFERENCIA A CIRUGÍA GENERAL.

DIAGNÓSTICO.	REQUISITOS.	RETORNO.
• PATOLOGÍA BILIAR LITIÁSICA.	- USG.	- AL RESOLVER MOTIVO DE REFERENCIA. - CON PLAN DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA FAMILIAR O GENERAL PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS.
• HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL.	- SOSPECHA CLÍNICA.	
• PATOLOGÍA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES.	- SOSPECHA CLÍNICA.	
• ENFERMEDAD ANORECTAL.	- CLÍNICA.	
• PATOLOGÍA BENIGNA DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS. (LIPOMA, QUISTE SEBACEO, GINECOMASTÍA Y MAMAS ECTÓPICA)	- CLÍNICA.	

PATOLOGÍA BILIAR LITIÁSICA.

CONDICIÓN.	VARIABLE	PUNTAJE.
• LITIASIS BILIAR.	SI	1
	NO	0
• EMBARAZO Y PUERPERIO.	SI	2
	NO	0
• ANTECEDENTES PANCREATITIS BILIAR.	SI	2
	NO	0
• DIÁBETES.	SI	3
	NO	0
• EPISODIOS PREVIOS.	SI	1
	NO	0
• PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS INTERVENCIONISTAS.	SI	3
	NO	0
• IMC.	>40 KG/MT2	3
	30-39 KG/MT2	2
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ROJO.		5-14
• RIESGO AMARILLO.		4
• RIESGO VERDE.		3

HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL.

CONDICIÓN	VARIABLE	PUNTAJE
• TIPO DE HERNIA.	- INCISIONAL/INGUINAL	2
	- EPIGÁSTRICO/UMBILICAL.	1
	- HERNIA PREVIA (RECIDIVANTE).	3
• ÍNDICE DE MASA CORPORAL.	- >40 KG/MT2.	3
	- 30-39 KG/MT2.	2
• ANTECEDENTES.	- DIABETES MELLITUS.	1
	- TABAQUISMO.	2
	- EPOC.	3
	- HPB.	3
• TAMAÑO DEL DEFECTO HERNIARIO.	- MAYOR DE 10 CM.	3
	- 6-9 CM.	2
	- MENOR DE 5 CM.	1
• CIRUGIAS PREVIAS.	- SI.	2
	- NO.	1
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ROJO.		>9 PUNTOS
• RIESGO AMARILLO.		4-8 PUNTOS
• RIESGO VERDE.		1-3 PUNTOS



INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.

CONDICIÓN.	VARIABLE.	PUNTAJE.
<ul style="list-style-type: none"> • PATOLOGIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES. 	- DOLOR LEVE	1
	- VARICES PRESENTES	1
	- EDEMA	1
	- PIGMENTACIÓN DE LA PIEL	1
	- CELULITIS	1
	- ÚLCERAS.	1
<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO VERDE DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA. 		0-4 PUNTOS.

ENFERMEDAD ANORECTAL

- **RIESGO VERDE DE COLOPROCTOLOGÍA:** PRURITO ANAL RECURRENTE, ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON, INCONTINENCIA ANAL

PATOLOGIA BENIGNA DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS. (LIPOMA, QUISTE SEBACEO, GINECOMASTIA Y MAMAS ECTOPICA)

<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO ANESTÉSICO. 	- ANESTESIA LOCAL.	1
	- ANESTESIA GENERAL.	2
TOTAL		PUNTAJE
<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO AMARILLO. 		2
<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO VERDE. 		1



ANEXO 1.4. CIRUGIA PLÁSTICA.

CIRUGÍA PLÁSTICA.			
CONDICIÓN	REQUISITOS.	ALTA.	RETORNO.
• SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO.	- VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN EL NERVIIO MEDIANO*	SEGÚN RITERIO MÉDICO CONDICIÓN RESUELTA QUIRÚRGICAMENTE.	SI NO CUMPLE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA
• ATRAPAMIENTO DEL NERVIIO CUBITAL.	- VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN DEL NERVIIO CUBITAL*		
• PARESTESIA DE MANO /DEDOS.	- VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN* - A DISCRECIÓN DEL ESPECIALISTA		
• TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE MANO.	- RX DE MANO.		
• TUMOR MALIGNO DE CARA.	- REFERIDO DE ONCOLOGÍA.		
• TUMOR MALIGNO DE PIEL.	- NO TOMAR BIOPSIA - REFERIDO DE ONCOLOGÍA.		
• CICATRIZ HIPERTRÓFICA (MÁS DE 1 AÑO)/OBSTACULIZACIÓN.	- QUE OBSTACULICE LA FUNCIÓN. - CONSECUENCIA DE CIRUGIA PREVIA O QUEMADURA. - DOLOR. - QUE NO CEDA EL CRECIMIENTTO		
• SECUELAS TARDIAS DE TRAUMA NASAL DE 1 o MAS AÑOS DE EVOLUCIÓN.	- Rx DE HUESOS PROPIOS NAsALES - WATERS - 1 AÑO O MAS DE EVOLUCIÓN		
• QUELOIDE.	- OBSTACULIZA FUNCIÓN. - SE ENCUENTRE EN PLIGUES. - LOCALIZACION EN ÁREAS PERIORIFICIAL. - CONSECUENCIA DE CIRUGIA PREVIA O QUEMADURA. - DOLOR. - QUE NO CEDA EL CRECIMIENTTO		
• BLEFAROCALASIA.	- REFERIDO POR OFTALMOLOGÍA. - CAMPOS LATERALES DISMINUIDOS 25%.		
• PATOLOGÍA DE MANO.	- NO AGUDIZADA, NO TRAUMATIZADA		
• GINECOMASTIA E HIPERTROFIA MAMARIA.	- REFERIDA POR : o GENERAL.		
• PTOSIS MAMARIA SEVERA.	- REFERIDA POR: o GINECOLOGIA.		
• RECONSTRUCCIÓN DE MAMA POST CÁNCER.	- REFERIDA POR: o ONCOLOGÍA CLÍNICA, o GINECO-ONCOLOGIA o CIRUGÍA ONCOLÓGICA.		
• CRURI-BRAQUI-ABDOMINOPLASTÍA.	- CIRUGÍA BARIATRICA DEL ISSS.		
NOTA. VER "LINEAMIENTOS PARA LA INDICACIÓN DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS EN EL ISSS"			
• INTERCONSULTA: CRURI-BRAQUI-ABDOMINOPLASTIA SOLICITADA POR CIRUGÍA GENERAL.			
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.			
• RIESGO GRAVE.	REFERENCIA POR CIRUJANO PLASTICO DEL INTERIOR DEL PAIS O POR CIRUJANO PLASTICO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL.		
• RIESGO MODERADO.	REFERENCIA POR CIRUJANO PLÁSTICO DEL HOSPITAL GENERAL.		
• RIESGO LEVE.	TODA CONDICION DESCRITA PREVIAMENTE NO AGUDIZADA. (CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA PLÁSTICA).		



ANEXO 1.5. CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA.			
PATOLOGÍA VENOSA.			
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.			
DIAGNÓSTICOS.	GABINETE.	LABORATORIO CLÍNICO	RETORNO.
• INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA CLASIFICACIÓN CEAP+ 3,4,5, 6	- DOPPLER VENOSO O VENOGRAFÍA.	- HEMOGRAMA PLAQUEAS. Y - NITROGENO URÉICO Y CREATININA. Y - GLUCOSA. DE - COLESTEROL. - PRUEBAS COAGULACION (TVP Y TT).	- POST QUIRÚRGICO CON INDICACIÓN DE MANEJO POR CIRUGÍA GENERAL.
• INCOMPETENCIA DE PERFORANTES.	- DOPPLER VENOSO.		- POST QUIRÚRGICO CIRUGÍA GENERAL.
• TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.	- DOPPLER VENOSO O VENOGRAFIA.		- SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA.
• INSUFICIENCIA VENOSA RECURRENTE.	- DOPPLER VENOSO O VENOGRAFIA.		- POST QUIRÚRGICO CON INDICACIÓN DE MANEJO MÉDICO POR CIRUGÍA GENERAL.
• MALFORMACION ARTERIOVENOSA.	- ARTERIOGRAFIA DE MIEMBRO AFECTADO.		- RETORNO A ESPECIALIDAD TRATANTE POST EMBOLIZACIÓN.
• SINDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA.	- DOPPLER VENOSO O VENOGRAFÍA.		- RETORNO A GINECOLOGÍA POST EMBOLIZACIÓN.
PATOLOGÍA ARTERIAL.			
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.			
DIAGNÓSTICOS.	LABORATORIO.	GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
• INSUFICIENCIA ARTERIAL O CLAUDICACIÓN.	- DOPPLER ARTERIAL O ARTERIOGRAFÍA.	- HEMOGRAMA PLAQUEAS. Y - NITROGENO URÉICO Y CREATININA. Y - GLUCOSA. DE - COLESTEROL. - PRUEBAS COAGULACIÓN (TVP Y TT)	- RETORNO A CIRUGÍA GENERAL POST INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
• PATOLOGÍA CAROTÍDEA.	- DOPPLER CAROTIDEO.		- REFERENCIA A NEUROLOGÍA POST INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
• PIE DIABÉTICO.	- DOPPLER ARTERIAL O ARTERIOGRAFÍA.		- RETORNO Y SEGUIMIENTO REFERENCIA MULTIDISCIPLINARIA
• PATOLOGÍA AÓRTICA ABDOMINAL O TORÁCICA.	- ANGIOTAC AORTICO O ULTRASONIDO ABDOMINAL.		- NO TIENE RETORNO.
• HEMANGIOMA FACIAL.	- ANGIOTAC CÉRVICO FACIAL (DEBERA SER REFERIDO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA O CIRUGÍA PLÁSTICA)		- POST EMBOLIZACION RETORNO A ORL O CIRUGIA PLÁSTICA.

PIE DIABÉTICO.		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• NEUROPATÍA.	- PRESENTE. - AUSENTE.	1 0
• SIGNOS DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA.	- PRESENTE. - AUSENTE.	1 0
• DEFORMIDADES DEL PIÉ.	- PRESENTE. - AUSENTE.	1 0
• DIABETES.	- CONTROLADA. - DESCONTROLADA.	0 1
• TABAQUISMO.	- NO. - ANTECEDENTE. - SI ACTIVO.	0 1 2
• ULCERAS PREVIAS O ACTIVAS.	- PRESENTE. - ANTECEDENTE. - AUSENTE.	2 1 0
TOTAL		PUNTAJE
• COLOR ROJO.		6 - 8 PUNTOS
• COLOR AMARILLO.		3 - 5 PUNTOS
• COLOR VERDE.		0 - 2 PUNTOS

NOTA. SEGÚN GUIA NICE.



ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA.		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• DOLOR.	- NO.	0
	- >DE 100 MTS.	1
	- <DE 100 MTS.	2
	- AL REPOSO	3
• PERDIDA DE TEJIDO (ULCERA).	- NO.	0
	- SI.	1
• TABAQUISMO.	- NO.	0
	- ANTECEDENTE.	1
	- SI ACTIVO.	2
• HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	- NO.	0
	- SI.	1
• DIABETES.	- NO.	0
	- CONTROLADA.	1
	- DESCONTROLADA.	2
• CARDIOPATÍA.	- NO.	0
	- SI.	1
EDAD	- < DE 50 AÑOS.	0
	- >DE 50 AÑOS.	1
TOTAL.		
• VERDE.		1-3
• AMARILLO.		4-8
• ROJO.		9-11

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA (SEGÚN LA VCSS VENOUS CLINICAL SEVERITY SCORE)		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• DOLOR.	- AUSENTE.	0
	- LEVE.	1
	- MODERADO.	2
	- GRAVE.	3
• VARICES.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• EDEMA.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• PIGMENTACIÓN DE LA PIEL.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• INDURACIÓN.	- AUSENTE.	0
	- LEVE: MALEOLAR.	1
	- MODERADO: DIFUSO 1/3 MEDIO DE LA PIERNA.	2
	- GRAVE: MÁS EXTENSA DEL TERCIO MEDIO.	3
• CELULITIS.	- AUSENTE.	0
	- LEVE: MALEOLAR.	1
	- MODERADO: DIFUSO 1/3 MEDIO DE LA PIERNA.	2
	- GRAVE: MÁS EXTENSA DEL TERCIO MEDIO.	3
• ULCERAS.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE (CI).		
FACTOR RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• DOLOR.	- NO	0
	- CLAUDICA >DE 200 MTS.	1
	- CLAUDICA <DE 200 MTS.	2
	- DOLOR REPOSO	3
• TABAQUISMO.	- NO	0
	- ANTECEDENTE	1
	- ACTIVO	2
• HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	- NO	0
	- SI	1
• DIABETES.	- NO	0
	- CONTROLADA	1
	- NO CONTROLADA	2
• EDAD.	- MENOR DE 70 AÑOS	0
	- MAYOR DE 70 AÑOS	1
• CARDIOPATÍA.	- NO.	0
	- ANTECEDENTE.	1
TOTAL.		
• VERDE.		2 - 5 PUNTOS
• AMARILLO.		6 - 7 PUNTOS
• ROJO.		8 - 10 PUNTOS



ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL.

FACTORES DE RIESGO	VARIABLE	PUNTAJE
• EDAD.	- < 65 AÑOS.	0
	- >65 AÑOS.	1
• SEXO.	- FEMENINO.	0
	- MASCULINO.	1
• DIABETES.	- NO.	0
	- SI.	1
• HIPERTENSION ARTERIAL.	- NO.	0
	- SI.	1
• TABAQUISMO.	- NO.	0
	- SI.	1
• ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA.	- NO.	0
	- SI.	1
• ANTECEDENTES DE ANEURISMAS EN OTRAS PARTES DEL CUERPO.	- NO.	0
	- SI.	1
• ANTECEDENTES FAMILIARES DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL.	- NO.	0
	- SI.	1
• DIAMETRO DEL ANEURISMA.	- <4 CM	0
	- >4 CM	1
TOTAL		
• RIESGO ALTO (ROJO).		7-9
• RIESGO MODERADO (AMARILLO).		4-6
• RIESGO BAJO (VERDE).		0-3

ENFERMEDAD CAROTIDEA.

FACTORES DE RIESGO.	VARIABLES.	PUNTAJE.
• EDAD.	- < 65 AÑOS.	0
	- >65 AÑOS.	1
• SEXO.	- FEMENINO.	0
	- MASCULINO.	1
• DIABETES.	- NO	0
	- SI	1
• HIPERTENSION ARTERIAL.	- NO	0
	- SI	1
• TABAQUISMO.	- NO	0
	- SI	1
• DISLIPIDEMIAS.	- NO	0
	- SI	1
• ANTECEDENTE DE ICTUS PREVIO EN OTRAS LOCALIZACIONES.	- NO	0
	- SI.	1
• CARDIOPATIA ISQUEMICA GRAVE.	- NO	0
	- SI	1
• ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA AVANZADA.	- NO	0
	- SI	1
TOTAL		
• RIESGO ALTO (ROJO)		7-9
• RIESGO MODERADO (AMARILLO)		4-6
• RIESGO BAJO (VERDE)		0-3



ANEXO 1.6. COLOPROCTOLOGÍA

COLOPROCTOLOGÍA.			
CONDICIÓN.	REQUISITOS.	RETORNOS /ALTA.	
<ul style="list-style-type: none"> HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO INFERIOR. DOLOR ANAL. PRURITO ANAL RECURRENTE. CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL. TENESMO RECTAL. INFLAMACIÓN PERIANAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - FALLA DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA POR MÉDICOS GENERALES O CIRUJANO GENERAL. - AGUDIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS. - SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA-RECURRENTE. - EXAMENES PRE OPERATORIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - AL RESOLVER PROBLEMA QUE ORIGINO LA REFERENCIA, SE RETORNARÁ CON UN PLAN DE MANEJO PARA SEGUIMIENTO COMPARTIDO CON CIRUGIA GENERAL, MEDICINA INTERNA, FAMILIAR O GENERAL O INDICARÁ PLAN DE ALTA DE LA ESPECIALIDAD CUANDO LO REQUIERA. 	
<ul style="list-style-type: none"> ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON. 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMORRAGIA. - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. - PERFORACIÓN. - DIVERTICULISTIS. 		
<ul style="list-style-type: none"> PROLAPSO ANAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERIDO POR CIRUGIA GENERAL. 		
<ul style="list-style-type: none"> SUPURACIÓN PERINEAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERIDO POR CIRUGIA GENERAL. 		
<ul style="list-style-type: none"> INCONTINENCIA ANAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERIDO POR CIRUGIA GENERAL. 		
<ul style="list-style-type: none"> INTERCONSULTA: SANGRE OCULTA EN HECES EN 2 OCACIONES HABIENDO DESCARTADO CAUSA EN TUBO DIGESTIVO SUPERIOR. 			
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.			
<ul style="list-style-type: none"> RIESGO GRAVE 	HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO INFERIOR, DOLOR ANAL, TENESMO RECTAL E INFLAMACION PERIANAL.		
<ul style="list-style-type: none"> RIESGO MODERADO 	CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL, PROLAPSO ANAL.		
<ul style="list-style-type: none"> RIESGO LEVE 	PRURITO ANAL RECURRENTE, ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON, INCONTINENCIA ANAL		

ANEXO 1.7. ENDOCRINOLOGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) ENDOCRINOLOGIA.		
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.		
TRASTORNO DEL METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS Y LIPIDOS.	LABORATORIO.	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> DIABETES MELLITUS TIPO 1. DIABETES MELLITUS TIPO 2 COMPLICADAS CON : <ul style="list-style-type: none"> DAÑO A ORGANO BLANCO. USO DE INSULINA EN DOSIS MAYORES A 60 UI INPH DIA. MEZCLAS DE INSULINA CON HB a1c > 9%. HIPOGLICEMIAS: 4 Ó MAS EPISODIOS EN 1 MES O EPISODIO SEVERO. INGRESO POR CAD. DIABETES SECUNDARIA. DIABETES GESTACIONAL. HIPERLIPIDEMIAS PRIMARIAS DE DIFICIL CONTROL. 	<ul style="list-style-type: none"> - GLICEMIA EN AYUNAS. - GLUCOSA 2 HRS. POST-PRANDIAL. - HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C. - EXAMEN GENERAL DE ORINA. - CREATININA. 	
TRASTORNOS DE LAS GLANDULA TIROIDES.	LABORATORIO.	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> HIPERTIROIDISMO. HIPOTIROIDISMO CON NODULO TIROIDEO O BOCIO MULTINODULAR. PATOLOGIA TIROIDEA CON EMBARAZO. CÁNCER DE TIROIDES. 	<ul style="list-style-type: none"> - TSH. - T3. - T4. 	<ul style="list-style-type: none"> - USG DE TIROIDES.
<ul style="list-style-type: none"> RESUMEN CLINICO : 		



CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) ENDOCRINOLOGÍA.

TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL CALCIO.	LABORATORIO CLÍNICO.	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> • OSTEOPOROSIS SECUNDARIA. • OSTEOPOROSIS PRIMARIA CON INTOLERANCIA A BIFOSFONATOS ORALES O CON FRACTURAS A PESAR DEL TRATAMIENTO. • TRASTORNOS PARATIROIDEOS (HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, POST-OPERATORIO) • LITIASIS RENAL (ESTUDIO METABOLICO) • DÉFICIT DE VITAMINA D DEMOSTRADA POR PERSISTENCIA DE HIPOCALCIURIA EN 2 DETERMINACIONES CONSECUTIVAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - CALCIO SÉRICO. - TSH. - FOSFORO. - CREATININA. - FOSFATASA ALCALINA. - ALBÚMINA SÉRICA. - DEPURACIÓN DE CREATININA Y CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS. - ADEMÁS, INDICARÁ LA DXA. - HIPERCALCEMIA 1 MG/DL ARRIBA DEL NIVEL NORMAL DE REFERENCIA. - CALCIURIA EN ORINA DE 24 HORAS ARRIBA DE 300 MG EN 24 HORAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - DENSITOMETRIA ÓSEA.
TRASTORNOS HIPOFISIARIOS	LABORATORIO.	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> • TUMORES DE HIPÓFISIS PRODUCTORES O MAYORES DE 1 CM CON O SIN COMPROMISO VISUAL • PANHIPOFITUITARISMO. 	<ul style="list-style-type: none"> - CORTISOL. - T3 T4. TSH - PROLACTINA. - EXAMEN GENERAL DE ORINA. - SODIO-POTASIO - GLUCOSA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR.
<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNOS DE GLANDULAS ADRENALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - CORTISOL 8 AM Y CORTISOL 4 PM 	<ul style="list-style-type: none"> - RESONANCIA DE SUPRARRENALES
<ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN CLINICO : 		

HIPOTIROIDISMO.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• EDAD.	- <65 AÑOS.	0
	- >65 AÑOS.	1
• NIVEL DE TSH.	- TSH NORMAL.	0
	- TSH 5-10 o TSH SUPRIMIDA.	1
	- TSH 10-30.	2
	- TSH >30.	3
• CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O ARRITMIA.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• NÓDULO COEXISTENTE.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		5-6 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		3-4 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-2 PUNTOS

NÓDULO TIROIDEO NO TÓXICO.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• SINTOMAS COMPRESIVOS.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• CITOLOGÍA SOSPECHOSA O POSITIVA Y/O CARACTERÍSTICAS ULTRASONOGRÁFICAS SOSPECHOSAS.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	4
• USO DE TERAPIA SUPRESIVA.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• INCREMENTO DE TAMAÑO EN SEGUIMIENTO ULTRASONOGRÁFICOS. (50% DE AUMENTO)	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
TOTAL.		PUNTAJE.
• RIESGO ALTO.		4-7 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		2-3 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-1 PUNTOS



BOCIO NODULAR NO TÓXICO.		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• TAMAÑO DE BOCIO.	- BOCIO PEQUEÑO-MEDIANO.	0
	- BOCIO GIGANTE.	1
• SINTOMAS COMPRESIVOS.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• HALLAZGOS ULTRASONGRÁFICOS O CITOLOGÍA SOSPECHOSA DE MALIGNIDAD.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	4
• HALLAZGOS RADIOLÓGICOS.	- NO COMPROMISO TRÁQUEA O DESPLAZAMIENTO DE ESTRUCTURAS O CRECIMIENTO INTRATORÁCICO	0
	- DESPLAZAMIENTO DE TRÁQUEA O CRECIMIENTO INTRATORÁCICO.	1
TOTAL		PORCENTAJE
• RIESGO ALTO.		4-7 PUNTOS.
• RIESGO INTERMEDIO.		2-3 PUNTOS.
• RIESGO BAJO.		0-1 PUNTOS.

DIABETES MELLITUS TIPO 2		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• EDAD ACTUAL	- <65 AÑOS.	0
	- >65 AÑOS.	1
• RIESGO SOCIAL. (ESCOLARIDAD, VIVIR SOLO).	- SABE LEER Y ESCRIBIR Y/O NO VIVE SOLO.	0
	- ANALFABETO Y/O VIVE SOLO.	1
• COMPLICACIONES PRESENTES (CUALQUIERA DE ELLA)	- AUSENIA DE COMPLICACIONES.	0
	- PRESENCIA DE COMPLICACIONES.	1
• VALOR DE HbA1c.	- <7.5%.	0
	- 7.5-9%.	1
	- >9%.	2
• COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO.	- HIPOGLUCEMIANTES ORALES.	0
	- HIPOGLUCEMIANTES COMBINADOS CON INSULINA.	1
	- INSULINA.	2
• EPISODIOS PREVIOS DE HIPOGLUCEMIA.	- NUNCA O MENORES A 1 POR MES.	0
	- SEMANALES.	1
• HOSPITALIZACIONES RECIENTES (MENOS DE 6 MESES) POR DESCONTROL.	- NO HOSPITALIZADO.	0
	- HOSPITALIZADO.	1
• EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA.	- RECIBIDA Y PRACTICADA.	0
	- NUNCA O LIMITADA.	1
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		7-10 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		3-6 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-2 PUNTOS

OSTEOPOROSIS.		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• PRESENCIA DE FRACTURA POR FRAGILIDAD (CLÍNICA O RADIOLÓGICA).	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• EDAD.	- < 70 AÑOS.	0
	- >70 AÑOS.	1
• SOSPECHA DE CAUSA SECUNDARIA ASOCIADA.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	3
TOTAL.		PUNTAJE.
• RIESGO ALTO.		5 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		3-4 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-2 PUNTOS



CÁNCER DE TIROIDES.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• CLASIFICACIÓN DE RIESGO TNM.	- BAJO RIESGO.	0
	- ALTO RIESGO.	2
• TIPO DE CÁNCER HISTOLÓGICO.	- PAPILAR CLÁSICO.	0
	- FOLICULAR.	1
	- INDIFERENCIADO.	2
• HIPOPARATIROIDISMO ASOCIADO.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• REMISIÓN COMPLETA POST- TRATAMIENTO.	- PRESENTE.	0
	- AUSENTE.	1
• ENFERMEDAD MACROSCÓPICA RESIDUAL O RESISTENCIA A RADIO YODO.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• METÁSTASIS.	- AUSENTE.	0
	- GANGLIONAR.	1
	- A DISTANCIA.	2
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		7-9 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		4-6 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-3 PUNTOS

HIPERTIROIDISMO.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• EDAD ACTUAL.	- < 70 AÑOS	0
	- >70 AÑOS	1
• USO DE DOSIS DE ANTITIROIDEOS (TAPAZOL MAYOR A 10MG AL DÍA O PTU MAYOR A 100 MG AL DÍA.	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	1
• DESCOMPENSACIÓN CLINICA O BIOQUÍMICA (>2 VECES T3-T4).	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	4
• OFTALMOPATÍA ACTIVA.	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	1
• PRESENCIA DE LEUCOPENIA O ALTERACIÓN EN PRUEBAS HEPÁTICAS.	- AUSENTE	0
	- PRESENTE	1
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		4-8 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		2-3 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-1 PUNTOS

TUMOR DE HIPÓFISIS.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• TAMAÑO DEL TUMOR.	- MICRO ADENOMA.	0
	- MACRO ADENOMA.	1
• HIPOPITUITARISMO ASOCIADO.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• COMPROMISO DE CAMPOS VISUALES.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	2
• PRODUCCIÓN HORMONAL ASOCIADA.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• RESPUESTA AL TRATAMIENTO.	- CONTROL DE EFECTO DE MASA (REDUCCIÓN DEL TUMOR) Y CONTROL TOTAL CLÍNICO-BIOQUÍMICO.	0
	- CONTROL PARCIAL CLÍNICO-BIOQUÍMICO.	1
	- AUSENCIA DE CONTROL CLÍNICO -BIOQUÍMICO O EFECTO DE MASA.	2
TOTAL		PORCENTAJE.
• RIESGO ALTO.		6-7 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		4-5 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-3 PUNTOS



ANEXO 1.8. GASTROENTEROLOGÍA

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) GASTROENTEROLOGÍA.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS PARA HEPATOPATIAS CRONICAS.

DIAGNÓSTICO.	ESTUDIOS DE LABORATORIO.	ESTUDIOS DE GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • HEPATOPATÍAS CRÓNICAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMOGRAMA. - EGH. - SOH. - PFH: TGO-TGP, ALBUMINAS, PROTEINAS TOTALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - USG ABDOMINAL. - ENDOSCOPIA (PARA PROFILAXIS PRIMARIA DE PRIMER SANGRADO). 	<ul style="list-style-type: none"> - CHILD A MEDICINA INTERNA (RETORNO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA).
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y DIARREAS CRONICAS NO FUNCIONALES.			
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.			
• DIAGNÓSTICO.			LABORATORIO
<ul style="list-style-type: none"> • COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INFLAMATORIA. • ENFERMEDAD DE CROHN 			<ul style="list-style-type: none"> - HEMOGRAMA. - EGH. - SOH. - COLONOSCOPIA Y REALIZAR SEGUIMIENTO CON COLONOSCOPIA ANUAL.

CONSULTA DE ATENCION INMEDIATA.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

DIAGNÓSTICO.	ESTUDIOS DE LABORATORIO.	ESTUDIOS DE GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO Y MANEJO EN ATENCION AMBULATORIA DE 1º Y 2º NIVEL
<ul style="list-style-type: none"> • SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELIACA. • NECESIDAD PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO. • NECESIDAD DE LABORATORIO DE FISIOLÓGIA Y MOTILIDAD GASTROINTESTINAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMOGRAMA - EGH - SOH - PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO: TGO-TGP, ALBUMINAS, PROTEINAS TOTALES. - PRUEBA EN HECES DE H PILORY. 	<ul style="list-style-type: none"> - USG ABDOMINAL - ENDOSCOPIA, - COLONOSCOPIA, - RECTOSIGMOIDOSCOPIA *SEGÚN APLIQUE. 	PRIMER NIVEL
			<ul style="list-style-type: none"> - GASTROENTERITIS VIRALES. - SDA NO COMPLICADO. - DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO QUIRURGICO. - HIGADO GRASO CON PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA QUE NO SOBREPASEN MAS DE 3 VECES EL VALOR NORMAL ALTO. - SINDROMEN DE INTESTINO IRRITABLE.
			SEGUNDO NIVEL
			<ul style="list-style-type: none"> - REFLUJO GASTROESOFAGICO. - HERNIA DE HIATO. - INTOXICACION ALIMENTARIA COMPLICADA. - GASTRITIS AGUDA Y CRONICA. - DIVERTICULITIS NO COMPLICADA. - SINDROME DISPEPTICO, NO COMPLICADO. - METAPLASIA INTESTINAL COMPLETA * - (ENDOSCOPIA CADA 2 AÑOS) - METAPLASIA INTESTINAL INCOMPLETA* - (ENDOSCOPIA CADA AÑO) *AMBAS RETORNO Y SEGUIMIENTO CON GASTROENTEROLOGÍA. - INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI. - POLIPOS HIPERPLASICOS - POLIPO ADENOMATOSOS DE COLON (COLONOSCOPIA CADA 2 AÑOS, RETORNO Y SEGUIMIENTO CON GASTROENTEROLOGÍA).



COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA (CUCI).

CRITERIO.		PUNTOS
• SCORE DE MAYO.	- LEVE.	1
	- MODERADO.	2
	- SEVERO.	3
• ESCOLARIDAD.	- EDUCACIÓN BÁSICA.	2
	- PROFESIONAL.	1
• APEGO AL TRATAMIENTO.	- BUENO.	1
	- MALO.	2
• APOYO FAMILIAR.	- BUENO.	1
	- MALO.	2
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		>9 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		5-8 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-4 PUNTOS

ENFERMEDAD DE CROHN.

CRITERIO		PUNTOS
• SCORE DE CEDEIS.	- REMISIÓN.	0
	- ACTIVIDAD LEVE.	1
	- ACTIVIDAD MODERADA.	2
	- ACTIVIDAD SEVERA.	3
• ESCOLARIDAD.	- EDUCACIÓN BÁSICA.	2
	- PROFESIONAL.	1
• APEGO AL TRATAMIENTO.	- BUENO.	1
	- MALO.	2
• APOYO FAMILIAR.	- BUENO.	1
	- MALO.	2
TOTAL.		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		9 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		4-8 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-3 PUNTOS

HEPATOPATÍA CRÓNICA EN FASE CIRRÓTICA.

CRITERIO.		PUNTOS.
• COMPLICACIONES.	- ENCEFALOPATIA-SANGRADO.	3
	- AUSENCIA DE COMPLICACIONES.	0
• EDAD.	- 18-40.	1
	- 40-65.	2
	- MAYOR DE 65.	3
• COMORBILIDADES.	- DIABETES MELLITUS /NEFROPATÍA.	1
	- NINGUNA COMORBILIDAD.	0
• HEPATOPATIA CRONICA CIRRÓTICA.	- SOSPECHA DE HCC.	1
	- AUSENCIA DE HCC.	0
• CHILD PUG.	- A	1
	- B	2
	- C	3
• ESCOLARIDAD.	- EDUCACIÓN BÁSICA.	2
	- PROFESIONAL.	1
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		>10 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		4-10 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0 -3 PUNTOS



ANEXO 1.9. GERIATRÍA.

REFERENCIAS A GERIATRÍA.		
CONDICIONES.	REQUISITOS.	RETORNOS Y SEGUIMIENTO.
• DEMENCIA.	- DETERIORO COGNITIVO MMT MENOR DE 19 PUNTOS. - KATS (3 Ó MENOS PUNTOS) Y LAWTON. - (IGUAL O MENOR DE 4) Y/O ALTERACIONES CONDUCTUALES.	- SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA CON PLAN DE MANEJO PARA SEGUIMIENTO EN MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y MEDICINA INTERNA.
• CAÍDAS.	- 3 Ó MÁS CAIDAS EN 6 MESES. - OSTEOPOROSIS.	
• TRASTORNOS NUTRICIONALES.	- IMC <22 KG/MT2.	
• MALTRATO.	- SOSPECHA DE VIOLENCIA SEGÚN SU TIPOLOGIA : o FISICA. o PSICOLOGICA. o FINANCIERA-PATRIMONIAL. o SEXUAL.	
• DEPENDENCIA FUNCIONAL.	- INMOVILIDAD. - LAWTON DE 4 PUNTOS.	
• DEPRESIÓN.	- GDS >6 - PRUEBAS TIROIDEAS NEGATIVAS. - FALLA TERAPÉUTICA DESPUES DE 6 MESES DE MANEJO. - QUEJA DE MEMORIA.	

INTERCONSULTAS.
• DETERIOROS COGNITIVOS.
• TRASTORNOS DE LA MARCHA O ANTECEDENTE DE FRACTURA DE CADERA.
• POLIFARMACIA.
• ONCOLÓGICO
• INCONTINENCIA URINARIA.
• DEFICIT SENSORIAL MULTIPLE.
• CRITERIO DE MEDICO CAPACITADO EN ATENCIÓN GERIÁTRICA.
• PERDIDA NO INTENCIONADA DE PESO DE 10 LBS EN 3 MESES.
• DELIRIUM EN INGRESO HOSPITALARIO.

FRAGILIDAD.		
CONDICION	VARIABLE	PUNTAJE
• 3 ENFERMEDADES CRÓNICAS.	- SI.	1
	- NO.	0
• 2 SINDROMES GERIÁTRICOS.	- SI.	1
	- NO.	0
• DEPENDENCIA*.	- KATZ 6.	0
	- KATZ 4 PUNTOS.	10
	- KATZ 2 PUNTOS.	20
• APOYO SOCIAL.	- SI.	0
	- NO.	10
• MALTRATO.	- SI.	10
	- NO.	0
• EDAD.	- 60-70.	1
	- 71-80.	2
	- >81.	10
• CAÍDAS.	- ANTECEDENTES DE FRACTURA DE CADERA.	3
	- 3 CAIDAS EN MENOS DE 6 MESES.	5
• DEPRESIÓN.	- SI.	1
	- NO.	0
• DEPENDENCIA*: KATZ: EN LA ESCALA, LO CORRESPONDIENTE A INMOVILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA ALIMENTACIÓN.		
• CRITERIO DE PEG		

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.	
RIESGO	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE.	>20
• RIESGO MODERADO.	8-19 PUNTOS
• RIESGO LEVE.	3-7 PUNTOS



ANEXO 1.10. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

CRITERIOS PARA REFERENCIA DE MUJERES DEL PRIMER NIVEL.
AL SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCIÓN,
CURSO DE VIDA MUJER

CLIMATERIO.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> FIBROMATOSIS UTERINA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL, PÓLIPO ENDOCERVICAL, PÓLIPOS ENDOMETRIALES, HUA, HUD. SANGRAMIENTO POST MENOPAÚSICO, CISTOCELE GRADO II O MAS, SINTOMÁTICO RECTOCELE. PROLAPSO UTERINO, INCONTINENCIA URINARIA, NÓDULOS MAMARIOS Y HALLAZGOS MAMOGRÁFICOS. CRITERIOS DE USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - USG PÉLVICO. - USG MAMA. (SEGÚN NORMA) - MAMOGRAFÍA RECIENTE. (SEGÚN NORMA) - PAP VIGENTE. - CUANDO APLIQUE DE ACUERDO A PATOLOGÍA Y CUMPLIR NORMATIVA VIGENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> - POST QUIRÚRGICO - CONTROL MÉDICO SATISFACTORIO POR 6 MESES.
INTERCONSULTA:		
<ul style="list-style-type: none"> HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL (HUA) HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD) 		

PACIENTE GINECOLOGICA EN EDAD REPRODUCTIVA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA	REQUISITOS	CRITERIOS DE RETORNO
<ul style="list-style-type: none"> FIBROMATOSIS UTERINA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL, PÓLIPO ENDOCERVICAL, PÓLIPOS ENDOMETRIALES, HUA, HUD. SANGRAMIENTO POST MENOPAÚSICO, CISTOCELE GRADO II O MAS, SINTOMÁTICO RECTOCELE. PROLAPSO UTERINO, INCONTINENCIA URINARIA, NÓDULOS MAMARIOS Y HALLAZGOS MAMOGRÁFICOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - USG PÉLVICO. - USG MAMA. - MAMOGRAFÍA RECIENTE, SI APLICA. - PAP VIGENTE. - CUANDO APLIQUE DE ACUERDO A PATOLOGÍA Y CUMPLIR NORMATIVA VIGENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL MÉDICO HASTA POR 6 A 12 MESES DE ACUERDO A EVOLUCIÓN.

HEMORRAGIA UTERINA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL (HUA). 	<ul style="list-style-type: none"> - USG PÉLVICO. 	<ul style="list-style-type: none"> - POST QUIRÚRGICO. - PLAN DE MANEJO MÉDICO.
<ul style="list-style-type: none"> HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD) REFRACTARIA A TRATAMIENTO Y SIN PATOLOGÍA SISTÉMICA (DISCRACIAS SANGUÍNEAS, PATOLOGÍA ENDÓCRINA, ETC). 	<ul style="list-style-type: none"> - EVALUACIÓN PREVIA POR MEDICINA INTERNA. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE SINTOMAS POR 3 MESES Y PLAN DE MANEJO MEDICO.

CITOLOGÍA ANORMAL.		
CRITERIOS DE REFERENCIA A COLPOSCOPIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> LESIÓN ESCAMOSA INTRA-EPITELIAL DE BAJO GRADO. LESIÓN ESCAMOSA INTRA-EPITELIAL DE ALTO GRADO. CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO NO DETERMINADO (ASC-US). CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DONDE NO SE PUEDE EXCLUIR LESIÓN DE ALTO GRADO (ASC-H). CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS (AGC). SOSPECHA CLÍNICA DE MALIGNIDAD. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS. ADENOCARCINOMA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESPUESTA DE PAP. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA.
<ul style="list-style-type: none"> PACIENTES EMBARAZADAS CON ALGUNO DE LOS DIAGNÓSTICOS ANTERIORES, TAMBIÉN DEBERÁN SER REFERIDAS A COLPOSCOPIA. 		
<ul style="list-style-type: none"> CRITERIOS DE INTERCONSULTA: RESPUESTA DE PAP QUE REPORTE INFLAMACION SEVERA POR SEGUNDA OCASION A PESAR DE TRATAMIENTO MÉDICO. Y CON DESCRIPCIÓN DE HALLAZGO CLINICOS ANORMAL DETECTADOS. 		



ATENCIÓN PRE-CONCEPCIONAL.

CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • CARDIOPATÍAS. • DM O GESTACIONAL. • MUJER VIVIENDO CON VIH-SIDA. • 2 Ó MAS ABORTOS CONSECUTIVOS O NO CONSECUTIVOS. • MALFORMACIONES UTERINAS. • ISO INMUNIZACION Rh PREVIA. • NEFROPATÍA. • ENDOCRINOPATÍAS. • IMC ARRIBA DE 25. • PREMATUREZ PREVIA. • RECIÉN NACIDO PREVIO CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS CON INDECISIÓN DE NUEVO EMBARAZO. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL Y SEGUIMIENTO ÓPTIMO DE PATOLOGIAS DE BASE. - CONSEJERIA PRECONCEPCIONAL POR MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y MEDICINA INTERNA Y PERSONAL DE ENFERMERIA, EDUCADOR EN SALUD, TRABAJO SOCIAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - NO APTA PARA EMBARAZO. - RETORNO CON UN PLAN DE MANEJO INTEGRAL.

MANEJO POR MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR.

<ul style="list-style-type: none"> • HIPERTENSION ARTERIAL. • TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ACTUAL O PREVIA. • ENDOCRINOPATIAS (PATOLOGÍA TIROIDÉA). • COLAGENOPATÍAS. • SINDROME CONVULSIVO. • TRASTORNOS (TRASTORNOS AFECTIVOS. • TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y PSICOSIS. • MUJER >35 AÑOS, ADOLESCENCIA MENOR DE 19 AÑOS. • INTERVALO INTERGENESIS MENOR DE 24 MESES. • IMC <18.5 E IMC >30 KG/MT 2. • ASMA BRONQUIAL. • ANEMIA ANTES DEL EMBARAZO. • IVU CRÓNICA. • ETS. • EMBARAZO MULTIPLE PREVIO. • HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO PREVIA. • ENFERMEDAD GESTACIONAL DEL TROFOBLASTO PREVIA. • EMBARAZO ECTOPICO PREVIO. • CESÁREA PREVIA. 	<ul style="list-style-type: none"> - CIRUGIA PELVICA PREVIA. - 4 Ó MAS EMBARAZOS. - MUERTE PERINATAL PREVIA. - RN BAJO PESO AL NACER EN EL ÚLTIMO EMBARAZO MENOR DE 2500 GR. - PARTOPREMATURO PREVIO. - HEMORRAGIA POST PARTO PREVIA. - INFECCION PUERPERAL PREVIA. - CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANTICUMARINICOS. - ANTIHIPERTENSIVOS, ANTICONVULSIVANTES. - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. - INACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD, PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO. - CARGA LABORAL ALTA. - EXPOSICION OCUPACIONAL A TOXINAS, SOLVENTES QUIMICOS SUSTANCIAS RADIATIVAS O EXPOSICION A ALTAS TEMPERATURAS - UNION MARITAL INESTABLE. - ALCOHOLISMO. - ADICCIONES. - DELINCUENCIA.
---	--

CONTROL PRENATAL ESPECIALIZADO.

CRITERIOS REFERENCIA.

<ul style="list-style-type: none"> • MUERTE FETAL O MUERTE NEONATAL PREVIA. • ANTECEDENTES DE 2 Ó MÁS ABORTOS PREVIOS. • PESO AL NACER DEL ÚLTIMO BEBÉ MENOR DE 2500 GR. (5.4 LBS.) • PESO AL NACER DEL ÚLTIMO BEBÉ MAYOR DE 4000 GR (8.6 LBS). • HIPERTENSIÓN O PREECLAMPSIA /ECLAMPSIA EN EMBARAZO(S) ANTERIOR(ES). • CIRUGÍAS PREVIAS DEL TRACTO REPRODUCTIVO, MIOMECTOMÍA, RESECCIÓN DE TABIQUE, CONIZACIÓN, CESÁREAS PREVIAS, CERCLAJE CERVICAL. • ANTECEDENTES DE PARTO PREMATURO O INMADURO. • ANTECEDENTES DE PARTO DIFÍCIL (PRESENTACIÓN ANORMA, DURACIÓN MAYOR A 24 HORAS, DESGARROS GRADOS III-IV). 	<ul style="list-style-type: none"> - ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA POS PARTO EN EMBARAZO PREVIO. - MADRE RH (-) CON ANTECEDENTES DE ISOINMUNIZACIÓN RH. - PRODUCTOS PREVIOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS. - EMBARAZADA CON EDAD ≤ 15 AÑOS Ó ≥ DE 35 AÑOS. - ESTADO NUTRICIONAL IMC ≤ 18.5 Ó ≥ 40 KG/M2. - VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO. - EMBARAZO NO DESEADO. - DIAGNÓSTICO O SOSPECHA DE EMBARAZO MÚLTIPLE. - PLACENTA PREVIA TOTAL EN EMBARAZO DE 20 SEMANAS O MÁS. - INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (SÍFILIS). - MASA PÉLVICA.
--	---

REQUISITOS DE REFERENCIA.

<ul style="list-style-type: none"> • CLASIFICACIÓN DE HOJA FILTRO. • EXÁMENES PRENATALES. • USG OBSTÉTRICA. • CARNE MATERNO PERINATAL.
--



CRITERIOS DE RETORNO Y SEGUIMIENTO.

- SEGUIMIENTO CON MEDICINA GENERAL O FAMILIAR CON PLAN DE RETORNO Y SEGUIMIENTO.

INTERCONSULTA.

- DISCORDANCIA ENTRE EDAD GESTACIONAL Y ALTURA UTERINA Ó SOSPECHA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINA

REFERENCIA A PERINATOLOGÍA

CRITERIOS DE REFERENCIA	REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> • VIH/SIDA. • DIÁBETES (TIPO I, II O GESTACIONAL.) • ASMA BRONQUIAL. • ÓBITO FETAL O MUERTE NEONATAL PREVIA. • TOXOPLASMOSIS ACTIVA. • SOSPECHA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO. • EMBARAZO MÚLTIPLE EN EL SEGUNDO TRIMESTRE.. • POBRE HISTORIA OBSTÉTRICA. • PATOLOGÍA TIROIDÉA. • HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA. • HEMOGLOBINA MENOR DE 10 MG/DL, REFRACTARIA A TRATAMIENTO. • TRASTORNOS NEUROLÓGICOS (EPILEPSIA, PARAPLEJIA, ACV PREVIO, ANOMALÍA DE COLUMNA ENTRE OTROS) • TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (ACTUAL O PREVIA). • CARDIOPATÍA (CONGÉNITA O ADQUIRIDA). • CONSUMO DE DROGAS O ALCOHOL. • TRASTORNOS DEPRESIVOS. • TRASTORNOS DE ANSIEDAD. • CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O AFECCIÓN MÉDICA SEVERA. 	<ul style="list-style-type: none"> - CLASIFICACIÓN DE HOJA FILTRO. - EXAMENES PRENATALES. - USG OBSTETRICA. - CARNE MATERNO PERINATAL.

CONTROL PRENATAL EN PERINATOLOGÍA.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• EDAD.	- >35 AÑOS O <19 AÑOS.	1
	- DE 20 A 34 AÑOS.	0
• CONDICIÓN CRÓNICA	- DIABETES O HIPERTENSIÓN.	2
	- OTRA CONDICIÓN MÉDICA CRÓNICA.	1
• SÍNDROME ANTI-FOSFOLÍPIDO.	- SI.	2
	- NO.	1
• ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	- >35 O <18.5.	2
	- ÍNDICE DE MASA NORMAL.	0

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.

RIESGO.	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE.	>4 PUNTOS
• RIESGO MODERADO.	3 PUNTOS
• RIESGO LEVE.	1-2 PUNTOS

PATOLOGÍA MAMARIA.

CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
• NODULOS PALPABLES.	<ul style="list-style-type: none"> - <40 AÑOS CON USG MAMA. - >40 AÑOS CON MAMOGRAFÍA. 	- PATOLOGIA RESUELTA.
• INTERCONSULTA: TELORRÉA.		



ANEXO 1.11. MEDICINA INTERNA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) MEDICINA INTERNA.		
PACIENTES ALTA HOSPITALARIA PRECOZ (15 DIAS).		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
ENFERMEDAD ÍNDICE CON 2 O MAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.		
<ul style="list-style-type: none"> DIABETES MELLITUS. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS MÁS ENFERMEDADES DEMENCIALES. CARDIOPATÍAS. EPOC. HEPATOPATÍA CRÓNICA. ERC. FRAGILIDAD. HTA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN DE ALTA LEGIBLE. - ESTUDIOS DE GABINETE (CON LECTURA). - REFERENCIA. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE CONDICIÓN MÉDICA POSTERIOR A 2 EVALUACIONES MÉDICAS, COMO MÁXIMO. - CON UN PLAN TERAPEÚTICO DEFINIDO.
<ul style="list-style-type: none"> ONCO-HEMATOLOGÍA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN DE ALTA. - PLAN DE ESPECIALISTA ONCO /HEMATOLOGÍA. - PRONÓSTICO. 	<ul style="list-style-type: none"> - RETORNO A MEDICINA INTERNA/ FAMILIAR, SI PACIENTE ESTA EN PROTOCOLO DE REMISIÓN. - RETORNO A HEMATOONCOLOGIA SI ESTA EN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO POR HEMATOONCOLOGÍA. - RETORNO A CUIDADOS PALIATIVOS - RETORNO A CUIDADOS PALIATIVOS - 2 EVALUACIONES MÉDICAS, COMO MÁXIMO Y CON UN PLAN TERAPEUTICO DEFINIDO.
INTERCONSULTA.		
<ul style="list-style-type: none"> AJUSTE O CAMBIO DE DOSIS (OPTIMIZACIÓN) DE PATOLOGÍA ÍNDICE AGUDA PARA LOGRAR OBTENER METAS DE CONTROL. 		

REFERENCIA DESDE LA EMERGENCIA A CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI).		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> PATOLOGÍA CRÓNICA DESCOMPENSADA, SIN CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO, PARA CONTROL DE EPICRISIS POR MÉDICO CAPACITADO. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERENCIA. - EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE DE ACUERDO CON PATOLOGÍA ÍNDICE. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE CONDICIÓN MÉDICA POSTERIOR A 2 EVALUACIONES MÉDICAS, COMO MÁXIMO Y RETORNO A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR/ GENERAL A PACIENTES CON ESTRATIFICACION DE RIESGO VERDE Y CON UN PLAN TERAPEUTICO DEFINIDO.
<ul style="list-style-type: none"> CONTROL MÉDICO POR NIVEL DE PRESCRIPCIÓN Y CRITERIO DE USO SEGÚN LOM. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERENCIA. - ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE CONDICIÓN MÉDICA POSTERIOR A 2 EVALUACIONES MÉDICAS, COMO MÁXIMO Y RETORNO A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR/ GENERAL A PACIENTES CON ESTRATIFICACION DE RIESGO VERDE Y CON UN PLAN TERAPEUTICO DEFINIDO.
<ul style="list-style-type: none"> PATOLOGÍA ÚNICA DEBUTANTE CON NECESIDAD DE SEGUIMIENTO PARA CONTROL SUBSECUENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERENCIA. - EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE DE ACUERDO CON PATOLOGIA INDICE. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE CONDICIÓN MÉDICA POSTERIOR A 2 EVALUACIONES MÉDICAS, COMO MÁXIMO. - Y RETORNO A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR/ GENERAL A PACIENTES CON ESTRATIFICACION DE RIESGO VERDE Y CON UN PLAN TERAPEUTICO DEFINIDO.

REFERENCIA DESDE LA EMERGENCIA A CONSULTA EXTERNA A PACIENTES CON ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO AMARILLO.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> PATOLOGÍA CRÓNICA DESCOMPENSADA, SIN CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO, PARA CONTROL DE EPICRISIS POR MÉDICO CAPACITADO. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERENCIA. - EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE DE ACUERDO CON PATOLOGÍA INDICE. 	<ul style="list-style-type: none"> - RETORNO A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR/ GENERAL A PACIENTES CON ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO VERDE Y CON UN PLAN TERAPEÚTICO DEFINIDO.
<ul style="list-style-type: none"> CONTROL MÉDICO POR NIVEL DE PRESCRIPCIÓN, SEGÚN PORTAFOLIO DE SERVICIO. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERENCIA. - ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE. 	
<ul style="list-style-type: none"> PATOLOGÍA ÚNICA DEBUTANTE CON NECESIDAD DE SEGUIMIENTO PARA CONTROL SUBSECUENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERENCIA. - EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE DE ACUERDO CON PATOLOGÍA INDICE. 	



REFERENCIA A MEDICINA INTERNA DESDE LA CONSULTA EXTERNA.

CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> PATOLOGÍA CRÓNICA DESCOMPENSADA, SIN CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO. 	<ul style="list-style-type: none"> EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE DE ACUERDO CON PATOLOGIA INDICE 	<ul style="list-style-type: none"> RETORNO A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR/ GENERAL A PACIENTES CON ESTRATIFICACION DE RIESGO VERDE Y CON UN PLAN TERAPEUTICO DEFINIDO.
<ul style="list-style-type: none"> ENFERMEDADES CRÓNICAS DEBUTANTES YA COMPENSADAS POSTERIOR A MANEJO MEDICO OPTIMO DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL. (EJ: PATOLOGÍA TIROIDEA, HEMATOLÓGICAS, NEUROLÓGICAS) NIVEL DE PRESCRIPCIÓN Y CRITERIO DE USO DE FÁRMACOS. 	<ul style="list-style-type: none"> EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE DE ACUERDO CON PATOLOGIA INDICE EJEMPLO: <ul style="list-style-type: none"> PATOLOGÍA TIROIDEA: TSH HEMATOLÓGICA: HEMOGRAMA COMPLETO, FSP, Y RETICULOCITOS. EXAMEN FÍSICO NEUROLÓGICO DETALLADO. 	<ul style="list-style-type: none"> RETORNO A MEDICO GENERAL /FAMILIAR. A PACIENTES CON ESTRATIFICACION DE RIESGO VERDE Y CON UN PLAN TERAPEUTICO DEFINIDO

INTERCONSULTA.

- EVALUACIÓN DE CONDICIONES MÉDICAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA (DE ACUERDO A LA CARGA Y ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO O DESCOMPENSACIÓN AGUDA DE ENFERMEDAD CRÓNICA CONCOMITANTE).
- EVALUACION DE CONDICIONES MÉDICAS EN PACIENTE GINECO-OBSTÉTRICA (SOLICITADA POR GINECOLOGO O PERINATOLOGO).
- ESTABLECER UNA ESTRATIFICACIÓN DE RIEGO POR:
 - OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO
 - APROBACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALES DE LABORATORIO Y DE GABINETE.
- EVALUACIONES INTEGRALES PREOPERATORIAS.
- SOLICITUD DE EVALUACION POR CUALQUIER ESPECIALIDAD MÉDICO-QUIRURGICA.
- NIVEL DE PRESCRIPCIÓN.
- LECTURA DE ELECTROCARDIOGRAMA.
- DUDA DIAGNÓSTICA.

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.

CONDICIÓN	VARIABLE	PUNTAJE
<ul style="list-style-type: none"> APOYO SOCIAL. 	- SI.	0
	- NO.	2
<ul style="list-style-type: none"> CONDICIÓN FUNCIONAL. 	- ADECUADA.	0
	- NO ADECUADA.	3
<ul style="list-style-type: none"> CONDICIÓN COGNITIVA. 	- CON DÉFICIT COGNITIVO.	4
	- SIN DÉFICIT COGNITIVO.	0
<ul style="list-style-type: none"> ADHERENCIA AL TRATAMIENTO 	- SI	0
	- NO	2
<ul style="list-style-type: none"> EDAD 	- <19 AÑOS	0
	- 20-59	1
	- 60-74	2
	- 75-89	3
	- >90 AÑOS	4
<ul style="list-style-type: none"> MULTIMORBIDO (3 PATOLOGÍAS O MÁS), Y CON 1 PATOLOGIA DESCOMPENSADA QUE MARQUE PROGRESION Y SEVERIDAD EN SU EVOLUCIÓN. 	- SI.	4
	- NO.	0
<ul style="list-style-type: none"> CONTROL ÓPTIMO DE COMORBILIDADES. 	- SI.	0
	- NO.	4
<ul style="list-style-type: none"> PATOLOGÍA ONCOLÓGICA CON COMORBILIDADES. 	- SI.	4
	- NO.	0
<ul style="list-style-type: none"> VISITAS A URGENCIAS POR DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍA DE BASE EN EL ÚLTIMO AÑO. 	- 4 O MÁS VISITAS.	4
	- DE 2- 3 VISITAS.	2
	- 1 VISITA.	1
<ul style="list-style-type: none"> INGRESOS HOSPITALARIOS POR DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍA DE BASE EN EL ÚLTIMO AÑO. 	- 3 Ó MÁS.	4
	- DE 2-3 INGRESOS.	3
	- 1 INGRESO.	2
<ul style="list-style-type: none"> POLIMEDICACIÓN* (>6 FÁRMACOS). 	- SI.	4
	- NO.	0
TOTAL		PUNTAJE
<ul style="list-style-type: none"> RIESGO ROJO (CAI MEDICINA INTERNA). 		>16
<ul style="list-style-type: none"> RIESGO AMARILLO (MEDICINA INTERNA). 		9-15
<ul style="list-style-type: none"> RIESGO VERDE (REFERENCIA A MEDICINA GENERAL-FAMILIAR). 		1-8

*SEGÚN LOM POLIFARMACIA O POLIMEDICACIÓN ES EL USO DE 4 O MÁS MEDICAMENTOS DE FORMA SIMULTÁNEA Y PERMANENTE. POR CONSENSO DE EXPERTOS Y PARA EFECTOS DE REFERENCIA A MEDICINA INTERNA SE CONSIDERARÁN MÁS DE 6 FÁRMACOS COMO VARIABLE PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.



ANEXO 1.12. MEDICINA NUCLEAR.

INGRESO A MEDICINA NUCLEAR POR CÁNCER DE TIROIDES		
CONDICIÓN	VARIABLE	PUNTAJE
• CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.	- SI. - NO.	5 0
• INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA 3B EN DELANTE.	- SI. - NO.	4 0
• OTRAS COMORBILIDADES.	- NO COMPENSADA. - COMPENSADA.	5 2
• TRAQUEOSTOMÍA.	- SI. - NO.	3 0
• EDAD.	- MAYOR DE 75 AÑOS. - MENOR DE 75 AÑOS.	5 0
• METASTASIS A DISTANCIA.	- SI. - NO.	15 0
• RECURRENCIA POSTERIOR A PRIMER TRATAMIENTO CON YODO.	- SI. - NO.	5 0
• CANCER DE TIROIDES CON INVASIÓN LOCAL.	- SI. - NO.	4 0
• CANCER DE TIROIDES CON INVASIÓN DE LA CAPSULA.	- SI. - NO.	2 0
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.		
• RIESGO GRAVE.		>15 PUNTOS
• RIESGO MODERADO.		3-14 PUNTOS
• RIESGO LEVE.		0-2 PUNTOS.

CRITERIOS DE REFERENCIA A MEDICINA NUCLEAR.		
CONDICIÓN	REQUISITOS	RETORNO
• CA DE TIROIDES CON GESTIÓN CLÍNICA PREVIA DE AGENDAMIENTO ENTRE MÉDICO SOLICITANTE SEGÚN ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.	- TIROIDECTOMIZADO (TOTAL) - HIPOTIROIDISMO (SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTO CON TSH >30 UUI/ML). - TIROGLOBULINA. - CLASIFICACION HISTOLOGICA: PAPILAR O FOLICULAR.	- DESCRIPCIÓN DE LA CANTIDAD DE YODO ADMINISTRADO Y LOS EFECTOS SECUNDARIOS A LA APLICACIÓN.



ANEXO 1.13. NEFROLOGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEFROLOGÍA.		
HIPERTENSION ARTERIAL.		
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.		
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.	LABORATORIO.	GABINETE
<ul style="list-style-type: none"> • HTA. REFRACTARIA (HIPERTENSIÓN NO CONTROLADA CON USO DE 3 ANTIHIPERTENSIVOS, INCLUIDO UN DIURÉTICO Y CON ADHERENCIA ADECUADA DEL PACIENTE A LA TERAPEÚTICA.) CON UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS : <ul style="list-style-type: none"> ○ TFGE MENOR DE 45 ML/MIN. ○ PROTEINURIA MAYOR DE 300 MG/24 HRS. ○ HEMATURIA MACROSCÓPICA SIN CAUSA UROLÓGICA (ESTUDIO UROLÓGICO DE HEMATURIA PREVIO) ○ ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS PERSISTENTES. 	<ul style="list-style-type: none"> - CREATININA CON TFGE. - BUN. - NA-K - HEMOGRAMA. - GSA, SI ES REFERIDO POR ALTERACIONES DEL POTASIO Y ESTEN DISPONIBLES EN EL CENTRO QUE REFIERE. - PROTEINAS EN ORINA DE 24 HRS (SI ES CAUSA DE REFERENCIA). - COLESTEROL Y TGC - EGO. 	<ul style="list-style-type: none"> - USG RENAL. - RX DE TÓRAX. - EKG.
<ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN CLINICO : 		

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEFROLOGÍA.		
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.		
DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS.	LABORATORIO*	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> • INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA) • INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AGUDIZADA (IRCA) • EPISODIO DE RABDOMIOLISIS CON ANTECEDENTES DE USO DE AINES, FIBRATOS RADIOCONTRASTE; ENTRE OTRAS CAUSAS DE AGUDIZACIÓN. • CUADROS INFECCIOSOS CON DESARROLLO DE IRA-IRCA • CAUSAS NO DEFINIDAS DE IRA-ERC. . (e-3b). • PROGRESIÓN DE DETERIORO DE TFG MAYOR DE 10-15 ML/AÑO DE DIVERSAS PATOLOGÍAS. • PACIENTES CON CRITERIOS DE INICIO DE TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL DEBERÁ SER REFERIDO A UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HMQ Y DE HOSPITALES REGIONALES. • PACIENTE OCTOGENARIO CON ALTERACIONES DE PRUEBAS DE FUNCION RENAL DEBE SER EVALUADO DE FORMA PREVIA POR GERIATRÍA/MEDICINA INTERNA. • TUBULOPATIAS • GLOMERULOPATIAS • ALTERACIONES DEL SEDIMENTO URINARIO. • CILINDRURIA. • CRISTALURIA. • LITIASIS RENAL NO OBSTRUCTIVA. • ALTERACIONES ELECTROLITICAS EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL. • INFECCION RECURRENTE DE VIAS URINARIAS EN LITIASIS RENAL. • USO DE INHIBIDORES DE PROTEASAS MAS LITIASIS RENAL. • HIPERURICOSURIA COMPROBADA CON NIVEL DE URATO EN ORINA DE 24 HRS. 	<ul style="list-style-type: none"> - CREATININA CON TFGE. - EGO. - CPK. - HEMOGRAMA. - ELECTROLITOS SÉRICOS. - CALCIO EN ORINA DE 24 HRS. - ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HRS (DE ESTAR INDICADO). CUANDO APLIQUE* 	<ul style="list-style-type: none"> - USG RENAL (INDISPENSABLE) - PIELO-TAC, DE ESTAR DISPONIBLE.

NEFROLOGÍA (REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS).			
DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS.	RESUMEN CLÍNICO.	LABORATORIO.	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> • ALTERACIONES DEL SEDIMENTO URINARIO. <ul style="list-style-type: none"> ○ CILINDRURIA. ○ CRISTALURIA. 	<ul style="list-style-type: none"> - EXÁMENES QUE SUSTENTEN EL HALLAZGO. 		



<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEDAD RENAL. POLIQUÍSTICA (ERPQ) EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DEFINIDO POR USG RENAL. • HEMATURIA CON ERPQ. • PROTEINURIA CON ERPQ. • DM MAS ERPQ. • HTA MAS ERPQ. 	<ul style="list-style-type: none"> - INVESTIGACION FAMILIAR DE POSIBLES CASOS RELACIONADOS DE ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA. 	<ul style="list-style-type: none"> - CREATININA MAS TFGE. - HEMOGRAMA. - ELECTROLITOS. - EGO. 	<ul style="list-style-type: none"> - USG RENAL (INDISPENSABLE)
<ul style="list-style-type: none"> • HEMATURIA PERSISTENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> - EVALUACIÓN PREVIA POR UROLOGÍA - EN CASO DE HEMATURIA MACROSCÓPICA DESCARTAR ORIGEN UROLÓGICO. 	<ul style="list-style-type: none"> - CREATININA MAS TFGE. - EGO MAS % DISMORFISMO DE ERITROCITOS EN ORINA. - CANTIDAD DE ACANTOSITOS EN ORINA. 	<ul style="list-style-type: none"> - ESTUDIO PREVIO POR UROLOGIA PARA DESCARTAR CAUSA EXTRA GLOMERULAR.
<ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN CLÍNICO : 			

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.	
VARIABLE.	PUNTAJE.
• GÉNERO.	- FEMENINO (1 PTS.)
	- MASCULINO (2 PTS.)
• EDAD.	- 18-45 AÑOS (2 PTS.)
	- 46-60 AÑOS (3 PTS.)
	- > 60 AÑOS (4 PTS.)
• TASA DE FILTRADO GLOMERULAR.	- > 60 ML /MIN (0 PTS.)
	- 59-45 ML /MIN (8 PTS.)
	- 44-30 ML /MIN (14 PTS.)
	- <30 ML /MIN (16 PTS.)
• PROTEINURIA.	- <300 MG/DÍA (0 PTS)
	- 300-500 MG/DÍA (2 PTS.)
	- 501-1 GR/DÍA (10 PTS.)
	- 1.3-3.5 GR/DÍA (14 PTS.)
• DIABETES MELLITUS.	- >3.5 GR/DÍA (18 PTS.)
	- NO (0 PTS.)
	- NO INSULINO DEPENDIENTE (1 PTS.)
• HIPERTENSION ARTERIAL.	- INSULINO DEPENDIENTE (2 PTS.)
	- <140/90 (0 PTS.)
	- 140-159/90-99(10 PTS.)
• ANEMIA.	- >160/100(16 PTS.)
	- HB < 10 (10 PTS.)
	- HB 10-12 (2 PTS.)
• OBESIDAD,	- HB >12 (0 PTS.)
	- IMC <30 (0 PTS.)
	- IMC 30-34.9 (2 PTS.)
	- IMC 35-39.4 (4 PTS.)
• TABAQUISMO ACTIVO,	- IMC > 40 (8 PTS.)
	- NO (0 PTS.)
• ANTECEDENTE FAMILIAR,	- SI (4 PTS.)
	- EN 1º GRADO (10PTS.)
	- EN 2º GRADO (1 PT.)
- NO (0 PTS.)	
PUNTUACIÓN MÁXIMA: 90 PUNTOS.	
• RIESGO BAJO, MENOR DE 5 PTS.	>6 MESES
• RIESGO INTERMEDIO: 6-10 PTS.	4-6 MESES
• RIESGO ALTO: > 10 PTS.	1-3 MESES



ANEXO.1.14. NEUMOLOGÍA. (ADENDA # 1. 05-05-2020)

CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUMOLOGÍA.			
CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES.			
DIAGNÓSTICOS.	REQUISITOS		
1) RINITIS SIN INDICACIÓN QUIRÚRGICA. 2) RINOSINUSITIS CRÓNICA CON SINTOMAS PERSISTENTES A PESAR DE TRATAMIENTO (MANEJO CONJUNTO CON OTORRINOLARINGOLOGÍA Y ALERGOLOGÍA). 3) DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK (-) Y TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR. 4) TRASTORNOS PULMONARES ASOCIADOS A ENFERMEDADES SISTÉMICAS. 5) ABORDAJE DE RADIOGRAFÍA TORÁCICA ANORMAL. 6) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TOS CRÓNICA. 7) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MALIGNIDAD TORÁCICA Y SUS COMPLICACIONES. 8) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES HUERFANAS (FIBROSIS QUÍSTICA Y SARCOIDOSIS). 9) ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. 10) ENFERMEDAD ESTRUCTURAL CON COMPROMISO FUNCIONAL O BRONCORREA. 11) ENFERMEDAD PLEURAL. 12) REHABILITACION PULMONAR.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HISTORIA CLÍNICA COMPLETA. ▪ ESTUDIO RADIOLÓGICO ACTUALIZADO DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA Y MOMENTO CLINICO ACTUALIZADO. 	EN CASOS REFERIDOS POR NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO, LA REFERENCIA ES SUFICIENTE.	
13) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISNEA SIN CAUSA DETERMINADA.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ESTUDIO DE DISNEA CARDÍACA Y RESPIRATORIA, INCLUIDO ESTUDIO RADIOLÓGICO ACTUALIZADO DE ACUERDO A PATOLOGÍA Y MOMENTO CLÍNICO. 		
14) ASMA NO CONTROLADA-PARCIALMENTE CONTROLADA (ASMA DE CUALQUIER TIPO Y GRAVEDAD Y GRAVEDAD CON RIESGO DE MUERTE)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ESPIROMETRÍA. 		
15) EPOC GOLD 2-4, GRUPOS DEL B AL D	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ESPIROMETRÍA QUE DEMUESTRE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL. ▪ ESTUDIO RADIOLÓGICO ACTUALIZADO ACORDE. 		
16) APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIAR).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HEMATOLOGÍA BÁSICA. ESTUDIO METABÓLICO. ▪ ESTUDIO RADIOLÓGICO ACTUALIZADO. 		
17) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA. OXIGENO DOMICILIAR DE LARGA DURACION.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SEGÚN NORMA. 		
18) HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR CLASE FUNCIONAL II-IV* (EDUCACION DEL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL, PREVENCIÓN SECUNDARIA).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ECOCARDIOGRAMA. ▪ ESTUDIO RADIOLÓGICO ACTUALIZADO DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA Y MOMENTO CLÍNICO. 		
EVALUACIÓN NEUMOLÓGICA PREOPERATORIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INDICACIÓN PRECISA DE LA EVALUACIÓN SEGÚN NORMA DE ANESTESIA. ▪ NINGÚN ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE. 		
CRITERIOS DE RETORNO A PRIMER NIVEL:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CONTROL DE PACIENTE CON INFECCION DE PACIENTE RESPIRATORIA AGUDA Y CRÓNICA AGUDIZADA. ▪ SINTOMATICO RESPIRATORIO. ▪ TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN NORMATIVA. 			
CRITERIOS DE RETORNO A SEGUNDO NIVEL:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASMA CONTROLADA ▪ EPOC GOLD 1 GRUPO A ▪ EPOC GOLD 1 RETORNADO DE TERCER NIVEL ▪ RINITIS NO COMPLICADA (INTERMINENTE - LEVE). ▪ PATOLOGÍA ESTRUCTURAL ESTABLE (BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA, NO BRONCORREICAS). ▪ HIPERTENSIÓN PULMONAR CLASE FUNCIONAL I, ESTABLE, RETORNADA DEL TERCER NIVEL. ▪ ENGROSAMIENTO PLEURAL CON COMPROMISO FUNCIONAL LEVE, SECUELAS DE TUBERCULOSIS. ▪ SEGUIMIENTO DE OLDD CON VISITA DOMICILIAR INCLUIDA. 			



CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUMOLOGÍA.

CONSULTA DE ESPECIALIDADES.

DIAGNÓSTICO.	REQUISITO.
REQUISITOS PARA EVALUACIÓN PREOPERATORIA.	ESPIROMETRÍA, RADIOGRAFÍA DE TORAX Y GASES ARTERIALES.
CRITERIOS DE RETORNO A PRIMER NIVEL	
<ul style="list-style-type: none"> • CONTROL DE PACIENTE CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y CRÓNICA AGUDIZADA. • SINTOMÁTICO RESPIRATORIO. • TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN NORMATIVA. 	
CRITERIOS DE RETORNO A SEGUNDO NIVEL: MEDICINA INTERNA –NEUMOLOGÍA.	
<ul style="list-style-type: none"> • ASMA CONTROLADA. • EPOC GOLD 1 GRUPO A. • EPOC GOLD 1 RETORNADO DE TERCER NIVEL. • RINITIS NO COMPLICADA (INTERMITENTE -LEVE). • PATOLOGÍA ESTRUCTURAL ESTABLE (BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA, NO BRONCORREICAS). • HIPERTENSIÓN PULMONAR CLASE FUNCIONAL I, ESTABLE, RETORNADA DEL TERCER NIVEL. • ENGROSAMIENTO PLEURAL CON COMPROMISO FUNCIONAL LEVE, SECUELAS DE TUBERCULOSIS. • SEGUIMIENTO DE OLDD CON VISITA DOMICILIAR INCLUIDA. 	

ASMA

NIVEL DE CONTROL

	SI	NO	BUEN CONTROL	CONTROL PARCIAL	DESCONTROLADO
• HA TENIDO EL PACIENTE EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.			- SI LA SUMA ES CERO (0)	- SI LA SUMA ES MENOR O IGUAL A 2	- SI LA SUMA ES MAYOR O IGUAL A 3 (ASIGNAR 4 PUNTOS)
• SÍNTOMAS DIURNOS DE ASMA MAS DE 2 VECES POR SEMAN	1	0			
• DESPERTAR NOCTURNO POR ASM	1	0			
• USO DE SALBUTAMOL (A NECESIDAD) MAS DE 2 VECES POR SEMAN	1	0			
• CUALQUIER LIMITACIÓN DE SU ACTIVIDAD DEBIDO A ASM	1	0			
TOTAL					

FACTORES

FACTORES

• FACTORES DE RIESGO PARA EXACERVACIÓN.	1
• INTUBACIÓN POR ASMA.	1
• SINTOMAS COTIDIANOS.	2
• HABER TENIDO 1 EXACERVACIÓN DE ASMA EN EL ÚLTIMO AÑO.	1
• VEF 1 BAJO (MEDIR AL INICIO, A LOS 3 MESES O 6 MESES Y PERIÓDICAMENTE DESDE ENTONCES).	1
• TÉCNICA DE INHALACIÓN INCORRECTA O ADHERENCIA ESCASA.	1
• FUMAR.	1
• OBESIDAD.	1



[Handwritten signature]

• EOSINOFILIA EN SANGRE.	1					
• EMBARAZO.	1					
• OTRO.	1					
TOTAL						
• PUNTUACIÓN POR CONTROL						
• PUNTUACIÓN POR FACTORES DE RIESGO						
CITA MÉDICA						
ALTA Y REFERENCIA	1 AÑO	6 MESES	3 MESES	A DISCRECIÓN		
0	1	2	3	4	5	>5
QUE NO SE DEBA A SINTOMAS EN ÚLTIMO MES, SI LOS SÍNTOMAS DE ASMA SON INTENSOS, CITAR A DISCRECIÓN.						

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.					
FEV 1					
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
>80 %	GOLD 1	1			
50-79%	GOLD 2		2		
30-49%	GOLD 3			3	
<29 %	GOLD 4				4
CAT					
<10	POCOS SINTOMAS	1		1	
>10	MUY SINTOMÁTICO		2		2
EXACERBACIONES /AÑO.					
< 1	BAJO RIESGO	1	1		
>2	ALTO RIESGO			2	2
TOTAL					
GRUPO SEGÚN GOLD	PUNTAJE DE RIESGO			INTÉRVALO	
GRUPO A	3			ALTA O UN AÑO	
GRUPO B	5			6 MESES	
GRUPO C	6			3 MESES O A DISCRECIÓN	
GRUPO D	8				



RINITIS.		
CONDICIÓN		PUNTAJE
• INTERMITENTE.	<ul style="list-style-type: none"> - PRESENCIA DE SÍNTOMAS: <ul style="list-style-type: none"> o MENOS DE CUATRO DIAS EN 1 SEMANA O o MENOS DE CUATRO SEMANAS CONSECUTIVAS 	- ASIGNAR 1 PUNTO SI ES INTERMITENTE O PERSISTENTE.
• PERSISTENTE.	<ul style="list-style-type: none"> - PRESENCIA DE SÍNTOMAS: <ul style="list-style-type: none"> o MAS DE CUATRO DIAS EN 1 SEMANA. Y o POR MAS DE CUATRO DEMANAS CONSECUTIVAS. 	
• LEVE.	<ul style="list-style-type: none"> - AUSENCIA DE : <ul style="list-style-type: none"> o TRASTORNO DE SUEÑO. o DETERIORO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS. o PROBLEMAS EN LA ESCUELA O EL TRABAJO POR LOS SÍNTOMAS O SUS CONSECUENCIAS. o LOS SÍNTOMAS ESTAN PRESENTES PERO NO SON PROBLEMÁTICOS. 	- ASIGNAR 0 SI ES INTERMITENTE Y 1 SI ES PERSISTENTE
• MODERADA/GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> - PRESENCIA DE UNA O MÁS DE LAS CONDICIONES SIGUIENTES: <ul style="list-style-type: none"> o TRASTORNO DEL SUEÑO o DETERIORO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE OCIO O DEPORTE. o PROBLEMAS EN LA ESCUELA O EL TRABAJO. o SÍNTOMAS PROBLEMÁTICOS. 	- ASIGNAR 2 SI ES MODERADA O GRAVE
• RIESGO ESPECIAL.	<ul style="list-style-type: none"> - ASOCIADO A ASMA NO CONTROLADA - ASOCIADA A SAOS - CAMBIOS ESTRUCTURALES DE NARIZ Y SENOS PARANASALES. 	- ASIGNAR 1 SI COEXISTE CUALQUIERA DE ESTAS CARACTERÍSTICAS.
TOTAL		
INTÉRVALO		PUNTAJE
• ANUAL O ALTA.		1
• 6 MESES.		2
• 3 MESES (MANEJO CONJUNTO).		3



ANEXO 1.15. NEUROCIRUGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUROCIRUGÍA

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

DIAGNÓSTICOS.	REQUISITOS.	RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> LUMBOCIÁTICA CRÓNICA CON O SIN IRRADIACION A MIEMBROS INFERIORES. 	<ul style="list-style-type: none"> - MRI POSITIVA, CON LECTURA DE RADIOLOGO. 	<ul style="list-style-type: none"> - SOLVENCIA DE PATOLOGÍA POR LA VIA NEUROQUIRÚRGICA. (ALTA) - ESTABLECIMIENTO CLÍNICO DE PATOLOGÍA SIN CRITERIOS DE RESOLUCIÓN NEUROQUIRÚRGICA SE INDICARA ALTA DEFINITIVA O RETORNO A INSTANCIA RESPECTIVA.
<ul style="list-style-type: none"> LESIONES CEREBRALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - TAC Y /O MRI ANORMAL, CON LECTURA DE RADIOLOGO. 	
<ul style="list-style-type: none"> CERVICOBRAQUIALGIA CRÓNICA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RAYOS EQUIS SIMPLES DE COLUMNA CERVICAL ANORMAL. - MRI ANORMAL, CON LECTURA DE RADIOLOGO. 	
<ul style="list-style-type: none"> HIDROCEFALIA NO COMUNICANTE 	<ul style="list-style-type: none"> - TAC CEREBRAL. 	
<ul style="list-style-type: none"> REFERENCIAS A NEUROCIRUGÍA EMITIDAS ECLUSIVAMENTE POR : <ul style="list-style-type: none"> ALGOLOGÍA. CIRUGÍA GENERAL. FISIATRÍA. NEUROLOGÍA. 		
<ul style="list-style-type: none"> RESUMEN CLINICO: 		

LUMBOCIÁTICA CRÓNICA.

FACTOR DE RIESGO	VARIABLE	PUNTAJE
<ul style="list-style-type: none"> REALIZA UN ESFUERZO FÍSICO. 	- ALTO.	10
	- BAJO.	3
<ul style="list-style-type: none"> SOBREPESO. 	- IMC ALTO.	10
	- IMC BAJO.	3
<ul style="list-style-type: none"> EDAD. 	- MAYOR DE 40 AÑOS.	8
	- MENOR DE 40 AÑOS.	6
TOTAL		
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.		
<ul style="list-style-type: none"> ROJO (RIESGO ALTO). 		>14 PUNTOS
<ul style="list-style-type: none"> AMARILLO (INTERMEDIO). 		12 PUNTOS

TUMOR CEREBRAL.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
<ul style="list-style-type: none"> EXPOSICIÓN A RADIACIÓN. 	- ALTA.	10
	- BAJA.	2
<ul style="list-style-type: none"> TIPO HISTOLÓGICO. 	- REPORTE HISTOLOGICO POSITIVO (CON MALIGNIDAD).	10
	- REPORTE HISTOLOGICO NEGATIVO (SIN MALIGNIDAD).	3
<ul style="list-style-type: none"> ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO. 	- MARCADORES ALTOS.	9
	- MARCADORES BAJOS.	4
<ul style="list-style-type: none"> EDAD. 	- MAYORES A 50 AÑOS.	8
	- MENORES A 49 AÑOS.	2
TOTAL		
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.		
<ul style="list-style-type: none"> ROJO (RIESGO ALTO). 		> 20 PUNTOS
<ul style="list-style-type: none"> AMARILLO (RIESGO INTERMEDIO). 		11-17 PUNTOS



COMPRESION MEDULAR.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE
• INTERFIERE CON LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	- MUCHO.	8
	- POCO.	3
• TUMORES.	- PRIMARIO. (NACEN DIRECTAMENTE)	10
	- SECUNDARIO.	7
• ENFERMEDAD DEGENERATIVA.	- DISCO.	8
	- LIGAMENTO.	8
	- FACETAS.	8
	- COMPLEJO OSTEOLIGAMENTARIO.	8
• EDAD.	- MAYOR DE 50 AÑOS.	8
	- MENOR DE 49 AÑOS.	2
TOTAL		
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.		
• ROJO (ALTO RIESGO).		>16 PUNTOS
• AMARILLO (RIESGO INTERMEDIO).		12-15 PUNTOS



ANEXO 1.16. NEUROLOGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUROLOGÍA.		
DIAGNÓSTICOS.	LABORATORIO.	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> • EPILEPSIAS. 	HEMOGRAMA. GLUCOSA EN AYUNAS. TGO Y TGP. CREATININA.	ELECTRO-ENCEFALOGRAMA. TAC CEREBRAL
ESPECIFICACIONES DE NEUROLOGÍA.		
<ul style="list-style-type: none"> • NO MEJORA CON UN TRATAMIENTO ADECUADO TANTO EN DOSIS COMO EN TIEMPO, UTILIZANDO LA PRIMERA LÍNEA DE MEDICAMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> ○ FENOBARBITAL 100 A 200 MGS. CADA DÍA EN UNO O DOS DOSIS. ○ FENITOÍNA 200 A 400 MGS. CADA DÍA EN UNA A TRES DOSIS. ○ CARBAMAZEPINA 400 A 800 MGS. CADA DÍA DIVIDIDO EN TRES DOSIS. ○ ÁCIDO VALPROICO.1000 A 1500 MGS. CADA DÍA DIVIDIDO EN TRES DOSIS. 		
<ul style="list-style-type: none"> • CEFALEAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMOGRAMA. - GLUCOSA. - CREATININA. - TGO Y TGP. 	<ul style="list-style-type: none"> - RX DE COLUMNA CERVICAL. - RX DE SENOS PARANASALES. - TAC CEREBRAL.
CRITERIOS CLÍNICOS		
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE ADOLECIENDO DE CEFALEAS CRÓNICA DIARIA QUIEN YA RECIBIÓ TRATAMIENTO POR UN MÍNIMO DE SEIS MESES CON PROFILÁCTICOS COMO: <ul style="list-style-type: none"> ○ AMITRIPTILINA 12.5 A 100 MGS. CADA DÍA. ○ ÁCIDO VALPROICO 500 A 1000 MGS. • MIGRAÑAS CON CRISIS E INCAPACIDADES FRECUENTES CON MALOS RESULTADOS A UN ESQUEMA DE TRATAMIENTO PROFILÁCTICO POR LO MENOS POR TRES MESES CON: <ul style="list-style-type: none"> ○ AMITRIPTILINA 12.5 A 100 MGS. CADA DÍA. ○ PROPRANOLOL 20 A 80 MGS. CADA DÍA DIVIDIDO EN UNA A TRES DOSIS. ○ ÁCIDO VALPROICO 500 A 1000 MGS. CADA DÍA DIVIDIDO EN DOS DOSIS. 		

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUROLOGÍA.		
DIAGNÓSTICO.	LABORATORIO.	GABINETE.
<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR • INFARTO O HEMORRAGIA CEREBRAL INSTALADO. • MOTIVOS DE CONSULTA: REAGUDIZACIÓN, CONVULSIONES. 	<ul style="list-style-type: none"> - DESCRIBIR ESTUDIOS REALIZADOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - DESCRIBIR ESTUDIOS REALIZADOS.
CENTROS AUTORIZADOS PARA REFERENCIA A NEUROLOGÍA.		
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE POST-ALTA HOSPITALIZACIÓN DE HOSPITAL GENERAL, HOSPITAL MÉDICO – QUIRÚRGICO Y ONCOLÓGICO, POLICLÍNICO ZACAMIL, POLICLÍNICO ARCE, HOSPITALES REGIONALES Y UNIDADES MÉDICAS PERIFÉRICAS (UMP). 		
<ul style="list-style-type: none"> • OBSTRUCCIÓN CAROTIDEA (ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO) 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMOGRAMA COMPLETO. - TP Y TPT. - FIBRINÓGENO. - LDL Y HDL. 	<ul style="list-style-type: none"> - DOPPLER CAROTIDEO Y VERTEBRAL.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUROLOGÍA.
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.
CON DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO O SOSPECHA DIAGNÓSTICA.
<ul style="list-style-type: none"> • NEUROPATÍA ÓPTICA O NEURITIS ÓPTICA. • SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE U OTRAS NEUROPATÍAS INMUNOLÓGICAS. • MIELITIS. • PARKINSONISMO O ENFERMEDAD DE PARKINSON. • DEMENCIA O ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (INDEPENDIENTE DE LA EDAD, SE REFERIRA A NEUROLOGÍA PARA ESTABLECER DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO). • ESCLEROSIS MÚLTIPLE. • ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. • ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA. • ENCEFALITIS. • NEUROCISTICERCOSIS. • SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA. • ATAXIA. • HIDROCEFALIA.



CEFALEAS		
1	• DIAGNÓSTICO.	EVALUACION
	o MIGRAÑA O CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA CON Y SIN ABUSO.	2
	o CEFALEA EN RACIMOS.	2
	o HEMICRANEALGIA CONTÍNUA.	2
	o CEFALEA THUNDERCLAP.	2
	o DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y NEURALGIA TRIGÉMINO.	1
	o CEFALEA TENSIONAL O MIGRAÑAS EPISÓDICAS.	0
2	• FRECUENCIA DEL DOLOR.	
	o MÁS DE 15 DIAS POR MES.	2
	o 1 A 4 POR MES.	1
	o UNA VEZ AL MES U OCASIONAL.	0
3	• FRECUENCIA DE STATUS.	
	o 1 A 4 CRISIS POR MES.	2
	o CADA 3 MESES.	1
	o OCASIONAL.	0
4	• USO DE PROFILACTICOS.	
	o SI.	2
	o IRREGULAR.	1
	o NO.	0
5	• ABORTIVOS DEL DOLOR.	
	o COMBINACIÓN DE TRIPTANES AINES Y ESTEROIDES.	2
	o ERGOTÁMICOS, ACETAMINOFEN O DICLOFENACO ORAL.	1
	o ACETAMINOFEN U OTRO ANÁLGESICO A DOSIS BAJAS.	0
6	• FRECUENCIA DE INCAPACIDAD.	
	o MENSUAL.	2
	o TRIMESTRAL.	1
	o 6 MESES A MÁS.	0
7	• RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO.	
	o NINGUN RESULTADO, NO CONTROL.	2
	o CONTROL PARCIAL.	1
	o CONTROL TOTAL.	0
8	• ESCOLARIDAD.	
	o PRIMARIA.	2
	o SECUNDARIA.	1
	o SUPERIOR.	0
9	• TIPO DE TRABAJO.	
	o JORNADAS NOCTURNAS.	2
	o JORNADAS COMBINADAS.	1
	o JORNADAS DIURNAS.	0
	TOTAL	PUNTAJE.
	• RIESGO ALTO.	14 A MAS
	• RIESGO INTERMEDIO.	8-13 PUNTOS
	• RIESGO BAJO.	HASTA 7 PUNTOS



SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR.

1.	• TIEMPO DE EVOLUCIÓN.	EVALUACIÓN
	○ MENOS DE 6 MESES.	2
	○ MENOS DE 12 MESES.	1
	○ MÁS DE UN AÑO.	0
2	• ARRITMIAS CARDIACAS.	
	○ NO CONTROLADA.	2
	○ CONTROLADA.	1
	○ NO.	0
3	• MICARDIOPATÍA DILATADA.	
	○ NO COMPENSADA.	2
	○ COMPENSADA.	1
	○ NO.	0
4	• HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	
	○ NO CONTROLADA.	2
	○ CONTROLADA.	1
	○ NO.	0
5	• DIABETES MELLITUS.	
	○ NO CONTROLADA.	2
	○ CONTROLADA.	1
	○ NO.	0
6	• HIPERLIPIDEMIAS.	
	○ NO CONTROLADA.	2
	○ CONTROLADA.	1
	○ NO.	0
7	• OBSTRUCCIÓN CAROTIDEA	
	○ OBSTRUCCIÓN DE 70% O MÁS.	2
	○ OBSTRUCCIÓN MENOR DE 70 %.	1
	○ NORMALES.	0
8	• DEFICIT MOTOR.	
	○ DEFICIT MOTOR LEVE A MODERADO.	2
	○ HEMIPLEJÍA.	1
	○ CUADRIPLJEJÍA.	0
9	• TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.	
	○ WARFARINA U OTROS ANTICOAGULANTES.	2
	○ CLOPIDOGREL.	1
	○ ASPIRINA	0
10	• APOYO FAMILIAR.	
	○ NINGUNO.	2
	○ PARCIAL.	1
	○ ADECUADO.	0
11	• APEGO AL TRATAMIENTO.	
	○ NO.	2
	○ PARCIAL.	1
	○ ADECUADO.	0
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		>DE 12 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		6-11 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		< 5 PUNTOS



CRITERIOS DE INDICACIÓN DE ELECTROENCEFALOGRAMA.

- EL ELECTROENCEFALOGRAMA ESTÁNDAR PODRÁ SER INDICADO POR MEDICINA GENERAL, MEDICINA FAMILIAR Y MEDICINA INTERNA.
- EL ELECTROENCEFALOGRAMA NEONATAL PODRÁ SER INDICADO POR LA ESPECIALIDAD DE NEONATOLOGÍA.

- **INDICACIONES DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA POR EPILEPSIA:**
 - SOSPECHA CLÍNICA DE EPILEPSIA.
 - RECONSIDERACIÓN DEL DIAGNÓSTICO INICIAL DE EPILEPSIA.
 - CLASIFICACIÓN DE LA EPILEPSIA.
 - CAMBIOS EN EL PATRÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS.
 - SOSPECHA CLÍNICA DE ESTADO EPILÉPTICO NO CONVULSIVO.
 - MONITOREO DE ESTADO EPILÉPTICO.
 - MONITOREO DE FRECUENCIA DE CRISIS.
 - MONITOREO DE EFECTO DE MEDICACIÓN ANTEPIILÉPTICA.
 - CONSIDERACIÓN DE RETIRO DE MEDICAMENTOS ANTEPIILÉPTICOS.

- **INDICACIONES DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA POR CAUSA NO EPILÉPTICA:**
 - CRISIS PSICÓGENAS NO EPILÉPTICAS.
 - PERDIDA DE LA CONCIENCIA EN ESTUDIO.
 - ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA.
 - ENCEFALOPATÍAS.
 - DEMENCIA.
 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.
 - CAMBIOS PAROXÍSTICOS DEL COMPORTAMIENTO.
 - SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS PAROXÍSTICOS.
 - COMA.
 - MUERTE ENCEFÁLICA.
- CERTIFICADO DE LICENCIA DE CONDUCIR O CERTIFICADO DE VUELO.

- LOS ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGÍA SE INDICARAN DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES COMPRENDIDAS EN LOS: "LINEAMIENTOS PARA LA INDICACIÓN DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS EN EL ISSS"

ENFERMEDAD DE PARKINSON.

1.	• EDAD.	EVALUACIÓN
	○ < 50 AÑOS.	2
	○ < 60 AÑOS.	1
	○ 60 AÑOS O MÁS.	0
2	• ESCALA DE HOEHN Y YAHR MODIFICADA	
	○ 4 A MÁS.	2
	○ MENOR DE 4.	1
	○ GRADO DE 0 A 2.	0
3	• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
	○ DOPAMINÉRGICOS, RASAGILINA, ENTACAPONE.	2
	○ RASAGILINA Y/O ENTACAPONE.	2
	○ LVD+CBD+DOPAMINÉRGICOS.	1
	○ MONOTERAPIA.	0
4	• DISCAPACIDAD	
	○ DEPENDIENTE.	2
	○ SINTOMÁTICO E INDEPENDIENTE.	1
	○ INDEPENDIENTE.	0
5	• APOYO FAMILIAR	
	○ NINGUNO.	2
	○ INSUFICIENTE.	1
	○ ADECUADO.	0
6	• LABORAL	
	○ DISCAPACITADO.	2
	○ PARCIAL.	1
	○ NORMAL.	0
TOTAL		PUNTAJE
• RIESGO ALTO.		8 - 12 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		4 - 7 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0 - 3 PUNTOS



EPILEPSIA.		
	TRATAMIENTO.	EVALUACIÓN.
1	<ul style="list-style-type: none"> • TRATAMIENTO ○ POLITERAPIA, INCLUYE FÁRMACOS DE TERCERA LÍNEA ○ DOS FÁRMACOS DE PRIMERA O SEGUNDA LÍNEA ○ UN FÁRMACO 	2 1 0
2	<ul style="list-style-type: none"> • TIPO DE CRISIS ○ FOCALES, FOCALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS, MIOCLÓNICAS, ATÓNICAS ○ TÓNICO CLÓNICAS GENERALIZADAS (TCG) ○ TCG CONTROLADAS POR MÁS DE 3 AÑOS 	2 1 0
3	<ul style="list-style-type: none"> • FRECUENCIA DE LAS CRISIS ○ POR LO MENOS UNA EN 3 MESES ○ POR LO MENOS UNA EN 6 MESES ○ ANUAL O SIN CRISIS 	2 1 0
4	<ul style="list-style-type: none"> • ESTUDIOS DE IMÁGENES (TAC, RMI) ○ LESIÓN ESTRUCTURAL ○ ANORMALIDADES INESPECÍFICAS ○ NORMAL 	2 1 0
5	<ul style="list-style-type: none"> • ELECTROENCEFALOGRAMA ○ ACTIVIDAD EPILEPTIFORME FOCAL ○ ANORMAL DIFUSO ○ NORMAL 	2 1 0
6	<ul style="list-style-type: none"> • COMPROMISO FUNCIONAL ○ IMPORTANTE E INCAPACITANTE ○ FUNCIONABILIDAD PARCIAL ○ COMPLETAMENTE FUNCIONAL 	2 1 0
7	<ul style="list-style-type: none"> • EDAD ○ HASTA LOS 40 AÑOS ○ 41 A LOS 59 AÑOS ○ MAYOR DE 60 AÑOS 	2 1 0
8	<ul style="list-style-type: none"> • APEGO AL TRATAMIENTO ○ NULO ○ INCOMPLETO ○ ADECUADO 	2 1 0
9	<ul style="list-style-type: none"> • ESCOLARIDAD ○ HASTA PRIMARIA INCOMPLETA ○ SECUNDARIA ○ SUPERIOR 	2 1 0
10	<ul style="list-style-type: none"> • APOYO FAMILIAR ○ NINGUNO ○ PARCIAL ○ COMPLETO 	2 1 0
TOTAL		
RIESGO.		PUNTAJE.
• ALTO RIESGO.		11 O MÁS PUNTOS.
• RIESGO INTERMEDIO.		6 – 10 PUNTOS.
• RIESGO BAJO.		0 – 5 PUNTOS.



DEMENCIA.		
	VARIABLE.	EVALUACIÓN.
1	<ul style="list-style-type: none"> • EDAD. ○ MENOR DE 40 AÑOS. ○ DE 40 A 60 AÑOS. ○ MAYOR DE 60 AÑOS. 	2 1 0
2	<ul style="list-style-type: none"> • DIAGNÓSTICO. ○ RÁPIDAMENTE PROGRESIVAS Y DEGENERATIVAS SUBCORTICALES. ○ DEGENERATIVA – CORTICAL. 	2 1
3	<ul style="list-style-type: none"> • GRADO. ○ LEVE. ○ MODERADA. ○ SEVERA. 	2 1 0
4	<ul style="list-style-type: none"> • CUIDADOR. ○ NO. ○ SI. 	2 1
5	<ul style="list-style-type: none"> • CLINICA DE LA ENFERMEDAD. ○ CON DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y/O AGRESIVIDAD. ○ ÚNICAMENTE COGNITIVO. ○ AUSENCIA DE SÍNTOMAS YA DESCRITOS. 	2 1 0
6	<ul style="list-style-type: none"> • EDUCACIÓN A FAMILIARES. ○ NINGUNA. ○ PARCIAL. ○ SUFICIENTE Y ADECUADA. 	2 1 0
TOTAL		
RIESGO		PUNTAJE
• ALTO RIESGO.		8 – 12 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		4 – 7 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0 – 3 PUNTOS



ANEXO 1.17. NUTRIOLOGÍA.

REFERENCIA A CONSULTA EXTERNA DE NUTRIOLOGÍA UBICADA EN HOSPITAL MEDICO-QUIRURGICO Y ONCOLOGÍA.

CONDICIONES	REQUISITOS	RETORNOS, SEGUIMIENTO (SEGUIMIENTO CON NUTRICIONISTA)	ALTA
<ul style="list-style-type: none"> • *PACIENTE ONCOLÓGICO CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL 	<ul style="list-style-type: none"> - NRS2002 MAYOR O IGUAL DE 5 PUNTOS REFERIDO DE HOSPITAL DE 2º, 3º NIVEL Y REGIONALES 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTE CON CÁNCER EN REMISIÓN. - NRS2002 MENOR DE 3 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 AÑO POST REMISIÓN DE ENFERMEDAD
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE CON ALTA SOSPECHA DE CÁNCER. 	<ul style="list-style-type: none"> - NRS2002 MAYOR O IGUAL DE 5 PUNTOS - REFERIDO DE HOSPITAL DE 2º, 3º NIVEL Y REGIONALES 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CONFIRMADO, PASA A MANEJO DE CASILLA 1* 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTE SIN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER - PACIENTE QUE SU INGESTA ES MAYOR DEL 50% - NRS2002 MENOR DE 3
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE CON VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - NRS2002 MAYOR O IGUAL DE 5 PUNTOS - REFERIDO DE HOSPITAL DE 2º, 3º NIVEL Y REGIONALES 	<ul style="list-style-type: none"> - NRS2002 MENOR DE 3 PUNTOS (SEGUIMIENTO CON NUTRICIONISTA) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 AÑO POST REMISIÓN DE ENFERMEDAD

REFERENCIA A CONSULTA EXTERNA DE NUTRIOLOGÍA CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES.

CONDICIONES.	REQUISITOS.	RETORNOS SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> • CIRUGIA MÓRBIDA (FISTULAS ENTEROCUTANEAS, HISTORIA DE ABOMBEN SÉPTICO, ABDOMEN ABIERTO, SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO) 	<ul style="list-style-type: none"> - NRS2002 MAYOR O IGUAL DE 3 PUNTOS - REFERIDO DE HOSPITAL DE 2º, 3º NIVEL Y REGIONALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGÚN CRITERIO DE NUTRIÓLOGO.
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - NRS2002 MAYOR O IGUAL DE 3 PUNTOS - REFERIDO DE HOSPITAL DE 2º, 3º NIVEL Y REGIONALES 	
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE EMBARAZADA CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - EMBARAZO DE ALTO RIESGO CATALOGADO POR PERINATOLOGÍA DE HOSPITAL 1º DE MAYO 	

INTERCONSULTAS INTRA O INTER HOSPITALARIAS.

- PACIENTE QUE AMERITE NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA O CENTRAL.
- PACIENTE QUE AMERITE NUTRICIÓN ENTERAL CON SONDA.

CLASIFICACIÓN DE RIESGO

TOTAL	PUNTAJE
<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO ROJO 	<ul style="list-style-type: none"> • NRS2002 DE 6 A 7 PUNTOS
<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO AMARILLO 	<ul style="list-style-type: none"> • NRS2002 4 A 5 PUNTOS
<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO VERDE 	<ul style="list-style-type: none"> • NRS2002 A PARTIR DE 3 PUNTOS



ANEXO 1.18. ODONTOLOGÍA.

RIESGO GRAVE EN ODONTOLOGÍA.

CONDICIÓN.

- INFLAMACIÓN (ABCESO).
- DOLOR ODONTOLÓGICO AGUDO (PULPALGIAS AGUDAS).
- HEMORRAGIA ODONTO-ESTOMATOLÓGICA
- TRISMO.

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y HEMATO-ONCOLÓGICA.

CONDICIÓN.

- PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA ELECTIVA.
- ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS (EN DIALISIS, TRANSPLANTE RENAL, ETC)
- PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS.
- PACIENTES PVVS.

PROGRAMAS PREVENTIVOS.

CONDICIÓN.

- EMBARAZO.
- PACIENTES DE CLÍNICAS METABOLICAS.
- PROGRAMAS PREVENTIVOS.

ODONTOLOGIA GENERAL.

CRITERIOS.	REQUISITOS.	ALTAS.
• EMBARAZO.	- SEGÚN NORMATIVA.	- AL CUMPLIR PLAN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN NORMATIVA.
• METABOLICOS.	- CONTROL METABÓLICO ÓPTIMO, SEGÚN NORMA. - CON GLUCOSA VIGENTE.	
• PROGRAMAS PREVENTIVOS.	- SIN REQUISITOS.	
• PVVS.	- REFERENCIA POR MÉDICO. TRATANTE	- REFERENCIA/RETORNO DESDE ODONTOLOGIA A MEDICINA GENERAL O ESPECIALIZADA: - PACIENTE NO CONTROLADO O CON PÉRDIDA DE CONTROLES MEDICOS.
• PACIENTES CON INDICACION DE CIRUGÍA ELECTIVA.	- REFERENCIA CON CONTROL ÓPTIMO EN SUS CONDICIONES CRÓNICAS.	
• PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. • COMPLEJAS (EN DIALISIS, TRANSPLANTE RENAL, ETC).		
• PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS.		
• PACIENTES CON PROCESOS ODONTOLÓGICOS AGUDOS.		
• INTERCONSULTA: CUALQUIER SOSPECHA IDENTIFICADA QUE A JUICIO DEL MEDICO NECESITE INTERVENCION DE ESPECIALISTA ODONTOLÓGICO, O NECESIDAD DE EVALUACIÓN POR HALLAZGO ESTOMATOLÓGICO.		



ANEXO 1.19. OFTALMOLOGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) OFTALMOLOGÍA.	
EMERGENCIAS OCULARES.	RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> OJO ROJO AGUDO QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y MAS DE 3 DIAS DE EVOLUCIÓN. TRAUMA OCULAR SEVERO QUE COMPROMETE VISIÓN Y ANEXOS OCULARES. QUEMADURAS QUÍMICAS. PACIENTE CON OJO ROJO Y DISMINUCIÓN RÁPIDAMENTE PROGRESIVA DE AGUDEZA VISUAL POSTERIOR A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, REALIZADA 2 SEMANAS PREVIAS. OJO ROJO DOLOROSO ACOMPAÑADO CON DISMINUCIÓN RÁPIDAMENTE PROGRESIVA DE AGUDEZA VISUAL. DIPLOPIA (VISION DOBLE). NEURITIS OPTICA (EMERGENCIA). CUERPO EXTRAÑO. ÚLCERA CORNEAL QUE NO RESPONDIÓ A TRATAMIENTO. SOSPECHA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE CAUSA OFTALMOLÓGICA, MOTIVO DE REFERENCIA. - RESOLUCION DE PATOLOGIA OCULAR AGUDA. - DESCARTE DE PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA ESPECIALIZADA.
<ul style="list-style-type: none"> RESUMEN CLINICO : 	

OFTALMOLOGÍA.	
ENFERMEDADES CRÓNICAS.	RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> GLAUCOMA (DIAGNÓSTICO POR OFTALMÓLOGO). CATARATAS. PERDIDA LENTA DE VISION SIN CAUSA APARENTE DIABETICOS CON MAS DE 5 AÑOS DE DIAGNÓSTICO. DIABETICOS CON PERDIDA SUBITA DE VISIÓN. RESPUESTA PUPILAR ANORMAL. ECTROPION Y ENTROPIÓN. OJO CIEGO Y DOLOROSO. DACRIOCISTITIS CRONICA Y AGUDA. MIOPIAS CRONICAS O ARRIBA DE 5 DRIOPTIAS. TUMORES ORBITALES DE CUALQUIER TIPO. PTERIGIÓN. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE CAUSA OFTALMOLÓGICA, MOTIVO DE REFERENCIA. - RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA OCULAR AGUDA. - DESCARTE DE PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA ESPECIALIZADA.
RESUMEN CLINICO :	



CATARATAS.

CRITERIOS / CATEGORÍAS.	PUNTAJE.
• DEFICIT VISUAL.	
- AGUDEZA VISUAL CORREGIDA EN EL PEOR OJO ENTRE 20/100 A 20/50 Y CON UNA AGUDEZA VISUAL EN EL MEJOR OJO MAYOR DE 20/50.	1
- AGUDEZA VISUAL CORREGIDA EN EL PEOR OJO MENOR DE 20/100 Y CON UNA AGUDEZA VISUAL EN EL MEJOR OJO MAYOR DE 20/50.	2
- AGUDEZA VISUAL CORREGIDA EN EL MEJOR OJO ENTRE 20/100 Y 20/50.	3
- AGUDEZA VISUAL CORREGIDA EN EL MEJOR OJO MENOR DE 20/100.	4
• PROBABILIDAD DE RECUPERACIÓN.	
- CATARATA SIN COMORBILIDADES.	1
- CATARATA CON: GLAUCOMA AVANZADO (CON AFECCIÓN DE CAMPO VISUAL PARCIAL), SECUELAS DE ENFERMEDAD OCLUSIVA, DEGENERACIONES RETINIANAS Y/O MACULARES, RETINOPATÍAS DIABÉTICAS NO PROLIFERATIVAS.	2
- CATARATA CON: GLAUCOMA AVANZADO (CON AFECCIÓN DE CAMPO VISUAL CENTRAL), SECUELAS DE ENFERMEDAD OCLUSIVA, DEGENERACIONES RETINIANAS Y/O MACULARES, RETINOPATÍA DIABÉTICA AVANZADA.	3
• LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS.	
- SIN LIMITACIÓN DE SU ACTIVIDAD DIARIA.	1
- ALGUNAS LIMITACIONES PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS.	2
- ES INCAPAZ DE REALIZAR LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS.	3
• LIMITACION PARA TRABAJAR.	
- NO TRABAJA O NO TIENE LIMITACIONES PARA TRABAJAR.	1
- SI TIENE LIMITACIONES PARA REALIZAR SU TRABAJO.	2
• TENER ALGUNA PERSONA A SU CARGO.	
- NO TIENE PERSONAS A SU CARGO.	1
- SI TIENE PERSONAS A SU CARGO.	2
• TENER ALGUNA PERSONA QUE LO/LA CUIDE.	
- SI TIENE PERSONA QUE LO CUIDE O ES INDEPENDIENTE.	1
- NO TIENE ALGUNA PERSONA QUE LO CUIDE, ES SOLO.	2

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS.

CATARATAS.

PUNTUACIÓN	RIESGO.	TIEMPO DE ATENCIÓN.
• MENOR DE 5.	- BAJA (VERDE).	CIRUGÍA EN LOS PROXIMOS 3 MESES.
• MAYOR DE 5 A 10.	- MEDIA (AMARILLO).	CIRUGÍA EN UN MES.
• MAYOR O IGUAL A 10.	- ALTA (ROJO).	ATENDER DE INMEDIATO.



GLAUCOMA.

CRITERIOS / CATEGORÍAS	PUNTAJE
DEFICIT VISUAL	
• OJO CON AGUDEZA VISUAL CORREGIDA DE 20/100 O MEJOR, PRESION OCULAR CONTROLADA. CAMPO VISUAL NORMAL O LESION LEVE.	1
• OJO CON AGUDEZA VISUAL CORREGIDA MENOR DE 20/50, PRESION OCULAR CONTROLADA. CAMPO VISUAL ENTRE 20 Y 10 GRADOS BINOCULAR.	2
• OJO CON AGUDEZA VISUAL CORREGIDA MENOR DE 20/100, PRESION NO CONTROLADA, CAMPO VISUAL MENOR DE 20 GRADOS. 2 DE 3 CRITERIOS	3
• GLAUCOMA NO CONTROLADO Y CAMPO VISUAL MENOR DE 10 GRADOS INDEPENDIENTE DE LA VISION.	4
• GLAUCOMA AGUDO.	5
LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS	
• SIN LIMITACIÓN DE SU ACTIVIDAD DIARIA	1
• ALGUNAS LIMITACIONES PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS	2
• ES INCAPAZ DE REALIZAR LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS	3
LIMITACION PARA TRABAJAR	
• NO TRABAJA O NO TIENE LIMITACIONES PARA TRABAJAR	1
• SI TIENE LIMITACIONES PARA REALIZAR SU TRABAJO	2
TENER ALGUNA PERSONA QUE LO/LA CUIDE	
• SÍ TIENE PERSONA QUE LO CUIDE O ES INDEPENDIENTE	1
• NO TIENE ALGUNA PERSONA QUE LO CUIDE, ES SOLO	2

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS.

PUNTUACIÓN	PRIORIDAD	TIEMPO DE ATENCIÓN.
• MENOR DE 4.	- BAJA (VERDE).	CIRUGÍA EN LOS PROXIMOS 3 MESES.
• MAYOR DE 4 A 8.	- MEDIA (AMARILLO).	CIRUGÍA EN UN MES.
• ENTRE 8 Y 12.	- ALTA (ROJO).	ATENDER DE INMEDIATO.



ANEXO 1.20 OTORRINOLARINGOLOGÍA.

CONSULTA ATENCION INMEDIATA (CAI) OTORRINOLARINGOLOGÍA.		
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.		
DIAGNÓSTICOS.	ESPECIFICACIONES DE ORL	RETORNO
<ul style="list-style-type: none"> • CUERPOS EXTRAÑOS DE OÍDOS. • CUERPOS EXTRAÑOS DE NARIZ. • CUERPOS EXTRAÑOS DE CAVIDAD ORAL. • CUERPOS EXTRAÑOS DE HIPOFARINGE. • EPISTAXIS REFRACTARIA A TRATAMIENTO. • SORDERA SÚBITA. • TRAUMA ACÚSTICO. • OTITIS EXTERNAS REFRACTARIAS. • OTITIS MEDIA COMPLICADA. • SINUSITIS AGUDAS COMPLICADAS. • FARINGOAMIGDALITIS CRÓNICA Y O RECURRENTE CON CRITERIOS. QUIRÚRGICOS. • ABSCESO DE PABELLÓN AURICULAR • ABSCESOS NAALES. • ABSCESOS PERIAMIGADALINOS. • ABSCESOS CERVICALES. • FISTULAS PREAURICULARES INFECTADAS • HEMATOMAS DE PABELLÓN AURICULAR. • HEMATOMAS SEPTALES. • TUMORACIONES DE OÍDO • TUMORACIONES DE NARIZ Y SENOS PARANASALES. • TUMORACIONES DE CAVIDAD ORAL. • TUMORACIONES DE CUELLO Y TIROIDES • TUMORACIONES DE CUELLO SIN ESPECIFICAR • DISFONÍAS REFRACTARIAS. • CAMBIOS DE CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA. • TRAUMA CRANEOFACIAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - SE ATENDERAN LAS REFERENCIAS EMITIDAS, QUE NO HAN RECIBIDO MANEJO Y QUE POR SU NATURALEZA DEBEN SER ATENDIDAS EL MISMO DIA. - CUADROS CLINICOS CON TRATAMIENTO ADECUADO SE VERAN AL FINALIZAR TRATAMIENTO. - EN MASA DE CUELLO SE ENVIARA CON USG. 	
<ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN CLÍNICO. 		

CONSULTA ATENCION INMEDIATA (CAI) OTORRINOLARINGOLOGÍA		
LESIONES DE NARIZ Y SENOS PARANASALES.		
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS DE REFERENCIA DE OTORRINO A OTORRINO DE ACUERDO A PORTAFOLIO DE SERVICIOS.		
DIAGNÓSTICOS.	REQUISITOS.	RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • FÍSTULAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO. • ENFERMEDADES DE GRAVES QUE REQUIEREN DESCOMPRESIÓN ORBITARIA. • ESTESIONEUROBLASTOMA. • PAPILOMA NASAL INVERTIDO. • POLIPOSIS NASAL. • SINUSITIS COMPLICADAS. • QUISTES NASOGENIANOS. • OSTEOMA FRONTAL. • MUCOCELES. • RINOSINUSITIS FÚNGICA. • NASOANGIOFIBROMA. • TRAUMAS NAALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES (EN CASO DE RINITIS.) - TAC (EN DIAGNÓSTICO DE RINOSINUSITIS, TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE SENOS PARANASALES) - HISOPADO NASAL 	



CONSULTA ATENCION INMEDIATA (CAI) OTORRINOLARINGOLOGÍA

DISFONÍA Y NEOFORMACIONES CERVICALES.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

DIAGNÓSTICOS.	REQUERIMIENTOS.	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.
<ul style="list-style-type: none"> • ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES. • CÁNCER DE LARINGE: SUPRAGLÓTICOS, GLÓTICOS Y SUBGLÓTICOS. • DISFONÍA POR NÓDULOS, PÓLIPOS. • GRANULOMA LARÍNGEO. • PARÁLISIS CORDALES ADUCTORAS Y ABDUCTORAS. • SULCUS VOCALIS (LESIÓN DE CUERDAS VOCALES POSTERIOR A PROCEDIMIENTOS) • DISFONÍA ESPÁSTICA. • QUISTES BRANQUIALES, TIROGLOSOS Y FÍSTULAS. • INFECCIONES PROFUNDAS DE CUELLO. • LINFADENITIS CERVICAL. • METÁSTASIS DE CANCERES CON PRIMARIOS DESCONOCIDOS. • TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLÁNDULA PARÓTIDA. • TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLÁNDULA SUBMAXILAR. 	<ul style="list-style-type: none"> - DISFONÍA DE MÁS DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN REFRACTARIA AL TRATAMIENTO. - SOSPECHA DE PARÁLISIS CORDAL.* - SOSPECHA DE LESIONES POST INTUBACIÓN.**. - TUMORES DE CABEZA Y CUELLO. *** - MASAS CERVICALES INFECCIOSAS Y TUMORALES. **** 	<ul style="list-style-type: none"> - LARINGOSCOPIA INDIRECTA. - NASOFARINGOLARINGOSCOPIA. - TELEFARINGOSCOPIA. - ESTROBOSCOPIA LARÍNGEA. - BIOPSIA DE ADENOPATÍAS. - DRENAJE DE ABSCESOS. - CAAF DE MASAS CERVICALES.
<ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN CLÍNICO : 		

RINOSINUSITIS CRÓNICA.

FACTOR DE RIESGO	VARIABLE	PORCENTAJE
• SÍNTOMAS PRINCIPALES.	<ul style="list-style-type: none"> - SÍNTOMAS AISLADOS. - CRITERIOS MENORES. - CRITERIOS MAYORES. 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2
• PÓLIPOS.	<ul style="list-style-type: none"> - AUSENTES. - PRESENTES. 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1
• TAC DE SENOS PARANASALES.	<ul style="list-style-type: none"> - NORMAL. - ANORMALIDADES ANATÓMICAS. - SINUSITIS LOCALIZADA - PANSINUSITIS. 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3
• CONTROL POST TRATAMIENTO.	<ul style="list-style-type: none"> - ASINTOMÁTICO. - RECURRENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1
• ALERGIA CONCOMITANTE.	<ul style="list-style-type: none"> - AUSENTE - PRESENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> 0 1
TOTAL.		PUNTAJE
• ALTO RIESGO.		6 – 8 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		3 – 5 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0 – 2 PUNTOS



HIPOACUSIA.		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PORCENTAJE.
• EDAD.	- MENOR DE 60 AÑOS.	1
	- MAYOR DE 60 AÑOS.	0
• TIEMPO DE EVOLUCIÓN.	- AÑOS.	0
	- MESES.	1
	- DÍAS.	2
• AFECTACIÓN AUDITIVA.	- UNILATERAL.	1
	- BILATERAL.	2
• ENFERMEDADES ÓTICAS ASOCIADAS.	- NINGUNA.	0
	- ECCEMA.	1
	- CERUMINOSIS.	2
	- OTITIS.	3
• PRESENCIA DE SECRECIÓN EN OIDO	- OIDO SECO.	0
	- OIDO HÚMEDO.	1
• LOCALIZACIÓN DEL DAÑO AUDITIVO (POR CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO)	- OIDO EXTERNO.	0
	- OIDO MEDIO.	1
	- OIDO INTERNO.	2
TOTAL.		PUNTAJE.
• ALTO RIESGO.		9 – 11 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		5 – 8 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0 – 4 PUNTOS

CANCER DE SENOS PARANASALES		
FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PORCENTAJE.
• TIPO DE TUMOR.	- BENIGNO.	0
	- MALIGNO.	1
• TNM.	- ESTADIO I.	0
	- ESTADIO II.	1
	- ESTADIO III.	2
	- ESTADIO IV.	3
• PRESENCIA DE SANGRADO.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• CONTROL POST TRATAMIENTO.	- AUSENTE.	0
	- RECURRENTE.	1
• SINUSITIS RESIDUAL.	- AUSENTE.	0
	- PRESENTE.	1
• EDAD.	- MENOS DE 60 AÑOS.	0
	- MAYOR DE 60 AÑOS.	1
• METÁSTASIS.	- AUSENTE.	0
	- LOCAL.	1
	- DISEMINADA.	2
TOTAL		PUNTAJE
• ALTO RIESGO.		7 – 10 PUNTOS
• RIESGO INTERMEDIO.		4 – 6 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0 – 3 PUNTOS



VERTIGO.

FACTOR DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• DURACIÓN DEL EVENTO.	- MINUTOS.	0
	- HORAS.	1
	- DÍAS.	2
• SÍNTOMAS ÓTICOS.	- AUSENTES.	0
	- PRESENTES.	1
• SÍNTOMAS VAGALES.	- AUSENTES.	0
	- PRESENTES.	1
• SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS.	- AUSENTES.	0
	- PRESENTES.	1
• CONTROL DEL EVENTO.	- RESPUESTA ADECUADA.	0
	- REFRACTARIO.	1

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

• ALTO RIESGO.	4-6 PUNTOS
• RIESGO AMARILLO.	2-3 PUNTOS
• RIESGO VERDE.	0-1 PUNTO

INTERCONSULTA.

- OTALGIA.
- RINITIS NO ALERGICA, DEBERÁ CONTAR CON RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES.
- FARINGITIS CRÓNICA.
- VERTIGO PERIFERICOS DEBERÁ CONTAR PREVIAMENTE CON EVALUACIÓN POR MEDICINA INTERNA.



ANEXO 1.21. ORTOPEDIA.

SINDROME DOLOR ARTICULAR DE RODILLA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE ALTA/ RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> DOLOR ARTICULAR QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO Y CON EVOLUCIÓN MAYOR DE 6 MESES. PACIENTES CON TRAUMA QUE SE HA DESCARTADO FRACTURA Y CONTINÚA CON DOLOR LUEGO DE TRATAMIENTO MÉDICO AGUDOS. PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DERRAME ARTICULAR. 	<ul style="list-style-type: none"> RX AP Y LATERAL DE RODILLA DE PIE O CON APOYO. 	<ul style="list-style-type: none"> ALTA: PACIENTE QUE HA RESUELTO CON TRATAMIENTO MÉDICO O FISIOTERAPÉUTICO. PACIENTE CON PRÓTESIS DE RODILLA REHABILITADO. RETORNO: PACIENTE QUE NO ACEPTA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUE ES RETORNADO CON UN PLAN DE MANEJO DEL DOLOR.
<ul style="list-style-type: none"> INTERCONSULTA: CELULITIS DE RODILLA PARA DESCARTAR ARTRITIS SÉPTICA, LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS A NIVEL DE RODILLA. 		

SINDROME DOLOR ARTICULAR DE CADERA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA	REQUISITOS	CRITERIOS DE ALTA.
<ul style="list-style-type: none"> DOLOR ARTICULAR CRÓNICO MAYOR DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS. PACIENTES CON TRAUMA QUE SE HA DESCARTADO FRACTURA Y CONTINUA CON DOLOR LUEGO DE TRATAMIENTO MÉDICO PACIENTE CON LESIÓN SOSPECHOSA POR EXAMEN DE GABINETE. 	<ul style="list-style-type: none"> RX AP DE PELVIS 	<ul style="list-style-type: none"> ALTA: PACIENTE QUE HA RESUELTO CON TRATAMIENTO MÉDICO O FISIOTERAPÉUTICO. PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA REHABILITADO. RETORNO: PACIENTE QUE NO ACEPTA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUE ES RETORNADO CON UN PLAN DE MANEJO DEL DOLOR. PACIENTE CON MANEJO DE DOLOR POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
<ul style="list-style-type: none"> INTERCONSULTA: PATOLOGÍAS ARTICULARES CON DOLOR DE CADERA. 		

SINDROME DOLOR ARTICULAR DE TOBILLO Y PIÉ.		
CRITERIOS DE REFERENCIA	REQUISITOS	CRITERIOS DE ALTA.
<ul style="list-style-type: none"> DOLOR ARTICULAR CRÓNICO MAYOR DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS. PACIENTES CON TRAUMA QUE SE HA DESCARTADO FRACTURA Y CONTINÚA CON DOLOR LUEGO DE TRATAMIENTO MÉDICO. PACIENTE CON LESIÓN SOSPECHOSA POR EXAMEN DE GABINETE. 	<ul style="list-style-type: none"> RX AP Y L DE TOBILLO RX AP Y OBLICUA DE PIE 	<ul style="list-style-type: none"> ALTA: PACIENTE QUE HA RESUELTO CON TRATAMIENTO MÉDICO O FISIOTERAPÉUTICO. RETORNO: PACIENTE QUE NO ACEPTA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUE ES RETORNADO CON UN PLAN DE MANEJO DEL DOLOR. PACIENTE CON MANEJO DE DOLOR POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
<ul style="list-style-type: none"> INTERCONSULTA: EVALUACIÓN DE PACIENTES CON MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. 		



SINDROME DOLOR ARTICULAR DE HOMBRO Y CODO.

CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE ALTA.
<ul style="list-style-type: none"> • DOLOR ARTICULAR CRÓNICO MAYOR DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS. • PACIENTES CON TRAUMA QUE SE HA DESCARTADO FRACTURA Y CONTINÚA CON DOLOR LUEGO DE TRATAMIENTO MÉDICO. • PACIENTE CON LESIÓN SOSPECHOSA POR EXAMEN DE GABINETE. 	<ul style="list-style-type: none"> - RX AP Y OBLICUA DE HOMBRO (Y) - RX AP Y L DE CODO. - ULTRASONOGRAFÍA DE HOMBRO. 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA: PACIENTE QUE HA RESUELTO CON TRATAMIENTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O FISIOTERAPÉUTICO. - PACIENTE CON PRÓTESIS DE HOMBRO REHABILITADO. - RETORNO: PACIENTE QUE NO ACEPTA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUE ES RETORNADO CON UN PLAN DE MANEJO DEL DOLOR. - PACIENTE CON MANEJO DE DOLOR POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
<ul style="list-style-type: none"> • INTERCONSULTA: EVALUACIÓN DE PACIENTES CON MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. 		

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN ORTOPEDIA

• RIESGO ALTO	- FRACTURAS, TRAUMAS, DERRAMES ARTICULARES y LUXACIONES
• RIESGO INTERMEDIO.	- LESIONES MUSCULO TENDINOSO. - LESIONES CONDRALES (OSTEOARTROSIS).
• RIESGO BAJO	- FASCITIS PLANTAR (AL CUMPLIR CRITERIOS DE REFERENCIA LINEAMIENTOS DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR MAS FRECUENTES EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL).



ANEXO 1.22. PEDIATRÍA. (ADENDA # 1. 05-05-2020)

ATENCIÓN DE EMERGENCIA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS DE REFERENCIA.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> NEUMONÍA. DIARREA CON DESHIDRATACIÓN. DIARREA DE ALTO GASTO. INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL. TRAUMA. CARDIOPATÍA CIANÓTICA/ ACIANOTICA DESCOMPENSADA SÍNDROMES CONVULSIVOS EN CRISIS O PERIODO POST ICTAL. MORDEDURA GRAVE POR ANIMAL TRANSMISOR DE RABIA. SOSPECHA DE SEPSIS. ENFERMEDADES CRÓNICAS PEDIÁTRICAS DESCOMPENSADA. CRISIS ASMÁTICA. FIEBRE ALTA SIN FOCO APARENTE. SOSPECHA DE NEUROINFECCIÓN. SOSPECHA DE CUERPO EXTRAÑO EN OJOS Y ORIFICIOS NATURALES. CUERPO EXTRAÑO CON SOSPECHA DE OBSTRUCCIÓN DE VIAS AEREAS CUALQUIER OTRA CONDICIÓN QUE A CRITERIO MÉDICO CONSIDERA NECESARIO. CRISIS CONVULSIVA FEBRILES Y NO FEBRILES. QUEMADURAS OCULAR POR ÁLCALI. TRAUMA OCULAR. TRAUMAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGÚN PORTAFOLIO DE SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - AL ESTABILIZAR CONDICIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA. - ALTA PRECOZ DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. - SÍNDROME CONVULSIVO CRÓNICO PEDIÁTRICO. - DENGUE GRAVE. (AL CUMPLIR CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA, PARA SEGUIMIENTO EN MEDICINA GENERAL).
<ul style="list-style-type: none"> DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA. ANEMIA GRAVE. 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMOGRAMA MÁS PLAQUETAS. 	
<ul style="list-style-type: none"> PARTO EXTRA HOSPITALARIO. 	<ul style="list-style-type: none"> - CUMPLIMIENTO DE NORMA DE HECHOS VITALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA AL ALTA.
INTERCONSULTA A PEDIATRÍA.		
CRITERIOS DE INTERCONSULTA.		
<ul style="list-style-type: none"> DESNUTRICIÓN. CARDIOPATÍA ACIANÓTICA. DIARREA CRÓNICA. RECURRENCIA DE IVU. REFLUJO GASTROESOFÁGICO. TALLA BAJA. ENCOPRESIS. ENURESIS.. SOSPECHA DE VIOLENCIA FAMILIAR. SOSPECHA DE ABUSO. DOLORES DE CRECIMIENTO. CONTROL MÉDICO DE ENFERMEDAD DESCOMPENSADA CON PEDIATRA. SOSPECHA DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO. MARCHA ATÓPICA. SÍNDROME DE VÍA ÚNICA. ADENOPATÍAS. SOSPECHA DE HERNIA. SOBREPESO-OBESIDAD. ANEMIA REFRACTARIA. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA. ENFERMEDAD RESPIRATORIA RECURRENTE. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y RECURRENTE. ENFERMEDAD AGUDA MAS COMORBILIDAD. 		
<ul style="list-style-type: none"> RESUMEN CLÍNICO: 		



ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN PEDIATRÍA.

CONDICIÓN.	VARIABLE.	PUNTAJES.
• PATOLOGIA RESPIRATORIA CRÓNICA.	- SI.	1
	- NO.	0
• ASMA.	- LEVE.	1
	- MODERADA.	6
	- GRAVE.	12
• CARDIOPATÍA.	- CIANÓTICA.	12
	- ACIANOTICA.	6
• PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.	- SI.	12
	- NO.	0
• TUBERCULOSIS.	- CONTACTO TB.	1
	- DIAGNOSTICO TB.	3
• VIH.	- SI.	6
	- NO.	0
• SINDROME SIDA.	- SI.	12
	- NO.	0
• SINDROME CONGENITO ZIKA.	- SI.	3
	- NO.	0
• SINDROME DOWN.	- PATOLOGIA ASOCIADA.	2
	- NO PATOLOGIA ASOCIADA.	1
• MALNUTRICIÓN.	- SINDROME METABOLICO.	3
	- OBESIDAD.	2
	- SOBREPESO.	1
	- DESNUTRICIÓN.	1
	- DESNUTRICION SEVERA.	3
• PREMATUREZ.	- SECUELAS DE PREMATUREZ.	6
	- SIN SECUELAS.	1
• PATOLOGIA TIROIDEA.	- SI.	1
	- NO.	0
• CONDICION GENETICA.	- SI.	6
	- NO.	0
• SINDROME RENAL.	- SI.	6
	- NO.	0

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PEDIÁTRICO.

RIESGO	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE.	12
• RIESGO MODERADO.	8 - 11
• RIESGO LEVE.	0 - 7

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN NEONATOLOGÍA.

CONDICIÓN.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• PESO AL NACER.	- 2500 -3999 GR.	0
	- >4000 GR.	1
	- 2000-2499 GR.	2
	- 1500-1999 GR.	3
	- <1500 GR.	4
• EDAD GESTACIONAL.	- <30 SEMANAS.	4
	- 30-34 SEMANAS.	3
	- 34-36 SEMANAS.	2
	- 37 - 41 SEMANAS.	0
	- >42 SEMANAS.	1



• ANOMALÍA CONGÉNITA MAYOR.	- SI.	2
	- NO.	0
• ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.	- ESTANCIA EN UCIN.	3
	- ESTANCIA EN UC INTERMEDIOS.	2
	- ESTANCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS.	1
	- NO INGRESADOS	0
• CONDICIONES MATERNAS QUE AFECTAN AL RECIÉN NACIDO.	- SI.	1
	- NO.	0
• COMORBILIDADES NEONATALES	- SI.	2
	- NO.	0

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO NEONATAL.

RIESGO.	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE	12-31
• RIESGO MODERADO	6-11
• RIESGO LEVE	0-5
TOTAL	



ANEXO 1.24. PSICOLOGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) PSICOLOGÍA.		
A POLICLÍNICO ARCE.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO O ALTA.
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN: CON 1 AÑO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO SIN MEJORÍA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA: RESOLUCIÓN FAVORABLE DE SU TRASTORNO. - RETORNO: HAYA DESARROLLADO HABILIDADES Y COMPETENCIAS QUE LE PERMITAN MANEJAR EL AGENTE ESTRESOR. - QUE A CRITERIO DEL PSICÓLOGO ESTE APTO PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO AL NIVEL DE MENOR COMPLEJIDAD.
<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNO PSICÓTICO: <ul style="list-style-type: none"> o PACIENTE ESTABLE CON TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO. o QUE A CRITERIO DEL MÉDICO QUE PUEDA BENEFICIARSE DE LA PSICOTERAPIA 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA: RESOLUCIÓN FAVORABLE DE SU TRASTORNO. - RETORNO: HAYA DESARROLLADO HABILIDADES Y COMPETENCIAS QUE LE PERMITAN MANEJAR EL AGENTE ESTRESOR. - QUE A CRITERIO DEL PSICÓLOGO ESTE APTO PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO AL NIVEL DE MENOR COMPLEJIDAD.
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO O ALTA.
<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: <ul style="list-style-type: none"> o PACIENTE ESTABLE CON TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO. o QUE A CRITERIO DEL MÉDICO SEA DE BENEFICIO LA PSICOTERAPIA 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA. o TRATAMIENTOS INDICADOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA: RESOLUCIÓN FAVORABLE DE SU TRASTORNO. - RETORNO: HAYA DESARROLLADO HABILIDADES Y COMPETENCIAS QUE LE PERMITAN MANEJAR EL AGENTE ESTRESOR. - QUE A CRITERIO DEL PSICÓLOGO ESTE APTO PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO AL NIVEL DE MENOR COMPLEJIDAD.
<ul style="list-style-type: none"> • ESTRÉS POSTRAUMA. • PACIENTE REQUIERA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN FORMA INMEDIATA 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS o AGREGAR EL AGENTE ESTRESOR 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA: RESOLUCIÓN FAVORABLE DE SU TRASTORNO. - RETORNO: HAYA DESARROLLADO HABILIDADES Y COMPETENCIAS QUE LE PERMITAN MANEJAR EL AGENTE ESTRESOR. - QUE A CRITERIO DEL PSICÓLOGO ESTE APTO PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO AL NIVEL DE MENOR COMPLEJIDAD.
<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNO ADAPTATIVO: <ul style="list-style-type: none"> o PACIENTE NO MEJORO CON EL TRATAMIENTO INICIAL. o PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS MAYOR DE 3 MESES 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS o AGREGAR EL AGENTE ESTRESOR 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA: RESOLUCIÓN FAVORABLE DE SU CONDICIÓN - RETORNO: HAYA DESARROLLADO HABILIDADES Y COMPETENCIAS QUE LE PERMITAN MANEJAR EL AGENTE ESTRESOR. - QUE A CRITERIO DEL PSICÓLOGO ESTE APTO PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO AL NIVEL DE MENOR COMPLEJIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS: <ul style="list-style-type: none"> o PACIENTE ATENDIDO INDIVIDUALMENTE SIN PRESENTAR MEJORÍA EN SU CONDICIÓN o PACIENTE TRATADO POR 1 AÑO SIN MEJORÍA DE SU ADICCIÓN. o ADICCIONES CONDUCTUALES EMOCIONALES Y TECNOLÓGICAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA. o TRATAMIENTOS INDICADOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA: PACIENTE QUE HA DESARROLLADO HABILIDADES Y COMPETENCIAS QUE LE PERMITAN MANEJAR SU ADICCIÓN Y DEBERÁ CONTINUAR SU TRATAMIENTO GRUPO DE ALCOHÓLICO ANÓNIMOS - RETORNO A PSICÓLOGO DE CENTRO DE ATENCIÓN QUE LO REFIRIÓ: QUE A CRITERIO DEL PSICÓLOGO ESTE APTO PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO AL NIVEL DE MENOR COMPLEJIDAD.
<ul style="list-style-type: none"> • NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA: SI EL PACIENTE HA DESARROLLADO ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> • HABITOS NOCIVOS DE SALUD (TABACO, ALCOHOL, RECREACIÓN INADECUADA, MALOS HÁBITOS DE SUEÑO). 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> - CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. - TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA - TRATAMIENTOS INDICADOS 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA/RETORNO: DESARROLLAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNOS DEL SUEÑO. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: <ul style="list-style-type: none"> o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA/RETORNO: PACIENTE QUE DESARROLLÓ HÁBITOS DE HIGIENE DE SUEÑO.



	<ul style="list-style-type: none"> o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS o A CRITERIO DEL MÉDICO PUEDA BENEFICIARSE DEL TRATAMIENTO SOLICITADO 	
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER PARA EVALUACIÓN DE ESTADO EMOCIONAL Y TRATAMIENTO. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS o A CRITERIO DEL MÉDICO QUE EL PACIENTE PUEDA BENEFICIARSE DE LA EVALUACIÓN SOLICITADA 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA/RETORNO: PACIENTE EN FASE DE RESOLUCIÓN Y ACEPTACIÓN DE SU EXPERIENCIA Y CONDICIÓN DE VIDA.
<ul style="list-style-type: none"> • TRANSTORNOS ALIMENTARIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS o A CRITERIO DEL MÉDICO QUE EL PACIENTE PUEDA BENEFICIARSE DEL TRATAMIENTO SOLICITADO. 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA/RETORNO: PACIENTE HAYA DESARROLLADO HÁBITOS SALUDABLES DE ALIMENTACIÓN - PACIENTE QUE HA DESARROLLADO FORTALEZA PARA MANTENERSE ESTABLE EN RELACIÓN A LA INGESTA DE ALIMENTOS.
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTES CON RIESGO SUICIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RESUMEN CLÍNICO: o PACIENTE QUE HAYA PASADO SU FASE AGUDA o CONSIGNACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE. o TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PATOLOGÍA o TRATAMIENTOS INDICADOS o A CRITERIO DEL MÉDICO QUE EL PACIENTE PUEDA BENEFICIARSE DEL TRATAMIENTO SOLICITADO. 	<ul style="list-style-type: none"> - ALTA/RETORNO: PACIENTE QUE HAYA LOGRADO UN ADECUADO MANEJO DE LOS DETONANTES DE SU ALTERACIÓN. - SIN IDEACIÓN SUICIDA.

• INTERCONSULTA: RASGOS DEPRESIVOS, ESTADO DE NEGACIÓN, ANSIOSOS, ESTRÉS, DUELO Y ALTERACIÓN CONDUCTUAL EN GENERAL O AGRESIVIDAD DE PACIENTES ENCAMADOS.

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.

<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO ALTO. 	<ul style="list-style-type: none"> - ESTRÉS POST TRAUMA. - PACIENTE CON RIESGO SUICIDA.
<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO INTERMEDIO. 	<ul style="list-style-type: none"> - ANSIEDAD: ATAQUE DE PÁNICO - PACIENTES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER PARA EVALUACIÓN DE ESTADO EMOCIONAL Y TRATAMIENTO. - TRANSTORNOS ALIMENTARIOS. - INTERVENCIÓN EN CRISIS.
<ul style="list-style-type: none"> • RIESGO BAJO 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN. - TRASTORNO PSICÓTICO. - TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. - TRASTORNO ADAPTATIVO. - DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS. - ADICIONES CONDUCTUALES EMOCIONALES Y TECNOLÓGICAS. - NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. - HABITOS NOCIVOS DE SALUD. - TRASTORNOS DEL SUEÑO.



ANEXO 1.25. PSIQUIATRÍA.

TRASTORNO DE PÁNICO.		
CONDICIÓN	VARIABLE	PUNTAJE
• EDAD,	- <40 AÑOS. - >40 AÑOS.	1 0
• ESCALA DE PÁNICO DE BANDELOW.	- PUNTAJE > 20. - PUNTAJE < 20.	1 0
• EFECTO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.	- NO. - SI.	1 0
• CONDICIÓN MÉDICA ASOCIADA.	- CARDIOVASCULAR/PULMONAR/NEUROLÓGICO/ ENDOCRINOLÓGICO/OTRA CONDICIÓN. - NINGUNA.	1 0
• TRATAMIENTO PREVIO CON PSICOFÁRMACO.	- SI. - NO.	1 0
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.		PUNTAJE.
• RIESGO ALTO.		5 PUNTOS
• RIESGO MEDIO.		3-4 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		1-2 PUNTOS

TRASTORNO DE PÁNICO.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	LABORATORIO Y GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • CUMPLA CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO VERDE POSTERIOR A MANEJO POR 3 MESES SIN MEJORÍA CLÍNICA. 	<ul style="list-style-type: none"> - EKG NORMAL - PRUEBAS TIRÓIDEAS NEGATIVAS - NO CONSUMO DE SUSTANCIAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - SIN SINTOMATOLOGÍA DURANTE 6 MESES CON TRATAMIENTO. - INCORPORADO A GRUPO DE APOYO - TENER DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO - TRATAMIENTO ADECUADO - PACIENTE ESTABLE
<ul style="list-style-type: none"> • CRITERIO DE INTERCONSULTA: ALTA SOSPECHA DE TRASTORNO DE PÁNICO CON PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE NEGATIVA. 		

PATOLOGÍAS DE REFERENCIA A EMERGENCIA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • EPISODIO PSICÓTICO AGUDO. • TRASTORNO BIPOLAR (FASE MANÍACA) (DESCOMPENSADO) • INTENTO O IDEACIÓN SUICIDA. • EPISODIO DEPRESIVO GRAVE. (DEPRESIVO AGITADO O CON INTENTO SUICIDA). 	<ul style="list-style-type: none"> - CON EVALUACIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA, SEGÚN CONDICIÓN. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGÚN CRITERIO MEDICO

TRASTORNOS DEPRESIVOS.		
CRITERIOS DE REFERENCIA	REQUISITOS	CRITERIOS DE RETORNO
<ul style="list-style-type: none"> • DEPRESIÓN MODERADA-GRAVE DE AL MENOS DOS SEMANAS. • EVOLUCIÓN. • IDEAS DE MUERTE. • RESULTADO TERAPEÚTICO. • INSATISFACTORIO AL SER TRATADO POR MEDICINA GENERAL POR AL MENOS DOS SEMANAS EN DEPRESIONES LEVES. • TODA DEPRESIÓN GRAVE DEBE SER REFERIDA • TODA DEPRESIÓN TRATADA A DOSIS ADECUADA Y QUE NO MEJORE A 4 SEMANAS DE TRATAMIENTO ADECUADO. 	<ul style="list-style-type: none"> - SIN COMORBILIDAD MÉDICA QUE EXPLIQUE LOS SINTOMAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE SINTOMAS POR MAS DE 6 MESES CON TRATAMIENTO. - TENER DIAGNOSTICO ESTABLECIDO. - TRATAMIENTO ADECUADO. - PACIENTE ESTABLE.
INTERCONSULTA: SINTOMAS DEPRESIVOS POST PARTO POR MAS DE DOS SEMANAS, EFECTOS SECUNDARIOS A PSICOFARMACOS.		



TRASTORNOS DEPRESIVOS.		
FACTORES DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• COMORBILIDAD PSIQUIATRICA.	- SI. - NO.	1 0
• ENFERMEDAD MEDICA CRONICA.	- PARKINSON, DEMENCIA, CANCER, FRAGILIDAD, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENTRE OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS SEVERAS. - NO.	1 0
• ESCALA DE BECK.	- >15 PUNTOS. - <15 PUNTOS.	1 0
• EDAD.	- >65 AÑOS. - <65 AÑOS.	1 0
• APOYO SOCIAL Y FAMILIAR.	- SI. - NO.	0 1
• EPISODIOS PREVIOS DEPRESIVOS.	- SI. - NO.	1 0

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.	
• RIESGO ALTO.	4-6 PUNTOS
• RIESGO MEDIO.	2-3 PUNTOS
• RIESGO BAJO.	0-1 PUNTO

TRASTORNO DE ANSIEDAD.		
CRITERIOS	REQUISITOS	CRITERIOS DE RETORNO
• PACIENTE SIN MEJORÍA CLÍNICA CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE AL MENOS 4 SEMANAS.	- EVALUACIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA. - EKG NORMAL.	- PACIENTE ESTABLE DESPUES DE 6 MESES DE TRATAMIENTO.
• ESCALA DE HAMILTON MAYOR DE 18 PUNTOS.		
• COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.		
• COMORBILIDAD MEDICA-QUIRÚRGICA GRAVE.		
CRITERIOS DE INTERCONSULTA: INDICACIÓN O AJUSTE DE MEDICAMENTO ANSIOLÍTICO POR SITUACIÓN VITAL ESTRESANTE.		

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS.		
CONDICIÓN.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• IDEAS SUICIDAS (RESPUESTA POSITIVA A PREGUNTA 17 EN SRQ).	- SI - NO	7 0
• EDAD.	- MAYOR DE 60 AÑOS - MENOR DE 60 AÑOS	1 0
• COMORBILIDAD MÉDICA.	- SI - NO	1 0
• ESTRESOR GRAVE.	- SI - NO	1 0
• RED DE APOYO SOCIAL.	- SI - NO	0 1
• USO DE SUSTANCIAS.	- SI - NO	1 0
• SINTOMAS PSICÓTICOS (CUALQUIER RESPUESTA POSITIVA DE LAS PREGUNTAS DEL 21 AL 24 DEL SRQ).	- SI - NO	1 0
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.		PUNTAJE.
• RIESGO ALTO.		7 O MÁS PUNTOS
• RIESGO MODERADO.		3-6 PUNTOS.
• RIESGO LEVE.		0-2 PUNTOS.
• ROJOS.	INTENTO SUICIDA, PACIENTE PSICÓTICO AGITADO, TRASTORNO BIPOLAR EN FASE MANÍACA.	
• AMARILLO.	TRASTORNO LÍMITROFE DE PERSONALIDAD, TRASTORNO BIPOLAR, FOBIAS, TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, EPISODIO DEPRESIVOS MAYOR, TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL, TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE	
• VERDE.	TRASTORNOS MIXTOS ANSIOSO DEPRESIVO, TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN LEVE Y MODERADA, DEPENDENCIA, NEUROSIS	



ANEXO 1.26. REUMATOLOGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) REUMATOLOGÍA.			
REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.			
DIAGNOSTICOS.	ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESTUDIO DE GABINETE.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • OSTEOARTROSIS GENERALIZADA CON COMORBILIDADES (2 Ó MAS). • OSTEOARTROSIS EROSIVA. • REUMATISMO DE PARTES BLANDAS REFRACTARIO A TRATAMIENTO CONVENCIONAL • LUPUS GENERALIZADO. • LUPUS CUTANEO. • ARTRITIS REUMATOIDEA. • ESCLERODERMIA GENERALIZADA. • ESCLERODERMIA LIMITADA. • ESCLERODEMIA LIMITADA. • ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. • ARTITIS PSORIASICA. • ESPONDILOARTROPATIAS SEROINEGATIVAS. • SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO. • SINDROME DE SJORGRËN • VASCULITIS SISTEMICAS. • SINDROME DE DISH. • UVEITIS AUTOINMUNE(ACOMPANANDO A OFTALMOLOGIA) • GOTA. • ARTROPATIA POR CRISTALES. • POLIMIOSITIS • DERMATOMIOSITIS. • POLICONDRITIS RECIDIVANTE. • POLIMIALGIA REUMATICA. • ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO • SINDROMES DE SOBREPOSICIÓN • ENFERMEDAD DE PAGET • ARTRITIS REACTIVA • ARTRITIS POR CHIK REFRACTARIAS A TRATAMIENTO ESTEROIDEO. • SARCOIDOSIS. • SITUACIONES ESPECIALES. • LUMBALGIAS INFLAMATORIAS.NO MECANICAS. • FENOMENO DE RAYNAUD. • COLAGENOPATÍAS EN ESTUDIO. 	<ul style="list-style-type: none"> - ERITRO. - SEDIMENTACION. - HEMOGRAMA. - FACTOR REUMATOIDE. - EGO. - CREATININA. 	<ul style="list-style-type: none"> - RX DE SITIOS AFECTADOS (MAS DOLOROSOS) - RADIOGRAFIA DE TORAX (EN CASO DE ENFERMIDAD SISTEMICA) 	<ul style="list-style-type: none"> - OSTEOARTROSIS GENERALIZADA SIN COMORBILIDAD - FIBROMIALGIA - REUMATISMO DE PARTES BLANDAS.
RESUMEN CLINICO :			



TABLAS DE RIESGO EN REUMATOLOGÍA.

DAS 28 (ACTIVIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE)

2.6 O MENOS		REMISIÓN	
2.7 A 3.2		- ACTIVIDAD LEVE.	
3.2 A 5.1		- ACTIVIDAD MODERADA.	
>5.1		- ACTIVIDAD SEVERA.	
HAQ (CAPACIDAD FUNCIONAL EN ARTRITIS REUMATOIDE)			
0.5 O MENOS		REMISIÓN	
0.6 A 1.0		- DISCAPACIDAD LEVE.	
1.1 A 2.0		- DISCAPACIDAD MODERADA.	
> 2.0		- DISCAPACIDAD SEVERA.	
SLEDAI (ACTIVIDAD EN LUPUS)			
< 3		- NO ACTIVIDAD.	
3 A 12		- ACTIVIDAD LEVE A MODERADA.	
> 12		- ACTIVIDAD SEVERA.	
ASDAS (ACTIVIDAD EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE)			
< 1.3		REMISIÓN	
1.3 A 2.1		- ACTIVIDAD LEVE.	
2.2 A 3.5		- ACTIVIDAD MODERADA.	
> 3.5		- ACTIVIDAD SEVERA.	



[Handwritten signature]

ANEXO 1.27. UROLOGÍA.

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) UROLOGÍA.

REQUISITOS Y REQUERIMIENTOS.

DIAGNÓSTICOS.	ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESPECIFICACIONES DE UROLOGIA.	CRITERIOS DE RETORNO
<ul style="list-style-type: none"> • HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. • SINTOMAS URINARIOS OBSTRUCTIVOS O IRRITATIVOS SEVEROS. • RETENCION URINARIA AGUDA (ENVÍO INMEDIATO). 	<ul style="list-style-type: none"> - ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA). - EGO. - UROCULTIVO. - NO INDICAR USG TRANS RECTAL DE PROSTATA. 	<ul style="list-style-type: none"> - ENVIAR PSA A : <ul style="list-style-type: none"> o HOMBRES ENTRE 50 Y 70 AÑOS o EXPECTATIVA DE VIDA MAYOR A 10 AÑOS. o NO ENVIAR PSA EN PACIENTES CON : <ul style="list-style-type: none"> o ENFERMEDADES TERMINALES. o OTRO TIPO DE CANCER. o ENFERMEDADES CRONICAS DESCOMPENSADAS O DE MAL PRONÓSTICO. o PACIENTES CON Sonda TRANS URETRAL. o INFECCION DE VIAS URINARIAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - BUENA RESPUESTA AL MANEJO MÉDICO. - PSA NORMAL. - PACIENTES CON BUENA EVOLUCION POST CIRUGÍA.
<ul style="list-style-type: none"> • CÓLICO NEFRÍTICO. 	<ul style="list-style-type: none"> - USG RENAL - RX SIMPLE DE ABDOMEN (SI NO CUENTAN CON TAC) - PIELOTAC DE ACUERDO A PORTAFOLIO DE SERVICIO. - TODOS LOS PACIENTES PRESENTARAN : - CREATININA. - EGO. 	<ul style="list-style-type: none"> - CUANDO INDICAR PIELOTAC : <ul style="list-style-type: none"> o USG RENAL POSITIVA A LITIASIS. o EVIDENCIA DE UROPATIA OBSTRUCTIVA. o EL CENTRO DE ATENCIÓN CUENTA CON EL SERVICIO. o SI INDICA ESTE ESTUDIO DE IMAGEN, NO INDICAR RX SIMPLE DE ABDOMEN. 	<ul style="list-style-type: none"> - EXPULSIÓN ESPONTÁNEA DE CÁLCULO. - RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE LA LITIASIS.
RESUMEN CLINICO :			

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) UROLOGÍA.

DIAGNÓSTICO.	ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESPECIFICACIONES DE UROLOGÍA.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • INFECCIÓN DE VIAURINARIAS A REPETICIÓN. 	<ul style="list-style-type: none"> - CREATININA. - EGO. (COPIA DE TODOS LOS EXAMENES POSITIVOS.) - UROCULTIVO. (COPIA DE TODOS LOS EXAMENES POSITIVOS.) 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTES CON AL MENOS 3 EPISODIOS DE INFECCION DE VIA URINARIA AL AÑO. - 2 EPISODIOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTES A QUIENES SE LES CORRIGE CAUSA DE BASE. - PACIENTES CON UROCULTIVO NEGATIVO EN DOS CONTROLES.
<ul style="list-style-type: none"> • INCONTINENCIA URINARIA. 	<ul style="list-style-type: none"> - EGO NEGATIVO. - UROCULTIVO NEGATIVO 	<ul style="list-style-type: none"> - SINTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA E INFECCIÓN: MANEJO DE PROCESO INFECCIOSO. - SI PERSISTE INCONTINENCIA URINARIA POSTERIOR A TRATAMIENTO REFERIR. - SINTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA SIN INFECCION: REFERIR. 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTES CON BUENA RESPUESTA A MANEJO MEDICO O A CUALQUIER PROCEDIMIENTO ANTIINCONTINENCIA. - PACIENTES CON BUENA EVOLUCION POST QUIRURGICA EN LOS CASOS QUE APLIQUE CIRUGIA.
<ul style="list-style-type: none"> • HEMATURIA MICROSCOPICA. 	<ul style="list-style-type: none"> - EGO. - CREATININA. 	<ul style="list-style-type: none"> - REPORTE DE EGO CON HEMATIES 3 Ó MAS POR CAMPO EN 2 DE 3 EXÁMENES DE ORINA. - AUSENCIA DE CAUSA BENIGNA QUE LO EXPLIQUE : - INFECCION, MENSTRUACION - EJERCICIO VIGOROSO. - ENFERMEDAD MÉDICA RENAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTES A QUIENES SE LES RESUELVE EL PROBLEMA DE BASE. - PACIENTES A QUIENES NO SE LES DOCUMENTE CAUSA DE BASE Y SE CONSIDERE HEMATURIA IDIOPATICA.
<ul style="list-style-type: none"> • QUISTE RENAL 	<ul style="list-style-type: none"> - USG. 	<ul style="list-style-type: none"> - REFERIR : <ul style="list-style-type: none"> o SI EL QUISTE PROVOCA PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA. o USG REPORTA QUISTE RENAL COMPLEJO. o QUISTE RENAL SIMPLE SI ES, MAYOR DE 4 A 6 CM Y PACIENTE ENTRE EDADES DE 20 Y 40 AÑOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTE CON BUENA EVOLUCION POSTQUIRURGICA CUANDO APLIQUE CIRUGIA.



CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) UROLOGÍA.

DIAGNÓSTICOS.	ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESPECIFICACIONES DE UROLOGÍA.	CLASIFICACIÓN DE RIESGO.
<ul style="list-style-type: none"> • SÍNDROME ESCROTAL AGUDO O CRÓNICO. • ORQUIEPIDIDIMITIS: MANEJO COMO IVU POR 10 DÍAS. • QUISTES DE EPIDIDIMO O VARICOCELE: ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y HIELO LOCAL. • TORSIÓN TESTICULAR 	<ul style="list-style-type: none"> - EGO. - UROCULTIVO. - USG ESCROTAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - CUANDO REFERIR UNA ORQUIEPIDIDIMITIS: NO RESPUESTA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DESPUÉS DE 10 DÍAS. - INMUNOCOMPROMETIDOS, DIABÉTICOS DESCOMPENSADOS Y CON SOSPECHA DE COLECCIÓN PURULENTO: REFERIR A URGENCIAS. - SOSPECHA DE TORSIÓN TESTICULAR O CONFIRMACIÓN POR USG REFERIR A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL y HOSPITALES REGIONALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTES CON RESOLUCIÓN COMPLETA DEL CUADRO YA SEA CON MANEJO MÉDICO O CIRUGÍA.
<ul style="list-style-type: none"> • MISCELÁNEAS. • PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN ESTE DOCUMENTO. 	<ul style="list-style-type: none"> - EGO. - UROCULTIVO. - GLICEMIA. - CREATININA. <p>*COMPLETAR CON EXÁMENES QUE MÉDICO REFERENTE CONSIDERE PERTINENTES.</p>		

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB).

<ul style="list-style-type: none"> • ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA). 	
○ CONDICIÓN.	PUNTOS
- MENOR E IGUAL A 4.	0
- MAYOR A 4 HASTA 10.	2
- MAYOR A 10.	5
<ul style="list-style-type: none"> • TACTO RECTAL. 	
○ CONDICIÓN.	PUNTOS
- NORMAL	0
- ANORMAL	5
<ul style="list-style-type: none"> • PORTA Sonda TRANS-URETRAL 	
○ CONDICIÓN.	PUNTOS
- NO	0
- SI	5
<ul style="list-style-type: none"> • SÍNTOMAS URINARIOS. 	
○ CONDICIÓN.	PUNTOS
- LÉVES.	1
- MODERADOS.	2
- SEVEROS.	5
TOTAL	
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.	
<ul style="list-style-type: none"> • ROJO 	5-20 PUNTOS.
<ul style="list-style-type: none"> • AMARILLO 	2 -4 PUNTOS.
<ul style="list-style-type: none"> • VERDE 	0-1 PUNTOS.



LITIASIS RENAL O URETERAL.

• RIÑON UNICO.	
○ CONDICIÓN.	PUNTAJE
- NO.	0
- SI.	5
• COMORBILIDAD.	
○ CONDICIÓN.	PUNTAJE
- NO DIABETES.	0
- DM COMPENSADA.	1
- DM DESCOMPENSADA.	2
• OBSTRUCCION URINARIA.	
○ CONDICIÓN.	PUNTAJE
- NO OBSTRUCTIVO.	0
- OBSTRUCCIÓN PARCIAL.	3
- OBSTRUCCIÓN TOTAL	7
• TAMAÑO DEL CÁLCULO.	
○ CONDICIÓN.	PUNTAJE
- 4 MM O MENOS.	1
- 5-6 MM.	2
- MAYOR DE 6 MM.	6
TOTAL	
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.	
• ROJO.	7 ó MAS
• AMARILLO.	2-6
• VERDE.	1




[Handwritten signature]

- N° de Afiliación: En este campo se deberá anotar el número de afiliación del derechohabiente al que se le extendió la referencia o retorno.
- Nombre del paciente: Aquí se deberá anotar el nombre del paciente según como aparece en el DUI o Tarjeta que le otorga el derecho.
- Referencia (E): Corresponde a la referencia emitida por el centro de atención, en este caso se deberá registrar con un número uno en esta Columna, para facilitar la suma de los datos y obtener datos globales.
- Referencia (R): Corresponde a la referencia recibida de otro centro de atención, en este caso se deberá registrar con un número uno en esta Columna, para facilitar la suma de los datos y obtener datos globales.
- Retorno (E): Corresponde al retorno emitido por el centro de atención, en este caso se deberá registrar con un número uno en esta Columna, para facilitar la suma de los datos y obtener datos globales.
- Retorno (R): Corresponde al retorno recibido de otro centro de atención, en este caso se deberá registrar con un número uno en esta Columna, para facilitar la suma de los datos y obtener datos globales.
- Fecha de Registro de Datos: Este campo se utilizará para registrar las fechas en el momento de la entrega al paciente de la referencia o retorno ó para las fechas de recepción por parte del médico, de la referencia o retorno.
- Centro de Atención de donde ó a dónde se refiere o retorna: En este campo se deberá registrar: Si la referencia o retorno es emitido en el centro de atención se anotará el centro de atención adónde se envía al paciente; si la referencia ó retorno es recibido de otro centro de atención se anotará el nombre del Centro de Atención que envía la referencia o el retorno.
- Especialidad que refiere o retorna: En este campo se deberá registrar la especialidad que está refiriendo o retornando al paciente, en caso de que no sea especialidad quien refiera se deberá registrar Medicina General o según sea el caso.
- Motivo por el cual se refiere o retorna: En este campo se registrará el motivo por el cual se está refiriendo o retornando al paciente y el Diagnóstico-CIE10: En este campo se registrará el diagnóstico con el cual se está refiriendo o retornando al paciente.
- Tipo de Riesgo: En este campo se registrará la clasificación de riesgo (rojo, amarillo y verde).
- Especialidad a que se refiere o retorna: En este campo se deberá registrar la especialidad a la que se refiere al paciente, en el caso de los retornos sino se retorna a especialidad se deberá registrar Medicina General o según sea el caso.
- N° de JVPM: En este campo se deberá registrar la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica u Odontológica.
- Nombre y firma de Responsable: En este campo la persona responsable de registrar los datos deberá colocar el nombre y firmar, al momento de hacer llegar al Encargado de Estadística.



ANEXO 3. HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO:



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO

REFERENCIA
RETORNO

DUI
TARJETA DE AFILIACIÓN
CARNÉ DE MINORIDAD
N° _____

INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDOS		NOMBRES	
EDAD(AÑOS)	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	TELÉFONOS:	TRABAJO:
CENTRO QUE REFIERE:		FECHA:	CASA:
HORA:			

ÁREA EXCLUSIVA DEL PERSONAL MÉDICO

CENTRO HACIA DONDE SE: REFIERE RETORNA

EMERGENCIA MEDICINA GENERAL ESPECIALIDAD ESPECIFICAR: _____

MOTIVO DE: REFERENCIA RETORNO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

SIGNOS VITALES	TA	MMHG	FC	FR	T	°C	PESO	KG	TALLA	M
----------------	----	------	----	----	---	----	------	----	-------	---

DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, ANTECEDENTES Y EXAMEN FÍSICO (O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MAYOR REALIZADA):

EXÁMENES DE LABORATORIO/ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: _____

DIAGNÓSTICO (SEGÚN CIE-10) _____

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

MEDICAMENTO (FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)	DOSES	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

ALTA DE LA ESPECIALIDAD (SEGUIMIENTO EN OTRO CENTRO):

REQUIERE EVALUACIÓN: NO 1 AÑO 2 AÑOS

EXÁMENES O ESTUDIOS A ACTUALIZAR EN LA SIGUIENTE EVALUACIÓN: _____

RECOMENDACIONES ESPECIALES: _____

FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE O
RETORNA

SELLO

Va.Bo. DIRECTOR O DESIGNADO O COORDINADOR DE
EMERGENCIA

C. SAFISS 130201331



INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO DE DATOS EN LA HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO.

INDICACIONES GENERALES:

Instrucciones para el registro de datos: El registro de datos en la hoja de referencia y retorno, deberán ser consignados utilizando letra clara, legible y sin tachaduras.

No se utilizará la hoja de referencia y retorno para: Interconsultas, Solicitud de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, Evaluaciones preoperatorias y otros usos, no contemplados en la Norma de Referencia y Retorno.

Verificar que el duplicado de la Hoja de Referencia y Retorno esté legible.

Al iniciar el registro de datos en la Hoja, el médico deberá marcar en el cuadro correspondiente si se trata de una referencia o retorno en el margen superior izquierdo.

INFORMACIÓN GENERAL (área exclusiva de personal no médico):

- Número de Afiliación: Anotar el número de afiliación del paciente considerando que: adultos consta de 9 dígitos (color gris) y los niños de 11 dígitos y/o Numero de DUI.
- Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres: Anotar el apellido paterno, apellido materno y los nombres del paciente de acuerdo a la Tarjeta de Afiliación.
- Edad: Anotar la edad en años si es adulto, y si es niño(a) en años y meses.
- Sexo: Indicar el sexo, si es masculino (M) o femenino (F).
- Teléfonos: Registrar los números telefónicos del domicilio y lugar de trabajo.
- Centro que Refiere o Retorna: Anotar el nombre del centro de atención que emite la referencia o el retorno.

ÁREA EXCLUSIVA DEL MÉDICO:

Centro hacia donde se Refiere o se Retorna: Anotar el nombre del centro de atención adonde se envía al paciente, debiendo a continuación, señalar el área clínica: emergencia, medicina general, o especialidad. En este último caso especificar el nombre de la especialidad.

- Motivo de Referencia o Retorno: Anotar claramente el motivo de la referencia: relacionado con atención médico- quirúrgico que no puede brindar el centro o personal de salud que refiere.
- Anotar claramente el motivo del retorno: relacionado con el paciente controlado y estable, que deberá ser manejado en un centro de menor complejidad según el portafolio de servicios.
- Riesgo: Medida consensuada por expertos clínicos institucionales para determinar la severidad de una condición clínica en una persona, para organizar la atención médica de una manera equitativa y oportuna. Los tipos de riesgo que puede marcar son: rojo (riego grave) amarillo (moderado) verde (leve).



- Signos Vitales (si es relevante para el Diagnóstico): Registrar los valores de la tensión arterial en milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca por minuto, frecuencia respiratoria por minuto, temperatura en grados centígrados, peso en kilogramos y talla en metros. En niños(as) considerar que: la talla en centímetros y la medición de la tensión arterial se realizará a partir de los tres años de edad una vez al año, según norma, o a criterio médico.

Datos de la Historia Clínica, Antecedentes y Examen Físico o Intervención Quirúrgica Mayor realizada): Anotar datos relevantes relativos a la historia de la enfermedad, consultas e intervenciones quirúrgicas previas, antecedentes familiares y patológicos, en forma cronológica. Agregar hallazgos del examen físico de mayor importancia.

- Exámenes de Laboratorio y Gabinete: Registrar el nombre, fecha de realización y resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete, indicados al paciente durante el manejo en el centro de atención que refiere o retorna. En caso de ser necesario utilizar el reverso del formulario para completar la información requerida. Referente a los estudios de radiología e imágenes, se deberá remitir las placas y reportes de que se disponga al momento de emitir la referencia o retorno y estén relacionados con el caso.
- Diagnóstico: Registrar el o los diagnósticos clínicos, lo más explicativos que sea posible, según la Clasificación Internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10).

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE / TRATAMIENTO RECIBIDO:

Medicamentos (forma farmacéutica y concentración): En el caso de las referencias: registrar los medicamentos que está recibiendo a la fecha.

En el caso de los retornos: registrar los medicamentos que se le han prescrito al paciente de acuerdo a su diagnóstico, primero los de especialidad, luego los de uso general. Esta información es esencial para gestionar las transferencias de medicamentos entre farmacias.

- Dosis: Especificar las dosis de medicamentos e intervalo de administración.
- Duración de Tratamiento: Especificar la duración del uso de los medicamentos utilizados en el manejo del paciente.
- Alta de la Especialidad y Manejo en otro Centro de Atención: El médico que retorna al paciente debe señalar el alta de la especialidad.
- Requiere Evaluación: El médico que retorna al paciente deberá señalar: si requiere evaluación al año, a los dos años.
- Exámenes o estudios a actualizar en la siguiente evaluación por el médico que retorna: El médico que retorna debe anotar los exámenes o estudios que se requieren para evaluar al paciente.
- Recomendaciones Especiales: Anotar en este apartado las recomendaciones puntuales para el manejo del paciente.
- Firma del médico que refiere/retorna: En este apartado el médico que refiere o retorna debe colocar su firma.
- Sello del Médico que Refiere o Retorna: El médico que refiere o retorna deberá estampar su sello.




ANEXO 4. FORMULARIO DE ESTUDIOS DE GABINETE Y PROCEDIMIENTOS DIVERSOS:

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCION DE SALUD		
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE Y PROCEDIMIENTOS DIVERSOS			
Nombre del centro de atención:	Fecha:		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
IDENTIFICACIÓN			
Nombre del paciente:			
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Edad:	N° Afiliación:	DUI:	Sexo:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Riesgo:		Estudio:	Procedimiento:
Rojo: <input type="checkbox"/> Amarillo: <input type="checkbox"/> Verde: <input type="checkbox"/> N/A: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Estudio/Procedimiento solicitado:			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Diagnóstico:			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Comorbidades:			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Justificación del estudio:			
<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
Especialidad que solicita el estudio o procedimiento:			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Especialidad o área a donde se solicita el estudio o procedimiento:			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Datos relevantes para la realización del estudio (Resumen clínico):			
<input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/>			
Firma y sello de médico solicitante		Firma y sello director o delegado que autoriza estudio o procedimiento	



ANEXO 5. HOJA DE REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIONES INTEGRALES DE SALUD.



INSTITUTO JALISCO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION DE SALUD
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIONES INTEGRALES DE SALUD

FORMA DE CONSULTA: Día _____ Mes _____ Año _____

ESPEDICION: Consulta General Emergencia Infección GINECOLOGIA Cirujías Otro Diagnóstico Otro

REGIMEN: Vaso Dieta Reposo Purgante Terapia de Luz

CURSO DE ATENCIÓN: _____

LOCALIDAD: Hospital Consultorio Ambulatorio (C.A.) Otros: _____

Sección de Lactancia y Atención al Paciente

Nº	Nombre de Paciente		Sexo		Edad		Especialidad		Motivo de Consulta		Examen		Tratamiento		Evolución		Observaciones		Firma y Fecha		
	Apellido	Nombre	M	F	Años	Me	Días	Medicina	Quirúrgico	Neumología	Cardiología	Neurología	Oftalmología	Otorrinolaringología	Urología	Psiquiatría	Endocrinología	Reumatología	Alimentación	Medicina Preventiva	Medicina Social
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					

LEYENDA:

ESTADO: 1. Normal 2. Grave 3. Muy Grave 4. Muerto

TIPO DE ATENCIÓN: 1. Consulta 2. Examen 3. Tratamiento 4. Seguimiento 5. Control 6. Ingreso 7. Salida 8. Faltó 9. No compareció 10. Falleció 11. Desistió 12. Transferido 13. Hospitalizado 14. Operado 15. Falleció en Hospital 16. Falleció en Casa 17. Falleció en Otro Lugar 18. Falleció en Viaje 19. Falleció en Otro País 20. Falleció en Otro Continente 21. Falleció en Otro Mundo 22. Falleció en Otro Universo 23. Falleció en Otro Plano 24. Falleció en Otro Nivel 25. Falleció en Otro Espacio 26. Falleció en Otro Tiempo 27. Falleció en Otro Lugar 28. Falleció en Otro Mundo 29. Falleció en Otro Universo 30. Falleció en Otro Plano 31. Falleció en Otro Nivel 32. Falleció en Otro Espacio 33. Falleció en Otro Tiempo 34. Falleció en Otro Lugar 35. Falleció en Otro Mundo 36. Falleció en Otro Universo 37. Falleció en Otro Plano 38. Falleció en Otro Nivel 39. Falleció en Otro Espacio 40. Falleció en Otro Tiempo

Form. VCB01-015-07-18




INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO DE DATOS EN LA HOJA “SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACION PREOPERATORIO, REFERENCIA A ODONTOLOGIA GENERAL”.

Indicaciones Generales:

El registro de datos en la hoja de “Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatorio, Referencia a Odontología General” deberá ser llenado en original y copia con letra clara, legible y sin tachaduras.

No se utilizará la hoja “Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatorio, Referencia a Odontología General” para cualquier uso que no sea la solicitud de interconsultas o solicitud de evaluación preoperatorio.

Verificar que el duplicado de la Hoja “Solicitud de Interconsulta, Evaluación Preoperatorio, Referencia a Odontología General” esté legible.

Al iniciar el registro de datos en la Hoja, el médico deberá marcar en el cuadro correspondiente si se trata de interconsulta o evaluación pre operatorio en la parte superior.

Áreas de llenado por personal no médico (información general):

- Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres: Anotar el apellido paterno, apellido materno y los nombres del paciente de acuerdo a la Tarjeta de Afiliación.
- Número de Afiliación: Anotar el número de afiliación del paciente considerando que: adultos consta de 9 dígitos (color gris) y los niños de 11 dígitos y/o Numero de DUI.
- Centro o Dependencia a la que se le solicita la prestación de interconsulta: Anotar el nombre del centro de atención y el área a la que se solicita la interconsulta.
- Fecha.
- Áreas de llenado exclusivamente por médico:
- Centro adonde se Refiere o se Retorna: Anotar el nombre del centro de atención adonde se envía al paciente, debiendo a continuación, señalar el área clínica: emergencia, medicina general, o especialidad. En este último caso especificar el nombre de la especialidad.
- Diagnóstico: Registrar el o los diagnósticos clínicos, lo más explicativos que sea posible, según la
- Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).
- Información relevante (motivo de Interconsulta): Anotar de manera clara y puntual el motivo de la interconsulta relacionado con los criterios consensuados por las especialidades y sub especialidades, así como a los parámetros clínicos no detallados en este documento.



ANEXO 7. CONTROL DE INTERCONSULTAS:

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD CONTROL DE INTERCONSULTAS.														
CENTRO DE ATENCIÓN										MES		AÑO		
N°	CEN	ATA	M	A	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	RETORNO		SISTEMA N°	CENTRO DE ATENCIÓN DESTINO CENTRAL	CORRESPONDIA O SERVIDOR DEL MÉDICO ORIGINARIA	N° REFERENCIA DE LA INTERCONSULTA	ESPONDEDOR A LA OBTENCIÓN DE LA INTERCONSULTA	N° DE PÁGINA
							E	R						
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
TOTALES														

Marque una X al documento de identificación:
 (E) DUI
 (R) Tarjeta de Afiliación (TAF)
 (M) Carné de Menoridad (CARN)

 NOMBRE Y FIRMA DE RESPONSABLE

INSTRUCTIVO PARA EL FORMULARIO DE CONTROL DE INTERCONSULTA.

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE DATOS:

Cada centro de atención dependiendo su complejidad puede emitir y recibir interconsultas. Dentro del formulario se han colocado dos campos para capturar estos datos de la siguiente manera: Interconsulta Emitida (E) e Interconsulta Recibida (R), cuya utilidad será la de conocer como están fluyendo las interconsultas en el sistema de red del ISSS; para lo cual se deberá completar el control con los siguientes datos:

- Centro de Atención: Este campo corresponde al Centro de Atención que está emitiendo una referencia o un retorno y es el que se debe de registrar.
- Mes: corresponde al mes que se están registrando los datos.
- Año: corresponde al año que se están registrando los datos.
- El responsable de registrar la interconsulta debe marcar con una “X” si el documento de identificación es: DUI, Tarjeta de Afiliación o Carné de Menoridad.
- Identificación: En este campo se deberá anotar el número del documento de identificación.
- Nombre del paciente: Aquí se deberá anotar el nombre del paciente según como aparece en el DUI o Tarjeta que le otorga el derecho.
- Interconsulta: deberá marcar la casilla con una “X” si es emitida o recibida.



- Centro de atención o servicio que solicita la interconsulta: registrar el nombre del centro de atención o servicio que solicita la interconsulta.
- Especialidad o médico que solicita interconsulta: registrar la especialidad médica que solicita interconsulta.
- Motivo por el que se interconsulta: se deberá anotar el motivo de interconsulta.
- Especialidad, servicio o médico capacitado a quien se solicita interconsulta: registrar la especialidad médica o médico capacitado en el área de conocimiento a quien se le solicita interconsulta.
- Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM): anotar el número de JVPM del médico que solicita la interconsulta.



ANEXO 8. FORMULARIO: HOJA DE EVALUACION DE REFERENCIAS Y RETORNOS:



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD

HOJA DE EVALUACIÓN DE REFERENCIA Y RETORNO

CENTRO DE ATENCIÓN:

EVALUADOR: FECHA:

Ref. Emit. Ref. rec. Ret. Emit. Ret. Rec.

I. INFORMACIÓN GENERAL: Llenado correcto {1}/Llenado incorrecto {0}.

- DUI:
- Identificación del paciente.
- Centro hacia donde se refiere o retorna:
- Motivo de referencia/retorno:

II. CATEGORIZACIÓN DE RIESGO:

III. DATOS CLINICOS:

- Datos de historia clínica:
- Examen físico:
- Exámenes de laboratorio y gabinete
- Diagnóstico
- Medicamentos

IV. PERTINENCIA DE LA REFERENCIA/RETORNO:

V. EVALUACIÓN DEL RETORNO:

- Alta de especialidad
- Seguimiento
- Recomendaciones especiales

VI FIRMA Y SELLO:

VII LEGIBILIDAD DEL DOCUMENTO:

Puntaje:



[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA: “EVALUACIÓN DE REFERENCIA Y RETORNO”.

Toda evaluación deberá llevar los siguientes aspectos: Nombre del Centro de Atención del cual se efectúa la evaluación, nombre de la persona que realiza la evaluación, la fecha que se realiza la evaluación.

Generalidades: Debe completarse adecuadamente cada uno de los criterios evaluados, de la siguiente forma:

a) Complete los datos que identifican la evaluación a realizar:

- Centro de Atención.
- Evaluador.
- Fecha.

b) Señale la opción que corresponda para el procedimiento realizado que evaluará. (Referencia emitida o recibida, retorno emitido o recibido).

c) De aquí en adelante cada ítem bien llenado se le asignará 1 punto, si está hecho de manera inapropiada se le asignará 0 puntos.

d) En los ítems que no apliquen, se deberá marcar la casilla con una línea y asignarle un punto.

Aspectos a evaluar:

i. Información General:

- Número de DUI- Afiliación-Carné de minoridad: Marque la casilla si es legible.
- Información General: Revise la sección de “Información General” de la Hoja de Referencia y Retorno y pondere su respuesta utilizando la escala básica.
- Centro que Refiere/Retorna: Si el dato está marque la casilla y registre el nombre del Centro que Refiere o Retorna (Ref. /Ret), según el caso.
- Área que Refiere/Retorna: Si el dato esta marque la casilla y registre el nombre del área que refiere o que se retorna (verifique el sello del área o cargo del médico).
- Área a Referir/Retornar: Si el dato esta marque la casilla. Si la respuesta es afirmativa, en Seleccionar, marque el área a la que se refiere o retorna al paciente, según el caso, 1: Emergencia, 2: Medicina General, 3: Especialidad. Si selecciono “Especialidad”, en el criterio Especialidad, especificar el nombre de la Especialidad a la que se refiera o retorna al paciente.
- Motivo de Referencia/Retorno: Si el dato está consignado marque la casilla y registre el motivo de la Referencia o Retorno.

ii. Clasificación de riesgo:

Riesgo (aplica para consulta externa): Marque la casilla si esta detallado el riesgo en la hoja de referencia y retorno (cumple los criterios contenidos en los anexos consignados en la norma de Referencia, Retorno e Interconsulta vigente).

iii. Datos clínicos:

- Datos De Historia Clínica: Datos pertinentes y relevantes.
- Examen físico: Signos vitales y hallazgos relevantes.
- Exámenes De Laboratorio y Estudios Complementarios: destacables para la toma de decisiones y sustento clínico relevante al cuadro médico.



- Diagnóstico de Referencia/Retorno: si el dato está consignado marque la casilla y registre el diagnóstico de referencia o retorno (según CIE-10).
 - Medicamentos: Evalúe si se registra el nombre genérico, con su forma farmacéutica y concentración, esquema de dosificación y tiempo de duración del tratamiento; si está consignado de esta manera, marque la casilla.
- iv. Pertinencia de la referencia: criterios son el portafolio de servicios del centro que refiere, el del centro a donde se refiere, si se ha completado el manejo clínico del establecimiento que refiere.
- v. Área de llenado exclusivo para retornos:
- Requerimientos Para Evaluación: Esencial para el retorno de pacientes. Evalúe, según el caso, si el paciente tiene el alta de una especialidad definida. En los retornos se debe definir si requiere evaluación al año o dos años o no la requiere; así como si hay exámenes o estudios a actualizar para la siguiente evaluación, si aplica.
 - Recomendaciones Especiales: verifique el registro o pertinencia de las recomendaciones.
- vi. Firma y sello de profesional responsable: Verifique el nombre del profesional, sellos y firmas, si cumple criterios marque la casilla correspondiente y asigne un puntaje al criterio.
- vii. El Documento es Legible: Una hoja se considera ilegible cuando al menos dos profesionales de la salud (médico, enfermera, farmacéutico) no logran leer lo escrito.



ANEXO 9. FORMULARIO: "EVALUACION DE HOJAS DE INTERCONSULTAS, EVALUACIÓN PREOPERATORIA, REFERENCIA A ODONTLOGÍA GENERAL":



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD

EVALUACIÓN DE HOJAS DE INTERCONSULTAS

CENTRO DE ATENCIÓN:

EVALUADOR: FECHA:

- INTERCONSULTA**
- Interconsulta Ambulatoria
 - Interconsulta Hospitalaria
 - Evaluación Preoperatoria
 - Interconsulta emitida
 - Interconsulta recibida

- INTERCONSULTA**
- Interconsulta Ambulatoria
 - Interconsulta Hospitalaria
 - Evaluación Preoperatoria
 - Interconsulta emitida
 - Interconsulta recibida

llenado correcto: 1 punto. Incorrecto: 0 puntos.

- Nombre del paciente
- N °DUI / Afiliación / Carnet de Minoridad.
- Centro / Servicio que solicita interconsulta.
- Fecha
- Dependencia a la que se solicita la prestación.
- Diagnóstico.
- Información relevante.
- Identificación del Profesional.
- Es legible.

Nombre del profesional que la solicitó:

Puntaje obtenido:

Porcentaje:

- Nombre del paciente
- N °DUI / Afiliación / Carnet de Minoridad.
- Centro / Servicio que solicita interconsulta.
- Fecha
- Dependencia a la que se solicita la prestación.
- Diagnóstico.
- Información relevante.
- Identificación del Profesional.
- Es legible.

Nombre del profesional que la solicitó:

Puntaje obtenido:

Porcentaje:



[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO PARA EVALUACIÓN DE LA “SOLICITUD DE INTERCONSULTAS / EVALUACIÓN PREOPERATORIA”.

A. Identificación de la evaluación:

- Centro de Atención: Nombre del Centro de Atención donde se efectúa la evaluación.
- Evaluador: Nombre de la persona que realiza la evaluación.
- Fecha: Registrar la fecha en que se realiza la evaluación.
- Marque en la casilla adjunta a cada opción el tipo de documento a evaluar:
 - Interconsulta Ambulatoria.
 - Interconsulta Hospitalaria.
 - Interconsulta Emitida.
 - Interconsulta Recibida.

B. Criterios a revisar y registro de respuestas o calificaciones: para cada uno de los 9 siguientes ítems asigne un punto (en la casilla correspondiente) al que se encuentra correctamente llenado y cero puntos a incorrecto.

Nombre del paciente.

- Número de DUI/ Afiliación/ Carnet de minoridad.
- Centro/ servicio/especialidad que solicita interconsulta.
- Fecha.
- Dependencia a la que se solicita la prestación.
- Diagnóstico.
- Información relevante: verifique si detalla la información específica por la que solicita la interconsulta.
- Identificación del Profesional: verifique el nombre del profesional, sellos y firmas.
- Es legible: el Documento es Legible: Una hoja se considera ilegible cuando al menos dos profesionales de la salud (médico, enfermera, farmacéutico) no logran leer lo escrito.
 - Escriba el nombre completo del profesional que ha solicitado la interconsulta/evaluación preoperatoria. (A este ítem no le asignará puntaje).

C. Sección de puntaje y evaluación.

- Sume los puntos obtenidos y escríbalos en el cuadro correspondiente.
- Calcule el porcentaje obtenido (total e puntos obtenidos entre el total de puntos posibles)
- El porcentaje de aceptabilidad será del 80% o más.





INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA

DEPARTAMENTO NORMALIZACIÓN

ADENDA # 1. 05-05-2020

NORMA REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA, Cuarta Edición. (Marzo 2020)

La Subdirección de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través del Departamento de Normalización de la División Regulación, Normalización y Vigilancia, realiza la **ADENDA # 1. 05-05-2020**, para ser aplicada en "NORMA REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA, Cuarta Edición" (marzo 2020). 1). A solicitud de la Jefatura del Servicio de Neumología del ISSS, requiere **SUSTITUCION DEL ANEXO 1.14. NEUMOLOGÍA, Y 2)** a Solicitud de Coordinador Institucional de Pediatría, se requiere **SUSTITUCION EL ANEXO N° 1.22 PEDIATRÍA**, ambos del ANEXO N° 1. - CRITERIOS Y REQUISITOS DE REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA SEGÚN ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE LAS ESPECIALIDADES Y SUB ESPECIALIDADES DEL ISSS.

1). Se sustituye **ANEXO 1.14. NEUMOLOGÍA.- CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUMOLOGÍA.**

ANEXO 1.14. NEUMOLOGÍA, que actualmente se lee:

CONSULTA ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUMOLOGÍA.	
CONSULTA DE ESPECIALIDADES.	
DIAGNÓSTICOS.	REQUISITOS.
<ul style="list-style-type: none">• DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK (-) Y TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR.• TRASTORNOS PULMONARES ASOCIADOS A ENFERMEDADES SISTEMICAS.• ABORDAJE DE RADIOGRAFÍA TORÁCICA ANORMAL.• DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TOS CRÓNICA.• DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISNEA SIN CAUSA DETERMINADA.• DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MALIGNIDAD TORÁCICA Y SUS COMPLICACIONES.• DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES HUERFANAS (FIBROSIS QUÍSTICA Y SARCOIDOSIS).• ASMA NO CONTROLADA-PARCIALMENTE CONTROLADA (ASMA DE CUALQUIER TIPO Y GRAVEDAD Y GRAVEDAD CON RIESGO DE MUERTE).• EPOC GOLD 2-4, GRUPOS DEL B AL D.• ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL.• ENFERMEDAD ESTRUCTURAL CON COMPROMISO FUNCIONAL O BRONCORREA.• ENFERMEDAD PLEURAL.• HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR CLASE FUNCIONAL II-IV*• APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (VENTILACION NO INVASIVA DOMICILIAR)• CLÍNICA DE CESACIÓN DE TABACO (EDUCACION DEL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL, PREVENCIÓN SECUNDARIA).• OXIGENO DOMICILIAR DE LARGA DURACION (OLDD).• REHABILITACION PULMONAR.	<ul style="list-style-type: none">- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.- ESTUDIO RADIOLÓGICO ACTUALIZADO DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA Y MOMENTO CLÍNICO ACTUALIZADO.- EN CASOS REFERIDOS POR NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO, Y DE NEUMOLOGÍA DE LOS HOSPITALES REGIONALES, LA REFERENCIA ES SUFICIENTE.- PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR AVANZADA.- ESPIROMETRÍA (SIMPLE A DISPOSICION SEGÚN PORTAFOLIO DE SERVICIO).- PLETISMOGRAFÍA.- CAPACIDAD DE DIFUSIÓN.- TEST DE MARCHA DE SEIS MINUTOS.- ESPIRO-ERGOMETRÍA.- (TEST DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR).- BRONCOPROVOCACIÓN.- GASOMETRÍA ARTERIAL.
<ul style="list-style-type: none">• INTERCONSULTA SOLICITADA POR ORL Y ALERGOLOGÍA PARA PACIENTES CON MANEJO COMPARTIDO.• RINITIS SIN INDICACIÓN QUIRÚRGICA.• RINOSINUSITIS CRÓNICA CON SINTOMAS PERSISTENTES A PESAR DE TRATAMIENTO.	



ANEXO 1.14. NEUMOLOGÍA. A efecto de la adenda # 1. 05-05-2020 se leerá:

CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) NEUMOLOGÍA.		
CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES.		
DIAGNÓSTICOS.	REQUISITOS	REFERENCIA
19) RINITIS SIN INDICACIÓN QUIRÚRGICA.	<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA COMPLETA. ESTUDIO RADIOLOGICO ACTUALIZADO DE ACUERDO A LA PATOLOGIA Y MOMENTO CLINICO ACTUALIZADO. 	EN CASOS REFERIDOS POR NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO, LA REFERENCIA ES SUFICIENTE.
20) RINOSINUSITIS CRÓNICA CON SINTOMAS PERSISTENTES A PESAR DE TRATAMIENTO (MANEJO CONJUNTO CON OTORRINOLARINGOLOGÍA Y ALERGOLÓGIA.)		
21) DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK (-) Y TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR.		
22) TRASTORNOS PULMONARES ASOCIADOS A ENFERMEDADES SISTÉMICAS.		
23) ABORDAJE DE RADIOGRAFÍA TORÁCICA ANORMAL.		
24) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TOS CRÓNICA.		
25) DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE MALIGNIDAD TORÁCICA Y SUS COMPLICACIONES.		
26) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES HUERFANAS (FIBROSIS QUÍSTICA Y SARCOIDOSIS).		
27) ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL.		
28) ENFERMEDAD ESTRUCTURAL CON COMPROMISO FUNCIONAL O BRONCORREA.		
29) ENFERMEDAD PLEURAL.	<ul style="list-style-type: none"> ESTUDIO DE DISNEA CARDÍACA Y RESPIRATORIA, INCLUIDO ESTUDIO RADIOLOGICO ACTUALIZADO DE ACUERDO A PATOLOGÍA Y MOMENTO CLÍNICO. ESPIROMETRÍA. ESPIROMETRÍA QUE DEMUESTRE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL. ESTUDIO RADIOLOGICO ACTUALIZADO ACORDE. HEMATOLOGÍA BÁSICA. ESTUDIO METABÓLICO. ESTUDIO RADIOLOGICO ACTUALIZADO. SEGÚN NORMA. ECOCARDIOGRAMA. ESTUDIO RADIOLOGICO ACTUALIZADO DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA Y MOMENTO CLÍNICO. INDICACIÓN PRECISA DE LA EVALUACIÓN SEGÚN NORMA DE ANESTESIA. NINGÚN ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE. 	
30) REHABILITACION PULMONAR.		
31) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISNEA SIN CAUSA DETERMINADA.		
32) ASMA NO CONTROLADA-PARCIALMENTE CONTROLADA (ASMA DE CUALQUIER TIPO Y GRAVEDAD Y GRAVEDAD CON RIESGO DE MUERTE)		
33) EPOC GOLD 2-4, GRUPOS DEL B AL D		
34) APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIAR).		
35) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA. OXIGENO DOMICILIAR DE LARGA DURACION.		
36) HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR CLASE FUNCIONAL II-IV* (EDUCACION DEL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL, PREVENCIÓN SECUNDARIA).		
EVALUACIÓN NEUMOLÓGICA PREOPERATORIA		
CRITERIOS DE RETORNO A PRIMER NIVEL:		
<ul style="list-style-type: none"> CONTROL DE PACIENTE CON INFECCION DE PACIENTE RESPIRATORIA AGUDA Y CRÓNICA AGUDIZADA. SINTOMATICO RESPIRATORIO. TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN NORMATIVA. 		
CRITERIOS DE RETORNO A SEGUNDO NIVEL:		
<ul style="list-style-type: none"> ASMA CONTROLADA EPOC GOLD 1 GRUPO A EPOC GOLD 1 RETORNADO DE TERCER NIVEL RINITIS NO COMPLICADA (INTERMINENTE – LEVE). PATOLOGÍA ESTRUCTURAL ESTABLE (BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA, NO BRONCORREICAS). HIPERTENSIÓN PULMONAR CLASE FUNCIONAL I, ESTABLE, RETORNADA DEL TERCER NIVEL. ENGROSAMIENTO PLEURAL CON COMPROMISO FUNCIONAL LEVE, SECUELAS DE TUBERCULOSIS. SEGUIMIENTO DE OLDD CON VISITA DOMICILIAR INCLUIDA. 		



2) Se sustituye TABLA ANEXO 1.22. PEDIATRÍA.- REFERENCIA DE CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA, SEGÚN CATÁLOGO DE SERVICIOS.

ANEXO 1.22. PEDIATRÍA, que actualmente se lee:

ATENCIÓN DE EMERGENCIA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS DE REFERENCIA.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • NEUMONÍA. • DIARREA CON DESHIDRATACIÓN. • DIARREA DE ALTO GASTO. • INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL. • TRAUMA. • CARDIOPATÍA CIANÓTICA/ ACIANOTICA DESCOMPENSADA • SÍNDROMES CONVULSIVOS EN CRISIS O PERIODO POST ICTAL. • MORDEDURA GRAVE POR ANIMAL TRANSMISOR DE RABIA. • SOSPECHA DE SEPSIS. • ENFERMEDADES CRÓNICAS PEDIÁTRICAS DESCOMPENSADA. • CRISIS ASMÁTICA. • FIEBRE ALTA SIN FOCO APARENTE. • SOSPECHA DE NEUROINFECCIÓN. • SOSPECHA DE CUERPO EXTRAÑO EN OJOS Y ORIFICIOS NATURALES. • CUERPO EXTRAÑO CON SOSPECHA DE OBSTRUCCIÓN DE VIAS AEREAS • CUALQUIER OTRA CONDICIÓN QUE A CRITERIO MÉDICO CONSIDERA NECESARIO. • CRISIS CONVULSIVA FEBRILES Y NO FEBRILES. • QUEMADURAS OCULAR POR ÁLCALI. • TRAUMA OCULAR. • TRAUMAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGÚN PORTAFOLIO DE SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - AL ESTABILIZAR CONDICIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA. - ALTA PRECOZ DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. - SÍNDROME CONVULSIVO CRÓNICO PEDIÁTRICO. - DENGUE GRAVE. (AL CUMPLIR CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA, PARA SEGUIMIENTO EN MEDICINA GENERAL).
<ul style="list-style-type: none"> • DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA. • ANEMIA GRAVE. 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMOGRAMA MÁS PLAQUETAS. 	
<ul style="list-style-type: none"> • PARTO EXTRA HOSPITALARIO. 	<ul style="list-style-type: none"> - CUMPLIMIENTO DE NORMA DE HECHOS VITALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA AL ALTA.
<ul style="list-style-type: none"> • ABDOMEN AGUDO. • HERNIA INCARCERADA/ESTRANGULADA. • ESCROTO AGUDO. • PARAFIMOSIS. • FRACTURAS NO EXPUESTAS. (SEGÚN CATÁLOGO DE SERVICIOS). • QUEMADURA GRADO II MENOS DEL 10 % DE SCT. • DRENAJE DE ABCESO. • HERIDAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - CENTROS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS CON CAPACIDAD INSTALADA : <ul style="list-style-type: none"> o HOSPITAL AMATEPEC. o POLICLINICO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. - ATENCIONES PARA NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS. - HEMODINAMICAMENTE ESTABLE - SIN PATOLOGÍA DE BASE. - APLICA EXCLUSIVAMENTE AL ÁREA METROPOLITANA. - OTRAS REGIONES: CIRUGÍA PEDIÁTRICA MINSAL. 	<ul style="list-style-type: none"> - RETORNO A ESTABLECIMIENTOS DEL ISSS CON CIRUJANOS PEDIATRAS EN CONSULTA EXTERNA <ul style="list-style-type: none"> o HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL. o U.M. SOYAPANGO.
INTERCONSULTA A PEDIATRÍA.		
CRITERIOS DE INTERCONSULTA.		
<ul style="list-style-type: none"> • DESNUTRICIÓN. • CARDIOPATÍA ACIANÓTICA. • DIARREA CRÓNICA. • RECURRENCIA DE IVU. • REFLUJO GASTROESOFÁGICO. • TALLA BAJA. • ENCOPRESIS. • ENURESIS. 		



- SOSPECHA DE VIOLENCIA FAMILIAR.
- SOSPECHA DE ABUSO.
- DOLORES DE CRECIMIENTO.
- CONTROL MÉDICO DE ENFERMEDAD DESCOMPENSADA CON PEDIATRA.
- SOSPECHA DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO.
- MARCHA ATÓPICA.
- SÍNDROME DE VÍA ÚNICA.
- ADENOPATÍAS.
- SOSPECHA DE HERNIA.
- SOBREPESO-OBESIDAD.
- ANEMIA REFRACTARIA.
- BACTERIURIA ASINTOMÁTICA.
- ENFERMEDAD RESPIRATORIA RECURRENTE.
- DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y RECURRENTE.
- ENFERMEDAD AGUDA MAS COMORBILIDAD.

RESUMEN CLÍNICO:

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN PEDIATRÍA.

CONDICIÓN.	VARIABLE.	PUNTAJES.
• PATOLOGIA RESPIRATORIA CRÓNICA.	- SI.	1
	- NO.	0
• ASMA.	- LEVE.	1
	- MODERADA.	6
	- GRAVE.	12
• CARDIOPATÍA.	- CIANÓTICA.	12
	- ACIANOTICA.	6
• PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.	- SI.	12
	- NO.	0
• TUBERCULOSIS.	- CONTACTO TB.	1
	- DIAGNOSTICO TB.	3
• VIH.	- SI.	6
	- NO.	0
• SINDROME SIDA.	- SI.	12
	- NO.	0
• SINDROME CONGENITO ZIKA.	- SI.	3
	- NO.	0
• SINDROME DOWN.	- PATOLOGIA ASOCIADA.	2
	- NO PATOLOGIA ASOCIADA.	1
• MALNUTRICIÓN.	- SINDROME METABOLICO.	3
	- OBESIDAD.	2
	- SOBREPESO.	1
	- DESNUTRICIÓN.	1
	- DESNUTRICION SEVERA.	3
• PREMATUREZ.	- SECUELAS DE PREMATUREZ.	6
	- SIN SECUELAS.	1
• PATOLOGIA TIROIDEA.	- SI.	1
	- NO.	0
• CONDICION GENETICA.	- SI.	6
	- NO.	0
• SINDROME RENAL.	- SI	6
	- NO.	0

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PEDIÁTRICO.

RIESGO	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE.	12
• RIESGO MODERADO.	8 - 11
• RIESGO LEVE.	0 - 7



[Handwritten signature]

TOTAL	
-------	--

ESTRATIFICACION DE RIESGO EN NEONATOLOGÍA.

CONDICIÓN.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• PESO AL NACER.	- 2500 -3999 GR.	0
	- >4000 GR.	1
	- 2000-2499 GR.	2
	- 1500-1999 GR.	3
	- <1500 GR.	4
• EDAD GESTACIONAL.	- <30 SEMANAS.	4
	- 30-34 SEMANAS.	3
	- 34-36 SEMANAS.	2
	- 37 – 41 SEMANAS.	0
	- >42 SEMANAS.	1
• ANOMALÍA CONGÉNITA MAYOR.	- SI.	2
	- NO.	0
• ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.	- ESTANCIA EN UCIN.	3
	- ESTANCIA EN UC INTERMEDIOS.	2
	- ESTANCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS.	1
	- NO INGRESADOS	0
• CONDICIONES MATERNAS QUE AFECTAN AL RECIÉN NACIDO.	- SI.	1
	- NO.	0
• COMORBILIDADES NEONATALES	- SI.	2
	- NO.	0

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO NEONATAL.

RIESGO.	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE	12-31
• RIESGO MODERADO	6-11
• RIESGO LEVE	0-5

TOTAL	
-------	--

INTERCONSULTA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

- ANQUILOGLOSIA.
- HERNIA UMBILICAL.
- HERNIA INGUINAL UNILATERAL O BILATERAL.
- CRIPTORQUIDIA UNILATERAL O BILATERAL.
- APENDICE PRE AURICULAR.
- DEDOS SUPERNUMERARIOS SIN COMPROMISO ÓSEO.
- SINEQUIAS VULVARES REFRACTARIA A TRATAMIENTO.
- SINOVITIS TRANSITORIA.
- VERRUGAS VULGARES Y NEVOS <0.5 CM
- PILOMATRIXOMA.
- ONICOCRIPTOSIS.
- QUISTE EPIDERMOIDE.
- LIPOMAS PEQUEÑOS O MEDIANOS (INFERIORES A 5 CM).
- FIBROMAS BLANDOS (ACROCORDÓN Y FIBROMA PENDULAR).
- CURETAJE MOLUSCO CONTAGIOSO.
- GRANULOMA PIÓGENO.



REFERENCIA DE CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA A PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA SEGÚN CATÁLOGO DE SERVICIOS.

CRITERIOS DE REFERENCIA.	VARIABLES.	PUNTAJE.
• ANQUILOGLOSIA.	- MAYOR DE 2 AÑOS Y NECESIDAD DE ANESTESIA GENERAL.	1
• HERNIA UMBILICAL.	- TAMAÑO DEL DEFECTO	0
	- MENOR DE 2 CM.	1
	- MAYOR DE 2 CM.	2
• HERNIA INGUINAL UNILATERAL O BILATERAL.	- CONDICION PRESENTE.	3
• CRIPTORQUIDIA UNILATERAL O BILATERAL	- CONDICION PRESENTE.	3
• APENDICE PRE AURICULAR.	- CONDICION PRESENTE.	1
• DEDOS SUPERNUMERARIOS SIN COMPROMISO ÓSEO.	- CONDICION PRESENTE.	1
• FIMOSIS.	ESCALA DE KAYABA.	
	- I.	3
	- II.	2
• ANILLO PARAFIMÓTICO.	ESCALA DE KAYABA.	
	- IA.	3
	- IIA.	3
	- IIIA.	3
	- IVA.	2
- VA.	2	
• SINEQUIAS VULVARES.	- REFRACTARIA A TRATAMIENTO.	2
• PILOMATRIXOMA.	- CONDICION PRESENTE.	1
• QUISTE EPIDERMÓIDE.	- CONDICION PRESENTE.	1
• LIPOMAS PEQUEÑOS O MEDIANOS (INFERIORES A 5 CM)	- CONDICION PRESENTE.	1
• FIBROMAS BLANDOS (ACROCORDÓN Y FIBROMA PENDULAR)	- CONDICION PRESENTE.	1

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PARA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.

RIESGO	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE (CORTO PLAZO)	3
• RIESGO MODERADO (MEDIANO PLAZO)	2
• RIESGO LEVE (DISPONIBILIDAD DE AGENDA)	1
TOTAL	



ANEXO 1.22. PEDIATRÍA. A efecto de la adenda # 1. 05-05-2020 se leerá:

ATENCIÓN DE EMERGENCIA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS DE REFERENCIA.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • NEUMONÍA. • DIARREA CON DESHIDRATACIÓN. • DIARREA DE ALTO GASTO. • INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL. • TRAUMA. • CARDIOPATÍA CIANÓTICA/ ACIANOTICA DESCOMPENSADA • SÍNDROMES CONVULSIVOS EN CRISIS O PERIODO POST ICTAL. • MORDEDURA GRAVE POR ANIMAL TRANSMISOR DE RABIA. • SOSPECHA DE SEPSIS. • ENFERMEDADES CRÓNICAS PEDIÁTRICAS DESCOMPENSADA. • CRISIS ASMÁTICA. • FIEBRE ALTA SIN FOCO APARENTE. • SOSPECHA DE NEUROINFECCIÓN. • SOSPECHA DE CUERPO EXTRAÑO EN OJOS Y ORIFICIOS NATURALES. • CUERPO EXTRAÑO CON SOSPECHA DE OBSTRUCCIÓN DE VIAS AEREAS • CUALQUIER OTRA CONDICIÓN QUE A CRITERIO MÉDICO CONSIDERA NECESARIO. • CRISIS CONVULSIVA FEBRILES Y NO FEBRILES. • QUEMADURAS OCULAR POR ÁLCALI. • TRAUMA OCULAR. • TRAUMAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGÚN PORTAFOLIO DE SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> - AL ESTABILIZAR CONDICIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA. - ALTA PRECOZ DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. - SÍNDROME CONVULSIVO CRÓNICO PEDIÁTRICO. - DENGUE GRAVE. (AL CUMPLIR CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA, PARA SEGUIMIENTO EN MEDICINA GENERAL).
<ul style="list-style-type: none"> • DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA. • ANEMIA GRAVE. 	<ul style="list-style-type: none"> - HEMOGRAMA MÁS PLAQUETAS. 	
<ul style="list-style-type: none"> • PARTO EXTRA HOSPITALARIO. 	<ul style="list-style-type: none"> - CUMPLIMIENTO DE NORMA DE HECHOS VITALES. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA AL ALTA.

INTERCONSULTA A PEDIATRÍA.

CRITERIOS DE INTERCONSULTA.

- DESNUTRICIÓN.
- CARDIOPATÍA ACIANÓTICA.
- DIARREA CRÓNICA.
- RECURRENCIA DE IVU.
- REFLUJO GASTROESOFÁGICO.
- TALLA BAJA.
- ENCOPRESIS.
- ENURESIS.
- SOSPECHA DE VIOLENCIA FAMILIAR.
- SOSPECHA DE ABUSO.
- DOLORES DE CRECIMIENTO.
- CONTROL MÉDICO DE ENFERMEDAD DESCOMPENSADA CON PEDIATRA.
- SOSPECHA DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO.
- MARCHA ATÓPICA.
- SÍNDROME DE VÍA ÚNICA.
- ADENOPATÍAS.
- SOSPECHA DE HERNIA.
- SOBREPESO-OBESIDAD.
- ANEMIA REFRACTARIA.
- BACTERIURIA ASINTOMÁTICA.
- ENFERMEDAD RESPIRATORIA RECURRENTE.
- DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y RECURRENTE.
- ENFERMEDAD AGUDA MAS COMORBILIDAD.



RESUMEN CLÍNICO:

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN PEDIATRÍA.

CONDICIÓN.	VARIABLE.	PUNTAJES.
• PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA.	- SI.	1
	- NO.	0
• ASMA.	- LEVE.	1
	- MODERADA.	6
	- GRAVE.	12
• CARDIOPATÍA.	- CIANÓTICA.	12
	- ACIANOTICA.	6
• PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.	- SI.	12
	- NO.	0
• TUBERCULOSIS.	- CONTACTO TB.	1
	- DIAGNOSTICO TB.	3
• VIH.	- SI.	6
	- NO.	0
• SINDROME SIDA.	- SI.	12
	- NO.	0
• SINDROME CONGENITO ZIKA.	- SI.	3
	- NO.	0
• SINDROME DOWN.	- PATOLOGÍA ASOCIADA.	2
	- NO PATOLOGÍA ASOCIADA.	1
• MALNUTRICIÓN.	- SINDROME METABOLICO.	3
	- OBESIDAD.	2
	- SOBREPESO.	1
	- DESNUTRICIÓN.	1
	- DESNUTRICION SEVERA.	3
• PREMATUREZ.	- SECUELAS DE PREMATUREZ.	6
	- SIN SECUELAS.	1
• PATOLOGÍA TIROIDEA.	- SI.	1
	- NO.	0
• CONDICION GENETICA.	- SI.	6
	- NO.	0
• SINDROME RENAL.	- SI.	6
	- NO.	0

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PEDIÁTRICO.

RIESGO	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE.	12
• RIESGO MODERADO.	8 - 11
• RIESGO LEVE.	0 - 7
TOTAL	

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN NEONATOLOGÍA.

CONDICIÓN.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• PESO AL NACER.	- 2500 -3999 GR.	0
	- >4000 GR.	1
	- 2000-2499 GR.	2
	- 1500-1999 GR.	3
	- <1500 GR.	4



• EDAD GESTACIONAL.	- <30 SEMANAS.	4
	- 30-34 SEMANAS.	3
	- 34-36 SEMANAS.	2
	- 37 – 41 SEMANAS.	0
	- >42 SEMANAS.	1
• ANOMALÍA CONGÉNITA MAYOR.	- SI.	2
	- NO.	0
• ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.	- ESTANCIA EN UCIN.	3
	- ESTANCIA EN UC INTERMEDIOS.	2
	- ESTANCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS.	1
	- NO INGRESADOS	0
• CONDICIONES MATERNAS QUE AFECTAN AL RECIÉN NACIDO.	- SI.	1
	- NO.	0
• COMORBILIDADES NEONATALES	- SI.	2
	- NO.	0

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO NEONATAL.

RIESGO.	PUNTAJE
• RIESGO GRAVE	12-31
• RIESGO MODERADO	6-11
• RIESGO LEVE	0-5
TOTAL	

Se extiende la presente ADENDA # 1. 05-05-2020; NORMA REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA, (Cuarta Edición).

San Salvador, a los 5 días del mes de mayo del año 2020.

Licda. Rosa Delmy Carías de Zacarías
Directora General del ISSS.



Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala
Jefe Departamento de Normalización.



Dra. Rosa Adán Martínez Alvarado
Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia.

Dra. Raissa Celi R. Viquez de Escobar
Subdirectora de Salud.



[Handwritten signature]



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
MARZO 2020



Handwritten signature