CARTERA DE SERVICIOS

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
BAJÍO

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
Blvd. Milenio #130 Col. San Carlos la Roncha
C.P. 37660 León, Guanajuato
Teléfono: (01-477) 267 2000
www.hraeb.salud.gob.mx

Índice

Introducción	5
Misión, Visión y Valores	6
Programa de Fondo de Protección contra Gastos catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI	7
Cartera de servicios desglosada	8
Cardio Tórax	9
Músculo-Esquelético	22
Nefro - Uro - Trasplante Renal	28
Neurociencias	34
Onco - Hematología	48
Pediatría	59
Servicios clínicos	70
Tracto digestivo	81
Trasplantes	91
Estudios de Gabinete	92

Introducción

Somos un grupo de profesionales comprometidos con el deber de servir, brindando atención médica especializada en favor de la población infantil y adulta de la región del Bajío, que comprende los estados de: Guanajuato, Aguascalientes, Jalisco, Michoacán y Zacatecas. Con esto, deseamos acercar el servicio a los pacientes para que ya no tengan que acudir a los hospitales de la ciudad de México.

El Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), dependiente de la Secretaría de Salud de Gobierno Federal, atiende pacientes referidos por algún hospital de segundo nivel de atención.

Contamos con varias especialidades para resolver problemas de atención médica de alta complejidad, poco comunes, que afectan a la población. Los equipos médicos que tenemos permiten un diagnóstico y tratamiento seguro y oportuno. En nuestro hospital también se forman especialistas y se desarrolla investigación, tendiente a tratar de mejor manera a nuestros pacientes.

Deseamos que en esta cartera de servicios, usted pueda encontrar información de su interés y utilidad. Siempre será bienvenido al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, un hospital con compromiso social.

Misión

Brindar servicios de salud con calidad, eficiencia, oportunidad y seguridad a enfermos que presentan padecimientos que se encuentran en la cartera de servicios del Hospital, y ofrecer trato amable y humanitario a ellos y a sus familiares, vinculando la atención con la formación de recursos humanos. Desarrollar investigación relacionada con el proceso de atención médica proporcionado por el Hospital, que sirva para mejorar el cuidado a los pacientes.

Visión

Ser un hospital con cultura de calidad, que ofrezca seguridad al paciente, y tenga un apropiado clima laboral que facilite a su personal trabajar de manera organizada para apoyar de forma ágil, eficiente y eficaz a sus pacientes, demostrado en los indicadores de desempeño.

Contar con programas de enseñanza que permitan que personal en formación destaque por su nivel académico, y ser un referente nacional para la actualización continua de alto nivel. Tener el reconocimiento nacional por la cantidad y calidad de sus investigaciones y lograr mayor proyección internacional.

Valores

- **Amabilidad**: ser cordiales y respetuosos en la relación con los compañeros de trabajo, los pacientes, familiares y demás usuarios de los servicios.
- **Trabajo en equipo**: impulsar el trabajo conjunto para favorecer el cumplimiento de las metas del hospital.
- **Organización**: trabajar de acuerdo a los manuales de procedimientos, guías de práctica clínicas, protocolos de atención y normativa vigente.
- **Calidad técnica**: ofrecer atención oportuna, basada en la evidencia científica y seguridad del paciente.
- **Comunicación**: mantener inter relación entre las áreas, servicios y alta dirección para ofrecer una atención ágil y de calidad.
- **Eficiencia**: buscar la optimización de los recursos disponibles
- **Honestidad**: conducirse en todo momento con la verdad y apegados a la normatividad y legislación vigente.
- **Espíritu de Servicio**: estar siempre dispuesto para apoyar al paciente o su familiar y tratar de ponerse en su lugar para que reciban la mejor atención.
- **Responsabilidad**: Asumir a cabalidad los deberes de las funciones que se tienen asignadas.
- **Respeto a la dignidad del ser humano**: Conducirnos en la relación con los pacientes y familiares respetando siempre su dignidad, sus derechos y su valor como personas.

Programa de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

El HRAEB está acreditado para ofrecer atención gratuita a través del Programa Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para los siguientes padecimientos:

1. Cáncer de colon y recto
2. Cáncer de mama
3. Cáncer de próstata
4. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad lisosomal (menores de 10 años)
5. Hematopatías malignas (menores de 18 años)
6. Hemofilia (menores de 10 años)
7. Implante coclear (menores de 5 años)
8. Infarto agudo al miocardio (menores de 60 años)
9. Linfoma No Hodgkin
10. Cáncer de testículo
11. Neonatos con insuficiencia respiratoria y prematurez (menores de 5 años)
12. Trasplante de médula ósea
13. Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos-aparato digestivo (menores de 5 años)
14. Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos-aparato urinario (menores de 5 años)
15. Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos-cardiovasculares (menores de 5 años)
16. Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos-columna vertebral (menores de 5 años)
17. Tumor ovárico
18. Tumores sólidos del sistema nervioso central (menores de 18 años)
19. Tumores sólidos fuera del sistema nervioso central (menores de 18 años)
20. Trasplante renal (menores de 18 años)
21. Trasplante de córnea

Programa Seguro Médico Siglo XXI

Para los pacientes menores de 5 años se ofrece atención gratuita en las intervenciones que están en la cartera de servicios, cubiertas a través del Programa Seguro Médico Siglo XXI.

CARTERA DE SERVICIOS DESGLOSADA

CARDIO TÓRAX

ANGIOLOGÍA, CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
1.- Enfermedad arterial periférica: isquemia crítica, insuficiencia arterial subaguda no relacionada a trauma, Trombosis o embolia arterial subaguda.	• Diagnóstico con base clínica y apoyado por ultrasonido doppler (si se dispone del recurso) en paciente con tiempo de evolución clínica menor a 2 semanas. • A consulta externa con prioridad alta .
2.- Insuficiencia arterial aguda (urgencia / emergencia médico quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica y apoyado por ultrasonido doppler (si se dispone del recurso) en paciente con tiempo de evolución clínica menor a 8 horas.
3.- Insuficiencia arterial crónica, claudicación intermitente:	• Diagnóstico con base clínica y apoyado por ultrasonido doppler (si se dispone del recurso) No importando tiempo de evolución.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
4.- Enfermedad aneurismática: aneurisma de aorta abdominal no roto, aneurisma de aorta torácica no roto, disección de aorta torácica, aneurismas de arterias periféricas.	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen (ultrasonido doppler duplex, angiotomografía o arteriografía).
5.- Malformaciones arteriovenosas periféricas (no viscerales): venosas, arteriales, mixtas.	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen (ultrasonido doppler duplex, angiotomografía, arteriografía o resonancia magnética.
6.- Trombosis venosa profunda aguda y/o complicada (flegmasia o compromiso arterial) (urgencia médico quirúrgica).	• Diagnóstico con base clínica (criterios de Wells) y apoyado por ultrasonido doppler (si se dispone del recurso) o Dímero D en pacientes con tiempo de evolución clínica menor a 7 días.
7.- Trombosis venosa profunda no complicada o subaguda o síndrome pos-trombótico.	• Diagnóstico con base clínica (Criterios de Wells) y apoyado por ultrasonido doppler (si se dispone del recurso) o Dímero D más tiempo de evolución MAYOR de 7 días. • Por consulta externa con prioridad alta.
8.- Enfermedad carotídea: Estenosis u oclusiones carotídeas, tumor de cuerpo carotídeo, kinkin o rizos carotídeos.	• Diagnóstico con base clínica e indispensable apoyo con estudios de imagen (ultrasonido doppler duplex o angiotomografía o arteriografía).
9.- Insuficiencia venosa crónica: a) En pacientes con obesidad mórbida b) En pacientes con riesgo cardiovascular ASA IV.	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen (ultrasonido doppler duplex). • Indispensable: 1. Clasificacion de CEAP. 2. Valoración prequirúrgica.
10.- Cirugía vascular en pacientes con insuficiencia renal crónica: Fístula arteriovenosa (FAV) para hemodiálisis, desmantelamiento de FAV.	• Diagnóstico con base clínica • Es indispensable que: 1. Tenga valoración por nefrología o medicina interna de unidad de hemodiálisis 2. Paciente metabólicamente estable con catéter

FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN

11.- Infarto agudo del miocardio: dentro de las primeras 12 horas de iniciado el cuadro clínico (Emergencia médica).	• Diagnóstico con base clínica y uno o más de lo siguiente:
	  • Elevación de alguno de los marcadores cardio- específicos CPK, MB ó troponinas T ó I.
	  • Electrocardiográficamente con supradesnivel del segmento ST.

12.- Infarto agudo del miocardio sometido a terapia de re-perfusión con fibrinolíticos dentro de las primeras 12 horas de evolución, (urgencia médica) que requiera angioplastía coronaria de rescate:	• Que el paciente no haya presentado criterios indirectos de re-perfusión: disminución del dolor precordial, lavado enzimático y disminución del segmento ST.
13.- Hipertensión arterial secundaria:	• Hipertensión arterial sistémica en menores de 35 años.
14.- Hipertensión arterial de difícil control:	• Paciente con cumplimiento adecuado de indicaciones médicas y uso de cuatro o más antihipertensivos durante 30 días sin que se hayan logrado normalizar sus cifras tensionales.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
15.- Complicaciones de infarto agudo del miocardio (urgencia / emergencia médica):	• Referido por cardiólogo, médico internista o urgenciólogo por una o más de las complicaciones siguientes: • Angina post-infarto: Se presenta a las 72 horas posterior al infarto. • Insuficiencia cardíaca (clase funcional III o IV de Killip y Kimball): Estertores crepitantes bilaterales en más del 50% de los campos pulmonares o en franco edema agudo pulmonar y/o choque cardiogénico. • Alteraciones del ritmo cardiaco: Bloqueo AV de 2º Grado Mobitz II con o sin datos de bajo gasto // Bloqueo Aurículo-Ventricular completo // Taquicardia ventricular con QRS ancho. • Paro cardio-respiratorio exitosamente reanimado. • Complicaciones mecánicas: Ruptura del septum interventricular / insuficiencia mitral por disfunción o ruptura de músculo papilar / Ruptura de la pared libre. • Infarto de localización inferior complicado con extensión al ventrículo derecho: ECG con supradesnivel del segmento ST en V3 y V4 derechas.
16.- Angina inestable de alto riesgo:	• Angina considerada de alto riesgo con cuadro clínico compatible, refractaria a tratamiento médico y con cambios electrocardiográficos, consistentes en supra o infra desnivel del segmento ST, sin elevación enzimática, con o sin compromiso hemodinámico.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
17.- Infarto agudo del miocardio sin elevación del segmento ST (Urgencia médica):	• Cuadro clínico compatible con infarto agudo del miocardio, (sin elevación del segmento ST) pero con elevación enzimática (Troponina y/o CPK MB).
18.- Secuelas valvulares de fiebre reumática (estenosis/ insuficiencia, mitral, aórtica, tricuspídea):	• Corroborada a través de ecocardiograma transtorácico o transesofágico.
19.- Taponamiento cardíaco (emergencia médica):	• Diagnóstico clínico apoyado con ECG y/o ecocardiograma. / Hipotensión refractaria a vasopresores, ruidos cardiacos velados y alteraciones electrocardiográficas. Confirmación por ecocardiografía (si se dispone del recurso en forma inmediata).
20.- Bloqueo aurículo-ventricular: segundo grado tipo Mobitz II y bloqueo AV completo, con fines de colocación de marcapaso definitivo (urgencia médica).	• Cuadro clínico compatible con o sin datos de bajo gasto y confirmación mediante electrocardiograma.
21.- Endocarditis infecciosa tributaria o potencialmente tributaria de cirugía (urgencia médica):	• Diagnóstico apoyado en cuadro clínico compatible y hemocultivos positivos y/o masas oscilantes identificadas por ecocardiografía.
22.- Disfunción protésica aguda (Emergencia médica):	• Diagnóstico con base en antecedente de colocación de prótesis valvular, falla ventricular, edema agudo pulmonar con o sin choque cardiogénico. Ecocardiograma (si se dispone del recurso en forma inmediata).
23.- Tromboembolia pulmonar aguda (emergencia médica):	• Diagnóstico apoyado en la existencia de factores de riesgo para tromboembolia (cirugía reciente, obesidad, otros) con disnea súbita, hipoxemia (confirmada por gasometría u oxímetro de pulso) y taquicardia.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
24.- Taquicardia ventricular sostenida:	• Diagnóstico con base clínica e identificación de taquicardia con QRS ancho de más de 15 segundos de duración.
25.- Tumores cardiacos:	• Diagnóstico confirmado o de sospecha con base en ecocardiograma.
26.- Sincope de probable origen cardiogénico:	• Valoración por médico internista, cardiólogo o urgenciólogo con alta sospecha de ser de orígen cardiogénico.
27.- Miocardiopatias: Restrictiva, dilatada, hipertrófica.	• Diagnóstico con base en cuadro clínico compatible más confirmación ecocardiográfica.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
28.- Cardiopatías congénitas acianógenas de flujo pulmonar aumentado: Persistencia de conducto arterioso, comunicación interauricular, comunicación interventricular, canal aurículo-ventricular completo y parcial, ventana aorto-pulmonar.	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y en el ecocardiograma si se dispone de este último).
29.- Cardiopatías congénitas acianógenas de flujo pulmonar normal: Coartación de aorta, estenosis aórtica, estenosis pulmonar, insuficiencia pulmonar, estenosis mitral. (Algunos casos pueden constituir una urgencia médico-quirúrgica).	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma. Ecocardiografía (si se dispone del recurso). Nota: en los primeros días puede haber cianosis e incluso estado de choque, (estos casos constituyen una urgencia médico - quirúrgica).
30.- Cardiopatías congénitas cianógenas con flujo pulmonar aumentado: Transposición de grandes vasos, conexión anómala parcial o total de venas pulmonares, tronco arterioso común, interrupción del arco aórtico, Ventrículo único. (Algunas pueden constituir urgencia médico-quirúrgica).	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y alteraciones en el electrocardiograma.
31.- Síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico.	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y/o en el ecocardiograma).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
32.- Cardiopatías congénitas cianógenas con flujo pulmonar disminuido: (Cualquiera de ellas puede constituir urgencia / emergencia médica): Tetralogía de Fallot, atresia pulmonar con CIV, atresia tricuspídea, doble vía de salida del ventrículo derecho, síndrome del ventrículo derecho sin fístula coronaria, síndrome del ventrículo derecho hipoplásico con fístula coronaria, anomalía de Ebstein, ventrículo único con estenosis de la pulmonar.	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y en el ecocardiograma si se dispone de este último) Nota: Si existe cianosis en las primeras semanas de vida (un mes), debe considerarse urgencia.
33.- Valvulopatías: Insuficiencia o estenosis aórtica, pulmonar, mitral y/o tricuspídea.	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y en el ecocardiograma si se dispone de este último).
34.- Ventrículo único:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y en el ecocardiograma si se dispone de este último).
35.- Isomerismos atrial:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y en el ecocardiograma si se dispone de este último).
36.- Anomalías coronarias:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y en el ecocardiograma si se dispone de este último).
37.- Anillos vasculares:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica más alteraciones en el esofagograma y/o en el ecocardiograma.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
38.- Fístulas arterio-venosas:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y en el ecocardiograma).
39.- Enfermedad de Kawasaki (urgencia médica):	• Diagnóstico de probabilidad con base en criterios establecidos; fiebre de 5 días de evolución con dos o más de lo siguiente: • Afectación de mucosa bucal (lengua de fresa, mucositis y/o fisuras labiales) / adenopatía cervical / conjuntivitis (sin secreción) / exantema (máculo-papular, escarlatiniforme / edema o descamación de manos y/o pies.
40.- Miocardiopatías: Dilatada, hipertrófica, no compactada, restrictiva, miocarditis (algunos casos pueden constituir una urgencia médica).	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen.
41.- Arritmias cardiacas: Bradiarritmias y taquiarritmias (algunos casos pueden constituir una urgencia médica).	• Diagnóstico con base clínica y alteraciones en el electrocardiograma.
42.- Enfermedades autoinmunes, de la colágena y/o infecciosas: enfermedad de Takayasu, cardiopatía reumática, endocarditis bacteriana, enfermedad inflamatoria del pericardio, pericarditis.	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y/o alteraciones en el electrocardiograma o en estudios de imagen (Rx de tórax y/o ecocardiograma).

CIRUGÍA DEL TÓRAX

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
43.- Neumonía complicada con empiema:	• Diagnóstico con base clínica y radiográfica en paciente con empiema que no muestra evolución adecuada (mejoría significativa), después de siete días de colocación y funcionamiento correcto de sonda pleural y sello de agua. O bien • Que exista fuga aérea que no se resuelva después de 7 días de manejo adecuado con sonda pleural y sello de agua.
44.- Derrame pleural loculado:	• Pacientes con derrame pleural loculado que NO se resuelve con la colocación de una sonda pleural simple y sello de agua después de 5 días de funcionamiento adecuado.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
45.- Neumotórax persistente:	• Paciente con neumotórax y persistencia de fuga aérea y/o falta de expansión pulmonar después de 7 días de colocación y funcionamiento correcto de sonda pleural y sello de agua. O bien • Segundo evento de neumotórax espontáneo bajo cualquier circunstancia independientemente de el tiempo entre un evento y otro.
46.- Complicaciones del trauma de tórax (una vez que el paciente este estable): Fuga aérea persistente, hemotórax coagulado.	• Diagnóstico con base clínica y de estudios de imagen en pacientes NO intubados y hemodinámicamente estables.
47.- Cáncer de pulmón y pleura:	• Diagnóstico de sospecha de cáncer de pulmón o pleura en cualquier etapa, (derrame pleural masivo o recurrente / nódulo pulmonar en estudio / hemoptisis de causa no identificada). O bien: • Diagnóstico confirmado por estudio histopatológico.
48.- Tumores y/o masas de mediastino:	• Diagnóstico con base clínica (incluyendo pacientes con síndrome de vena cava superior) y/o radiográfica, con o sin confirmación histopatológica.
49.- Deformidades de pared torácica:	• Pacientes con alteraciones de la caja torácica del tipo pertus excavatum o carinatum con o sin Síndrome de Marfán asociado. (La edad ideal para envío son 13 años para los varones y 12 para las mujeres en casos asintomáticos). En pacientes sintomáticos enviar a cualquier edad.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
50.- Trastornos de esófago: cáncer, tumores, divertículos, ruptura a pleura.	• Diagnóstico de sospecha con base clínica (paciente con disfagia SIN síntomas neurológicos) y/o con estudios de gabinete. O bien: • Complicaciones posteriores a manejo instrumentado o cirugía de esófago.
51.- Mediastinitis (emergencia médico quirúrgica):	• Sospecha clínica más TAC. • Absceso cervical profundo que desciende hacia la región mediastinal con datos clínicos de choque séptico. O bien: • Ruptura esofágica a mediastino.
52.- Eventración o parálisis diafragmática:	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen.
53.- Enfermedades de la tráquea y vía aérea central: Estenosis traqueal, paciente con traqueostomía o fístula tráqueo- esofágica.	• Antecedente de intubación orotraqueal prolongada y estridor clínico. O bien: • Paciente con cánula de traqueostomía presente.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
54.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:	• Pacientes con diagnóstico clínico y por espirometría (si se dispone del recurso) y con falla al tratamiento inicial (broncodilatadores).
55.- Asma persistente:	• Pacientes con diagnóstico clínico y por espirometría (si se dispone del recurso) y con falla al tratamiento inicial (broncodilatadores).
56.- Tumores de bronquios, pulmón y mediastinales:	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen.
57.- Trastornos del sueño de origen respiratorio:	• Sospecha con base clínica (somnolencia diurna, ronquido).
58.- Secuelas de tuberculosis pulmonar (que requiera manejo quirúrgico):	• Antecedente de tuberculosis pulmonar más síntomas respiratorios actuales como disnea y expectoración.
59.- Derrame pleural de causa no definida:	• Diagnóstico con base clínica y radiográfica en pacientes con recurrencia.
60.- Neumopatía intersticial:	• Sospecha diagnóstica con base clínica y estudios de imagen.
61.- Hemoptisis:	• Diagnóstico con base clínica.
62.- Neumonías complicadas:	• Diagnóstico con base clínica y radiográfica.
63.- Cuerpo extraño en vías respiratorias (algunos casos pueden constituir urgencia / emergencia médica).	• Diagnóstico confirmado o de sospecha con base clínica y radiográfica.
64.- Derrame pleural de causa desconocida:	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica.

MÚSCULO-ESQUELÉTICO
CIRUGÍA DE MANO

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
65.- Padecimientos congénitos que afectan la extremidad torácica: Sindactilias simples o complejas, hemimelia longitudinal radial o cubital, síndrome de bandas constrictivas, hipoplasia o aplasia digital, polidactilia, mano hendida, camptodactilia, clinodactilia, artrogriposis, hipoplasia o aplasia de pulgar.	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica.
66.- Padecimientos metabólicos o sistémicos que afecten muñeca y mano: Deformidades en muñeca y mano que afecten al paciente con artritis reumatoide, artritis gotosa, artritis seronegativa, ruptura no traumática de tendones, etc.	• Diagnóstico con base clínico - radiográfica y de laboratorio.
67.- Padecimientos secundarios a accidentes traumáticos de muñeca y mano. Únicamente.	• Diagnóstico con base clínico - radiográfica por especialista.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
68.- Lesiones en mano, incluye amputación.	• Extremidad amputada trasladada en frío. Ingreso por admisión continua las primeras 6 horas después del accidente.
69.- Secuelas traumáticas o de padecimientos crónico degenerativos: Artritis o artrosis radio-cubital distal, artritis o artrosis trapezo-metacarpal, artritis o artrosis interfalángica, contractura de Dupuytren, inestabilidad ligamentaria en muñeca (radiocubital o intercarpal), inestabilidad ligamentaria en dedos (interfalángica o metacarpo-falángica), pseudoartrosis en huesos del carpo, consolidación viciosa en radio/cubito, necrosis avascular semilunar.	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica y laboratorio.
70.- Lesiones de plexo braquial: Lesión obstétrica, lesión traumática post-natal de plexo braquial supra e infraclavicular.	• Diagnóstico con base clínica.
71.- Lesiones de nervio periférico: Lesiones compresivas y/o traumáticas de nervios periféricos (radial, cubital, mediano, inter-óseo posterior, axilar).	• Diagnóstico con base clínica.

CIRUGÍA MÁXILO - FACIAL

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
72.- Síndromes cráneo-faciales congénitos o malformaciones congénitas o adquiridas (secundarias a resecciones quirúrgicas):	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica en pacientes que requieran reconstrucción mandibular y/o maxilar. • Tomografía de cráneo.
73.- Patología quirúrgica congénita o adquirida de la articulación témporo-mandibular:	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica.
74.- Patología máxilo-facial (quistes, tumores, y neoplasias benignas y malignas de los maxilares y glándulas salivales):	• Diagnóstico clínico con apoyo en estudios de imagen. • Tomografía de cráneo.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
75.- Secuelas de trauma de la región máxilofacial: fracturas mandibulares, de maxilar superior, de piso de órbita y dentoalveolares.	• Diagnóstico clínico con apoyo en estudios de imagen. • Tomografía de cráneo.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
76.- Secuelas de mastectomía	• Diagnóstico con base clínica.
77.- Reconstrucción de secuelas por cáncer y por accidentes:	• Diagnóstico con base clínica.
78.- Secuelas de quemadura	• Diagnóstico con base clínica.
79.- Labio y paladar hendido:	• Diagnóstico con base clínica.
80.- Tumores congénitos y corrección de heridas y cicatrices extensas y/o complejas:	• Diagnóstico con base clínica.
81.- Síndromes cráneo-faciales congénitos o malformaciones congénitas o adquiridas (secundarias a resecciones quirúrgicas):	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica en pacientes que requieran reconstrucción mandibular y/o maxilar. • Referencia elaborada por traumatólogo de segundo nivel.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
82.- Deformidades adquiridas de miembros superiores e inferiores:	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica.
83.- Detención del crecimiento epifisiario:	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica.
84.- Necrosis ósea aséptica idiopática:	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica.
85.- Hipertrofia de hueso, Legg-Calve-Perthes, Coxa Plana y deslizamiento de la epífisis femoral superior (no traumática):	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica.
86.- Deformidades congénitas de cadera: luxación congénita uni y bilateral; sub luxación congénita uni y bilateral y otras deformidades de cadera.	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica.
87.- Deformidades congénitas de los pies: Talipes equinovaro, talipes calcáneo varus, metatarsus varus, pie calcáneo valgus, pie plano congénito (candidato a cirugía) y artrogriposis múltiple congénita.	• Diagnóstico con base clínico – radiográfica. • Referencia elaborada por traumatólogo de segundo nivel.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
88.- Artritis Reumatoide:	• Diagnóstico con base clínica y alteraciones radiográficas. • Estudios de laboratorio
89.- Artritis asociadas con espondiloartritis: Espondiloartropatias, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis asociada a enfermedad intestinal inflamatoria, artritis indiferenciada.	• Diagnóstico de probabilidad o de certeza con base clínica y alteraciones radiográficas.
90.- Enfermedades de tejido conectivo: Lupus eritematoso generalizado, miopatías idiopáticas. polimiositis, dermatomiositis, síndrome de sobreposición de tejído conectivo, enfermedad mixta del tejido conectivo, síndrome de Sjögren, síndrome de antifosfolípidos , esclerodermia.	• Diagnóstico de probabilidad o de certeza con base clínica y alteraciones de laboratorio.
91.- Enfermedades difusas del tejido conjuntivo: Vasculitis, vasculitis de vasos grandes, arteritis de células gigantes. Arteritis de Takayasu, vasculitis de vasos medianos, poliarteritis nodosa, enfermedad de Kawasaki, vasculitis de vasos pequeños, causadas por ANCA, poliangeítis microscópica , granulomatosis de Wegener, síndrome de Churg-Strauss, vasculitis ANCA positiva por drogas causada por inmunocomplejos: vasculitis leucocitoclástica cutánea, síndrome de Schönlein-Henoch. Otras vasculitis de vasos pequeños, crioglobulinemia mixta, síndrome de Behçet vasculitis necrosante, síndrome de Sjögren, síndrome de sobreposición.	• Diagnóstico de probabilidad o de certeza con base clínica y alteraciones de laboratorio.

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA ADULTOS

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
92.- Tumores óseos (maligno y benigno)	• Diagnóstico clínico y estudios de imagen, por lo menos TAC simple del área afectada.
93.- Secuelas de: • Lesiones del hombro • Trastornos de la rótula • Lesiones de cadera • Lesiones de codo	• Diagnóstico con base clínico y estudios de imagen, si es posible IRM.
94.- Rodilla: • Lesión de los ligamentos cruzados anterior y posterior • Lesión multiligamentaria de rodilla • Lesiones meniscales • Menisco discoide	• Diagnóstico con base clínico y estudios de imagen.
95.- Lesiones de tobillo: • Sinovitis • Pinzamiento anterior • Lesiones osteocondrales	• Diagnóstico con base clínico y estudios de imagen.
96.- Procedimientos: Cirugías de reemplazo (Prótesis totales de hombro, codo, cadera y rodilla).	• Diagnóstico con base clínico y estudios de imagen.
97.- Cirugía de mínima invasión: Artroscopía de: Hombro, codo, muñeca, rodilla y tobillo.	• Diagnóstico con base clínica y por lo menos IRM.

NEFRO - URO - TRASPLANTE RENAL

NEFROLOGÍA DE ADULTOS

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
98.- Glomerulopatías primarias:	• Pacientes que reúnan criterios de diagnóstico (clínicos y laboratorio) de: • Síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, glomerulonefritis rápidamente progresiva, hematuria y/o proteinuria en estudio.
99.- Glomerulopatías secundarias:	• Diagnóstico confirmado o de sospecha de nefritis lúpica, amiloidosis, vasculitis sistémica, enfermedad de Fabry, síndrome de alport, microangiopatías trombóticas, síndrome antifosfolípido, mieloma múltiple o enfermedades reumatológicas con afectación renal.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
100.- Insuficiencia renal crónica:	• Exclusivamente pacientes candidatos a protocolo de trasplante renal, con diagnóstico establecido con base clínica y resultados de laboratorio; pueden estar tanto en pre-diálisis como con algún tratamiento sustitutivo renal (diálisis peritoneal o hemodiálisis). • Deben ser enviados por medicina interna o nefrología de la unidad de referencia.
101.- Alteraciones del equilibrio ácido – base:	• Acidosis o alcalosis metabólica persistente de causa no clara, con o sin manifestaciones clínicas.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
102.- Glomerulopatías primarias:	• Pacientes que reúnan criterios de diagnóstico (clínicos y laboratorio) de: • Síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, glomerulonefritis rápidamente progresiva, hematuria y/o proteinuria en estudio. • Deben ser enviados por pediatría o nefrología de la unidad de referencia.
103.- Glomerulopatías secundarias:	• Diagnóstico confirmado o de sospecha de nefritis lúpica, amiloidosis, vasculitis sistémica, enfermedad de Fabry, síndrome de alport, microangiopatías trombóticas, síndrome antifosfolípido, mieloma múltiple o enfermedades reumatológicas con afectación renal. • Deben ser enviados por pediatría o nefrología de la unidad de referencia.
104.- Tubulopatías renales simples o complejas:	• Diagnóstico establecido o sospecha de acidosis tubular renal. • Referido por un hospital de segundo nivel.
105.- Insuficiencia renal crónica:	• Exclusivamente pacientes candidatos a protocolo de trasplante renal, con diagnóstico establecido con base clínica y resultados de laboratorio; pueden estar tanto en pre-diálisis como con algún tratamiento sustitutivo renal (diálisis peritoneal o hemodiálisis).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
106.- Litiasis reno-ureteral:	• Cálculo renal o ureteral confirmado por urografía excretora o bien tomografía computada (no se acepta diagnóstico solo por ultrasonido o clínica).
107.- Litiasis de vesical y / o uretral:	• Se excluye de la cartera de servicios (Los cálculos de vejiga y de uretra pueden ser resueltos en unidades de 2do nivel y no ameritan tecnología de alta especialidad).
108.- Estenosis uretral:	• Diagnóstico confirmado mediante uretrocistografía o uretrocistoscopía (no se acepta diagnóstico con base exclusivamente clínica).
109.- Cáncer de próstata (confirmado o de sospecha):	• Diagnóstico confirmado por histopatología. O bien: • Sospecha diagnóstica por antígeno prostático específico elevado (> a 4 ng/mL).
110.- Tumor renal:	• Tumor renal confirmado mediante tomografía computada (no se acepta diagnóstico solo por ultrasonido o clínica).
111.- Tumor vesical:	• Masa tumoral confirmada mediante urografía excretora, cistoscopía o tomografía computada (no se acepta diagnóstico solamente por ultrasonido o clínica).
112.- Estenosis ureteropiélica:	• Se excluye de la cartera de servicios (Los casos pueden ser resueltos en unidades de 2do nivel y no ameritan tecnología de alta especialidad).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
113.- Disfunción vesicouretral neurógena (Vejiga neurogénica):	• Disfunción vésico-uretral (tracto urinario inferior) ocasionada por una alteración neurológica evidente (trauma, neoplasia o patología degenerativa espinal o encefálica).
114.- Tumor testicular:	• Diagnóstico clínico, con o sin ultrasonido escrotal.
115.- Tumor de pene:	• Diagnóstico clínico, con o sin confirmación histológica.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
116.- Uropatía obstructiva alta (estenosis ureteropiélica):	• Hidronefrosis confirmada mediante ultrasonido, urografía o tomografía.
117.- Extrofia vesical:	• Diagnóstico clínico.
118.- Reflujo vésico-ureteral:	• Diagnóstico confirmado mediante uretocistografía.
119.- Disfunción vésico-uretral neurógena (Vejiga neurogénica):	• Pacientes con disfunción vésico-uretral (tracto urinario inferior) ocasionada por una alteración neurológica evidente (trauma, neoplasias o patologías congénitas de la médula espinal o encefálicas).
120.- Hipospadias y epispadias:	• Diagnóstico clínico.
121.- Alteraciones de la diferenciación sexual (Genitales ambiguos / intersexo):	• Genitales ambiguos. • Hipospadias sin gónadas palpables. • La referencia debe ser etiquetada como “urgente” en función de la necesidad de definición de género.
122.- Pene enterrado y curvaturas congénitas del pene:	• Diagnóstico con base clínica.

NEUROCIENCIAS
AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
123.- Hipoacusia, sordera y acúfenos (uni o bilateral):	• Pacientes que cursan con problemas de audición secundario a: Cortipatía uni o bilateral, ototoxicidad, trauma acústico o barotraumas.
124.- Hipoacusia súbita (urgencia médica):	• Pacientes niños o adultos que cursan con pérdida o disminución súbita de la audición.
125.- Hipoacusia en estudio:	• Recién nacidos, lactantes o niños que cursan con problemas de audición detectado por medio de tamiz auditivo en hospital.
126.- Hipoacusia asociada a malformaciones congénitas de oídos o asociadas a síndromes genéticos:	• Recién nacidos, lactantes o niños que cursan con malformaciones congénitas de oídos o bien con síndromes genéticos en los que se sospeche hipoacusia.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
127.- Clínica de implante coclear:	• Se brinda apoyo a pacientes y familiares que requieran de la colocación, manejo y atención de un implante coclear. • Niños que cuenten con seguro popular (Siglo XXI). • Niños de 5 años o más que dispongan de apoyo económico para implante coclear.
128.- Vértigo postural paroxístico, enf. meniere o neuronitis vestibular:	• Pacientes con sospecha diagnóstica con base clínica (vértigo y/o mareo) y/o de gabinete.
129.- Disfonía, nódulos, pólipos o parálisis cordales:	• Pacientes con sospecha diagnóstica con base clínica (disfonía, alteraciones de voz y/o habla).

130.- GABINETE DE AUDIOLOGÍA

a) Audiometría tonal:	Referido por otorrinolaringología.
b) Campo sonoro:	
c) Electrococleografía:	
d) Emisiones otoacústicas:	
e) Impedanciometrías:	
f) Laringoendoscopías con videograbación y estroboscopía:	
g) Logoaudiometría:	
h) Mapeos (implante coclear):	
i) Nasolaringoendoscopía con videograbación:	
j) Potenciales auditivos de estado estable:	
k) Potenciales de screening:	
l) Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral:	
m) Potenciales miogenos vestibulares:	
n) Soporte y servicios de implante coclear (AB, cochlear y neurolec):	
ñ) Telemetría neural (implante coclear):	
o) Video frenzel con videograbación:	
p) Videonistagmografías con pruebas térmicas y /o pruebas rotatorias:	

NEUROCIRUGÍA ADULTOS

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
131.- Tumores benignos y malignos del sistema nervioso (encefálicos, del tallo cerebral y medulares):	• Diagnóstico con base clínica (signos de hipertensión intracraneana y / o déficit o focalización neurológica) más estudios de imagen.
132.- Aneurismas cerebrales:	• Cualquier tipo de aneurisma cerebral con Hunt y Hess 1, 2 y 3 ó aneurismas cerebrales incidentales. Diagnóstico establecido con base clínica más estudios de imagen.
133.- Otras malformaciones vasculares del sistema nervioso: Fístulas arteriovenosas, angiomas cavernosos, otros.	• Diagnóstico con base clínica (signos de hipertensión intracraneala y / o déficit o focalización neurológica) más estudios de imagen.
134.- Evento vascular cerebral (emergencia / urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica (signos de hipertensión intracraneala y / o déficit o focalización neurológica de presentación aguda) más estudios de imagen que apoyen el diagnóstico.
135.- Padecimientos de la columna vertebral y/o médula espinal: etiología traumática, degenerativa, vascular , tumoral o infecciosa.	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen en pacientes SIN déficit neurológico completo (paraplejia).
136.- Hidrocefalia:	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen.
137.- Absceso cerebral:	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen.
138.- Empiema subdural:	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen.
139.- Neurocisticercosis y otras parasitosis del sistema nervioso central:	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
140.- Tumores benignos y malignos del sistema nervioso (encefálicos, del tallo cerebral y medulares): Gliomas (astrocitomas y ependimomas), meduloblastomas, craneofaringiomas, otros.	• Diagnóstico con base clínica (signos de hipertensión intracraneana y / o déficit o focalización neurológica) más apoyo por estudios de imagen.
141.- Encefaloceles:	• Diagnóstico con base clínica.
142.- Craneosinostosis:	• Diagnóstico con base clínica (morfología craneal característica) más estudios de imagen que apoyen el diagnóstico (al menos radiografía simple de cráneo en AP y lateral).
143.- Malformaciones vasculares del sistema nervioso: Fístulas arteriovenosas, angiomas cavernosos, otros.	• Diagnóstico con base clínica (signos de hipertensión intracraneala y / o déficit o focalización neurológica) más estudios de imagen que apoyen el diagnóstico (al menos tomografía craneal simple y contrastada).
144.- Evento vascular cerebral (emergencia / urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica (signos de hipertensión intracraneala y / o déficit o focalización neurológica de presentación aguda) más estudios de imagen que apoyen el diagnóstico (al menos tomografía craneal simple y contrastada).
145.- Mielomeningocele (urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica.
146.- Otros defectos del tubo neural: meningocele, lipomas espinales (medulares) médula anclada, otros.	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen (al menos radiografía simple o ultrasonido).
147.- Hidrocefalia congénita y adquirida:	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen (al menos ultrasonido transfontanelar o tomografía simple de cráneo).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
148.- Absceso cerebral:	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen (al menos tomografía simple y contrastada de cráneo).
149.- Empiema subdural:	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen (al menos tomografía simple y contrastada de cráneo).
150.- Neurocisticercosis y otras parasitosis del sistema nervioso central:	• Diagnóstico con base clínica más estudios de imagen (al menos tomografía simple y contrastada de cráneo).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
151.- Enfermedades musculares y de la placa neuromuscular: Miastenia gravis, síndrome de Eaton Lambert, miopatías, distrofias.	• Sospecha diagnóstica con base clínica.
152.- Neuropatías periféricas: Mononeuritis, polineuropatías múltiples, enfermedades desmielinizantes.	• Sospecha diagnóstica con base clínica. • (Si se encuentra en condición crítica se aceptará de acuerdo a disponibilidad de espacio).
153.- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso: Demencias, movimientos involuntarios (Parkinson, distonias, espasmos), esclerosis lateral amiotrófica, ataxias.	• Sospecha diagnóstica con base clínica.
154.- Enfermedad vascular cerebral: Infarto cerebral en pacientes menores de 40 años, hemorragia subaracnoidea, vasculitis cerebral.	• Sospecha diagnóstica con base clínica.
155.- Enfermedades desmielinizantes: Esclerosis múltiple, encefalomielitis diseminada aguda, enfermedad de Devic, otras.	• Sospecha diagnóstica con base clínica.
156.- Epilepsia refractaria y síndromes epilépticos catastróficos:	• En pacientes con epilepsia sin control de las crisis convulsivas a pesar de terapia antiepiléptica con dos fármacos a dosis terapéuticas.
157.- Neuropatías periféricas en estudio:	• Pacientes mayores de 18 años. • Agudas o subagudas (con menos de un mes de evolución). • Generalizadas o focales tanto motoras como sensitivas.
158.- Síncope no cardiaco:	• Pacientes mayores de 18 años. • Síncope documentado clínicamente. • Causa cardíaca descartada.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
159.- Epilepsias refractarias:	• Diagnóstico clínico en pacientes sin respuesta al tratamiento con antiepilépticos de primera generación (Difenilhidantoninato, fenobarbital, valproato, carbamazepina).
160.- Epilepsia de reciente inicio:	• Diagnóstico con base clínica (con o sin electroencefalograma).
161.- Estado epiléptico (urgencia médica):	• Diagnóstico con base clínica (con o sin electroencefalograma). • Enviar solicitud de referencia simultánea a la unidad de terapia intensiva pediátrica.
162.- Enfermedades neuromusculares:	• Diagnóstico confirmado de sospecha con base clínica, de laboratorio y/o gabinete.
163.- Errores congénitos del metabolismo:	• Ver cartera de Genética.
164.- Enfermedades desmielinizantes del SNC: mielitis, encefalomielitis, esclerosis múltiple, otras (algunos casos pueden constituir una emergencia médica).	• Diagnóstico con base clínica (con o sin estudios de gabinete). • (Si se encuentra en condición crítica se aceptará de acuerdo a disponibilidad de espacio en terapia intensiva pediátrica).
165.- Migraña complicada y estado migrañoso:	• Diagnostico con base clínica.
166.- Tumores cerebrales:	• Ver cartera de neurocirugía pediátrica.
167.- Encefalopatías progresivas y genéticamente determinadas:	• Diagnóstico clínico (con o sin estudios de gabinete).
168.- Distonías severas, temblor idiopático y ataxias no infecciosas (algunos casos pueden constituir una emergencia médica):	• Diagnóstico con base clínica. • (Si se encuentra en condición crítica se aceptará de acuerdo a disponibilidad de espacio en terapia intensiva pediátrica).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
169.- Trastornos del espectro autista:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica mas pruebas psicológicas específicas de autismo (indispensables).
170.- Trastornos Neuropsiquiátricos:	• Se excluye de cartera de servicios.
171.- Investigación de Epilepsia en niños con Trastornos del Sueño:	• Diagnóstico clínico.
172.- Enfermedades neurocutáneas:	• Diagnóstico con base clínica.
173.- Neuropatías periféricas: Mononeuritis, polineuropatías múltiples, enfermedades desmielinizantes.	• Sospecha diagnóstica con base clínica. • (Si se encuentra en condición crítica o con necesidad de ventilación mecánica se aceptará de acuerdo a disponibilidad de espacio en terapia intensiva pediátrica).
174.- Trastornos del movimiento en parálisis cerebral infantil o en enfermedades genéticas con distonías o espasticidad:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica.

OFTALMOLOGÍA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
175.- Catarata congénita:	• Diagnóstico con base clínica.
176.- Catarata: Infantil, juvenil, traumática, metabólica, senil y complicada:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo.
177.- Glaucoma no controlado:	• Diagnóstico clínico y tratamiento realizado por oftalmólogo sin control a pesar de terapia médica máxima.
178.- Hemorragia vítrea crónica:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo: 1. Primera hemorragia con más de 3 meses sin reabsorción. O bien: 2. Hemorragia vítrea recidivante:
179.- Retinopatía diabética no proliferativa moderada a severa, no fotocoagulada:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo .
180.- Retinopatía diabética proliferativa:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo: 1. Que el área macular se encuentre sin compromiso. 2. No se aceptan pacientes con desprendimiento de retina traccional total o con involucro macular así como ojos ciegos.
181.- Desprendimiento de retina regmatógeno (urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo: 1. No se aceptan pacientes con desprendimientos con involucro macular de más de 6 meses de evolución.
182.- Degeneración macular relacionada a la edad tipo húmeda:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo. 1. No se aceptan pacientes con degeneración macular cicatricial relacionada a la edad.
183.- Retinoblastoma (urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico confirmado o de sospecha realizado por oftalmólogo o por pediatra.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
184.- Uveítis crónicas, recidivantes o de difícil control:	• Diagnóstico con base clínica y datos exploratorios. • Diagnóstico clínico y referencia realizadas por oftalmología.
185.- Estrabismo:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo.
186.- Trastornos palpebrales: Lagoftalmos paralítico, ptosis palpebral que ocluya eje visual ó ectropión paralítico, ectropión cicatrizal o que condicione riesgo de perforación corneal, secuelas de parálisis facial, entropión.	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo.
187.- Orbitopatía tiroidea (ocasionalmente puede constituir una urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo en paciente que presente compromiso de músculos extraoculares, nervio óptico y/o corneal.
188.- Ojo ciego doloroso:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo y que no se controle con terapia medica máxima.
189.- Tumores malignos de párpado y conjuntiva:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo especificando el tipo de tumor sospechado.
190.- Masas ocupativas de la órbita:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo.
191.- Obstrucciones de vía lagrimal:	• Diagnóstico clínico realizado por oftalmólogo en paciente que presente saco retenedor o dacriocistitis crónicas de repetición.
192.- Fotocoagulación Retiniana:	• Solicitado por médico oftalmólogo y especificando en hoja de referencia.
193.- Capsulotomía con Yag laser:	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a tratar.
194.- Iridotomía con Yag laser:	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a tratar.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
195.- Campimetría automatizada:	• Especificar el diagnóstico del paciente y de preferencia el tipo de campimetría que requiere.
196.- Fluorangiografía retiniana:	• Solicitado por médico oftalmólogo. • Especificar el diagnóstico. • Especificar el ojo de interés.
197.- Ultrasonido modo AB:	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a realizar estudio.
198.- Cálculo lente intraocular:	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a realizar estudio.
199.- Tomografía óptica coherente:	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a realizar estudio.
200.- Topografía corneal:	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a realizar estudio.
201.- Paquimetría corneal:	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a realizar estudio.
202.- Tomografía de nervio óptico	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a realizar estudio.
203.- Tomografía macular	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a realizar estudio.
204.- Queratocono grado 3 ó 4	• Solicitado por médico oftalmólogo. Especificar el ojo a realizar estudio.
205.- Opacidades corneales	• Candidato a queratoplastía penetrante

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
206.- Desviaciones rinoseptales y obstrucción nasal:	• Diagnóstico con base clínica.
207.- Sinusitis agudas y crónicas complicadas con celulitis, absceso preseptal, postseptal, orbitario o subperióstico (muchos casos pueden corresponder a una urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen.
208.- Mucoceles y mucopioceles de senos paranasales:	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen disponibles.
209.- Enfermedades granulomatosas de nariz y senos paranasales: escleroma respiratorio, tuberculosis, granulomatosis de Wegener, otras:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica.
210.- Micosis de nariz y/o senos paranasales: Rinoesporidiosis, mucormicosis, aspergilosis, otras:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica.
211.- Tumores benignos de nariz y senos paranasales: poliposis, papiloma, nasoangiofibroma juvenil, hemangioma, osteoma:	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen.
212.- Otitis media crónica (con o sin colesteatoma):	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen.
213.- Otitis media aguda o crónica complicada (algunos casos pueden corresponder a una urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen.
214.- Absceso superióstico (muchos casos pueden corresponder a una urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen.
215.- Otitis media recurrente:	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen.
216.- Otoesclerosis:	• Diagnóstico con base clínica. • Enviado por otorrinolaringología.
217.- Nódulos, pólipos, quistes y granulomas laríngeos:	• Diagnóstico con base clínica. • Enviado por otorrinolaringología.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
218.- Edema de Reinke:	• Diagnóstico con base clínica. • Enviado por otorrinolaringología.
219.- Tumores malignos de laringe:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica.
220.- Síndrome de apnea obstructiva del sueño:	• Diagnóstico con base clínica.
221.- Roncador habitual:	• Diagnóstico con base clínica.

ONCO - HEMATOLOGÍA

HEMATOLOGÍA DE ADULTOS

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
222.- Anemias no ferropénicas: Aplásica, hemolíticas, perniciosa.	• Diagnóstico confirmado o de sospecha con base clínica más alteraciones de laboratorio.
223.- Leucemias: agudas (urgencia médica) y crónicas.	1. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo. o bien: 2. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o alteraciones en la biometría hemática.
224.- Neoplasias mieloproliferativas: Policitemia vera, trombocitemia esencial primaria, mielofibrosis.	1. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo. o bien: 2. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o alteraciones en la biometría hemática.
225.- Linfoma: Hodgkin y no Hodgkin.	1. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o masa mediastinal en la Rx de tórax. o bien: 2. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
226.- Síndrome mielodisplásico:	1. Diagnóstico confirmado. o bien: 2. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o alteraciones en la biometría hemática.
227.- Mieloma múltiple:	• Sospecha diagnóstica con base clínica y estudios de laboratorio.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
228.- Trombocitopenia inmune primaria (urgencia médica):	• Sospecha diagnóstica con base clínica (síndrome purpúrico) más trombocitopenia (<50 000 / mmc).
229.- Hemocromatosis.	• Sospecha diagnóstica con base clínica y alteraciones de laboratorio.
230.- Coagulopatías (excepto hemofilia):	• Ausencia de antecedentes familiares de hemofilia más sospecha diagnóstica con base clínica con tiempos de coagulación anormales (protrombina, trombina y/o parcial de tromboplastina).
231.- Hemoglobinuria paroxística:	• Diagnóstico de sospecha o confirmado con base clínica y alteraciones de laboratorio.

HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
232.- Leucemias: Linfoblástica y mieloblástica agudas (urgencia médica) / granulocítica crónica.	1. Diagnóstico confirmado o bien: 2. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o alteraciones en la biometría hemática.
233.- Hemofilia A y B (algunos casos pueden implicar urgencia o emergencia médico – quirúrgica):	• Sospecha diagnóstica con base clínica, antecedentes familiares más tiempo de tromboplastina parcial anormal.
234.- Otras coagulopatías:	• Sospecha diagnóstica con base clínica más tiempos de coagulación alterados (protrombina, trombina y/o parcial de tromboplastina).
235.- Púrpura trombocitopénica inmune (algunos casos pueden implicar urgencia o emergencia médica):	• Sospecha diagnóstica con base clínica (síndrome purpúrico) más trombocitopenia (<50 000 / mmc).
236.- Hemoglobinopatías (talasemias):	• Sospecha diagnóstica con base clínica (anemia confirmada) y/o otras alteraciones de laboratorio.
237.- Síndrome mielodisplásico:	1. Diagnóstico confirmado o bien: 2. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o alteraciones en la biometría hemática.
238.- Anemia hemolítica no inmune y autoinmune:	1. Diagnóstico confirmado o bien: 2. Sospecha diagnóstica con base clínica más alteraciones de laboratorio.
239.- Anemia aplásica:	1. Diagnóstico confirmado o bien: 2. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o alteraciones en la biometría hemática.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
240.- Síndromes congénitos de falla medular:	1. Diagnóstico confirmado o bien: 2. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o alteraciones en la biometría hemática.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
241.- Linfomas: Hodgkin y no Hodgkin:	1. Sospecha diagnóstica con base clínica y/o masa mediastinal en la Rx de tórax. O bien: 2. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
242.- Histiocitosis de Células de Langerhans:	1. Sospecha diagnóstica con base clínica más radiología de cráneo o huesos largos. O bien: 2. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
243.- Tumores de Sistema Nervioso Central: Astrocitoma de alto y bajo grados, médulo-blastoma y tumor neuroectodérmico primitivo supratentorial, ependimomas, tumores de células germinales.	1. Sospecha diagnóstica clínica con base en sintomatología, exploración neurológica anormal y/o estudios de imagen. O bien: 2. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
244.- Retinoblastoma:	1. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo. o bien 2. Sospecha con base en hallazgos exploratorios y/o estudios de imagen.
245.- Osteosarcoma:	1. Sospecha clínica más Rayos X comparativa de la extremidad afectada (húmero o fémur). O bien: 2. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
246.- Sarcoma de Ewing y tumor neuroectodérmico primitivo:	1. Sospecha clínica más Rayos X de extremidad afectada (huesos largos, columna). O bien: 2. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
247.- Tumores renales: Wilms y No Wilms.	1. Sospecha con base clínica y/o estudios de imagen. O bien: 2. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
248.- Sarcomas de partes blandas:	1. Sospecha clínica con base en hallazgos a la exploración física y/o ultrasonido de sitio afectado. O bien: 2. Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
249.- Tumores hepáticos: hepatoblastomas y hepatocarcinomas.	• Sospecha clínica con base en hallazgos a la exploración física más ultrasonido abdominal. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
250.- Neuroblastoma:	• Sospecha clínica por tumoración abdominal /ultrasonido en el sitio afectado (cuello, abdomen) o Rx de abdomen. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
251.- Tumores de células germinales gonadales y extragonadales:	• Sospecha clínica por tumoración en ovario y/o testículo/ ultrasonido de abdomen (en el caso de mujeres) y testicular en hombre. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
252.- Tumores de cabeza y cuello:	• Identificación clínica o por estudios de imagen de tumoración en cabeza o cuello. O bien: • Diagnóstico confirmado de cáncer SIN tratamiento oncológico previo.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
253.- Tumores germinales de mediastino:	• Sospecha clínica más estudios de imagen (Rx de tórax y/o tomografía). O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo
254.- Tumores retroperitoneales:	• Sospecha clínica más estudios de imagen (ultrasonido abdominal / Rx de abdomen o tomografía). O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
255.- Tumores de cabeza y cuello: Tumores de glándulas salivales, tumores de la cavidad nasal y senos paranasales, tumores de la cavidad oral, tumores de labio, cáncer de faringe, cáncer de laringe, cáncer de esófago cervical, sarcomas de cabeza y cuello. Tumores intra-craneales y tumores oculares (Ver carteras de neurocirugía y oftalmología).	• Identificación clínica o por estudios de imagen de tumoración en cabeza o cuello. O bien: • Diagnóstico confirmado de cáncer SIN tratamiento oncológico previo.
256.- Tumores del Sistema Nervioso Central:	• Ver cartera de neurocirugía.
257.- Tumores oculares y de la órbita:	• Ver cartera de oftalmología (tumores palpebrales y masas ocupativas de la órbita).
258.- Cáncer de mama:	• Diagnóstico confirmado por biopsia SIN tratamiento oncológico previo. Nota: en caso de tratamiento previo debe hacerse una descripción detallada del mismo (quirúrgico, quimio y radioterapia recibida) y la aceptación quedará a criterio del HRAEB. O bien: • Diagnóstico de sospecha con base clínica más estudios de imagen (ultrasonido y/o mastografía).
259.- Tumores intratorácicos: Cáncer del pulmón, tumores germinales de mediastino, mesotelioma, otros.	• Sospecha clínica más estudios de imagen (Rx de tórax y/o tomografía). O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo. • Referido por unidad médica de cualquier nivel de atención.
260.- Lesiones sospechosas BIRADS IV Y V	• Diagnóstico de sospecha con base clínica más estudios de imagen (ultrasonido y /o mastografía).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
261.- Tumor de mama sin diagnóstico	• Diagnóstico de sospecha con base clínica más estudios de imagen (ultrasonido y /o mastografía).
262.- Tumor de glándula tiroides sin diagnóstico y paratiroides	• Diagnóstico de sospecha con base clínica más estudios de imagen.
263.- Tumores del tracto genital femenino: Cáncer de ovario, sarcomas uterinos, cáncer de vulva. (NO SE INCLUYE cáncer cervicouterino).	• Sospecha clínica con base en hallazgos a la exploración física y/o estudios de imagen del sitio afectado. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
264.- Sarcomas de partes blandas:	• Sospecha clínica con base en hallazgos a la exploración física y/o ultrasonido del sitio afectado. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
265.- Tumores óseos:	• Ver cartera de traumatología y ortopedia adultos.
266.- Tumores malignos de piel: basocelular, epidermoide, melanoma, otros.	• Diagnóstico confirmado mediante biopsia SIN tratamiento oncológico previo. O bien: • Diagnóstico de probabilidad con base clínica (incluyendo características macroscópicas de la lesión).
267.- Tumores del aparato digestivo: esófago, estómago, duodeno, intestino delgado, colon, recto y ano.	• Diagnóstico de sospecha con base clínica y estudios de imagen / endoscópicos. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
268.- Cáncer hepático:	• Diagnóstico de sospecha con base clínica más masa identificada en estudios de imagen (preferentemente ultrasonido o tomografía). O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
269.- Cáncer de vesícula o de vías biliares:	• Diagnóstico de sospecha con base en clínica (dolor, pérdida de peso, historia o no de ictericia) y estudio de imagen como ultrasonido o tomografía o CPRE. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
270.- Cáncer de páncreas:	• Sospecha con base en clínica y estudio de imagen como ultrasonido o tomografía o CPRE. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
271.- Cáncer de testículo:	• Sospecha diagnóstica con base clínica y estudio de imagen. O bien: • Diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.
272.- Cáncer de próstata:	• Ver cartera de urología adultos.
273.- Tumores retroperitoneales:	• Sospecha clínica más estudios de imagen (ultrasonido abdominal / Rx de abdomen / tomografía) o bien diagnóstico confirmado SIN tratamiento oncológico previo.

Nota: No se aceptan pacientes para seguimiento oncológico.

PEDIATRÍA
CIRUGÍA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
274.- Atresia de esófago (urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico probable o confirmado con base clínico-radiográfica.
275.- Atresia de intestino y otras malformaciones (urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico probable o confirmado con base clínico-radiográfica.
276.- Hipertrofia congénita de píloro:	• Diagnóstico probable o confirmado con base clínico-radiográfica.
277.- Hernia umbilical:	• Diagnóstico clínico cuando se trate de paciente con comorbilidades que hagan conveniente su cirugía en el HRAEB.
278.- Hernias inguinales:	• Diagnóstico clínico cuando se trate de paciente con comorbilidades que hagan conveniente su cirugía en el HRAEB.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
279.- Gastrosquisis (urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica.
280.- Onfalocele (urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica.
281.- Quiste tirogloso:	• Diagnóstico con base clínica.
282.- Higroma quístico de cuello:	• Diagnóstico con base clínica.
283.- Estenosis esofágica secundaria a ingesta de cáusticos:	• Ver cartera de servicios de gastropediatría.
284.- Enfermedad por reflujo gastro-esofágico:	Diagnóstico clínico con apoyo de estudios de imagen en pacientes que presenten uno o más de lo siguiente: • Fracaso en el tratamiento médico adecuado por más de seis meses. • Manifestaciones y secuelas tardías (Síndrome de Sandifer). • Apnea de sueño (riesgo de síndrome de muerte infantil súbita). • Hemorragia por esofagitis, diagnosticada por esofagoscopia y toma de biopsia . • Desnutrición de segundo o tercer grado secundaria al vómito. • Estómago en tórax (más de 20%).
285.- Enfermedad de Hirschsprung:	• Ver cartera de gastropediatría.
286.- Malformaciones ano rectales (urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica y radiográfica.
287.- Hernia diafragmática (urgencia médico - quirúrgica):	• Diagnóstico con base clínica y radiográfica.
288.- Quiste de colédoco:	• Diagnóstico confirmado o de probabilidad con base clínica y/o estudios de imagen.
289.- Atresia de vías biliares (algunos casos pueden constituir una urgencia médico - quirúrgica):	• Ver cartera de gastropediatría.
290.- Parálisis diafragmática:	• Diagnóstico con base clínica y/o radiográfica.
291.- Hernia diafragmática:	• Diagnóstico con base clínica y/o radiográfica.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
292.-Pseudo quiste pancreático:	• Diagnóstico establecido con base clínica y estudios de imagen.
293.- Ginecomastia:	• Pacientes en los que se haya descartado enfermedad endocrinológica y neoplasia.
294.- Nefroblastoma o tumor de Wilms:	• Ver cartera de oncología pediátrica.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
295.- Talla baja:	• Talla por debajo de la percentila 3 para la edad, más peso adecuado para la talla (sin desnutrición), sin enfermedades sistémicas o displasias óseas.
296.- Diabetes mellitus tipo I Diabetes mellitus tipo II en menores de 18 años:	• Diagnóstico establecido con base en glucemia mayor de 126 mg% en ayuno de 8 horas o bien mayor de 200 mg% después de realizada curva de tolerancia a la glucosa. • En caso de cetoacidosis diabética, enviar nota de referencia por fax y comunicarse vía telefónica.
297.- Obesidad:	• Índice de masa corporal arriba de la percentila 95.
298.- Hipoglucemia persistente del recién nacido:	• Glucemia menor de 50 mg% persistente en niños mayores de 15 días que no permite liberarlo de glucosa parenteral.
299.- Alteraciones de la diferenciación sexual (Genitales ambiguos / intersexo):	• Genitales ambiguos. • Hipospadias sin gónadas palpables. • La referencia **debe ser etiquetada como "urgente"** en función de la necesidad de definición de género.
300.- Pubertad precoz:	• Desarrollo mamario o de vello púbico en niños o niñas antes de cumplir los 8 años.
301.- Pubertad retrasada:	• Ausencia de desarrollo mamario en niñas mayores de 13 años. • Volumen testicular prepuberal en niños mayores de 14 años.
302.- Hipoparatirodismo:	• Hipocalcemia persistente con hiperfosfatemia.
303.- Hiperparatiroidismo:	• Diagnóstico con base clínica y alteraciones de laboratorio (hipercalcemia persistente).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
304.- Hiperplasia suprarrenal congénita (muchos casos pueden constituir una urgencia médica):	• Lactantes con sospecha diagnóstica con base clínica y/o alteraciones de laboratorio o bien tamiz neonatal.
305.- Síndrome de Cushing:	Sospecha diagnóstica con base a lo siguiente: • Obesidad (Índice de masa corporal mayor a la percentila 95). • Cara de luna llena. • Cortisol alto.
306.- Panhipopituitarismo:	• Talla por debajo de la percentila 3. • Micropene. • TSH normal o bajo con T4 libre debajo de 0.8 ng/dL. • Hormona de crecimiento baja con somatomedina C baja. • ACTH menor de 5. • Cortisol menor de 5 mg/dL.
307.- Hipotiroidismo primario (urgencia médica):	• Cuadro clínico compatible. • TSH elevada con T4 libre subnormal. • Debe iniciarse tratamiento y etiquetar la referencia como urgente.
308.- Hipotiroidismo secundario:	• Cuadro clínico compatible • TSH normal con T4 libre
309.- Hipertiroidismo (urgencia médica):	• Cuadro clínico compatible. • TSH menor de 0.5 mUI/Ly T4 libre elevada.
310.- Síndromes poliglandulares:	• Cuadro clínico más alguna de las siguientes alteraciones de laboratorio: Hipocalcemia persistente / hiperfosfatemia / hiperglucemia /. • Afectación de 2 o más glándulas (en especial páncreas y tiroides).
311.- Nódulo tiroideo:	• Todos los casos con nódulo tiroideo palpable (confirmado por estudio de imagen si se dispone del recurso).
312.- Cáncer de tiroides (urgencia médica):	• Diagnóstico confirmado por estudio histopatológico.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
313.- Enfermedad por reflujo gastro-esofágico:	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen. • Falta de respuesta a tratamiento medicamentoso adecuado después de 6 semanas.
314.- Trastornos de la motilidad esofágica: Acalasia, estenosis postquirúrgica, otros.	• Diagnóstico con base clínica (odinofagia y/o disfagia) y serie esófago-gastro-duodenal.
315.- Esofagitis cáustica (urgencia médica):	• Diagnóstico con base clínica y el antecedente de ingesta del cáustico.
316.- Estenosis esofágica:	• Diagnóstico con base clínica (odinofagia y/o disfagia así como antecedente quirúrgico o ingesta de cáusticos) y hallazgos en la serie esófago-gastro-duodenal.
317.- Cuerpo extraño en vías digestivas (urgencia médica):	• Diagnóstico clínico y radiográfico.
318.- Hemorragia de tubo digestivo alto / bajo (algunos casos pueden constituir una urgencia / emergencia médica):	• Diagnóstico clínico.
319.- Enfermedad ácido péptica:	• Diagnóstico clínico, sin respuesta a tratamiento adecuado después de 6 semanas.
320.- Hepatopatías por trastornos metabólicos: Enfermedad de Wilson, de Wolman, deficiencia de alfa 1 antitripsina.	• Diagnóstico con base clínica y de laboratorio.
321.- Hipertensión portal:	• Diagnóstico con base clínica.
322.- Síndrome colestásico en estudio (algunos casos pueden constituir una urgencia médico – quirúrgica):	• Diagnóstico clínico más pruebas de funcionamiento hepático con elevación de bilirrubina directa.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
323.- Pancreatitis crónica y/o recidivante:	• Diagnóstico clínico más aumento de lipasa y amilasa en al menos dos episodios independientes o bien: • Documentación tomográfica de cambios pancreáticos consistentes con el diagnóstico de enfermedad crónica.
324.- Hepatitis colestásica o bifásica por virus "A":	• Transaminasemia y colestasis de más de 3 semanas de evolución o bien evolución bifásica (reaparición de manifestaciones clínicas y de laboratorio después de remisión inicial).
325.- Hepatitis aguda por virus C:	• Diagnóstico con base clínica, de laboratorio y confirmación serológica.
326.- Hepatitis crónica:	• Diagnóstico de sospecha con base en manifestaciones clínicas y alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático durante más de 6 meses.
327.- Alergia o intolerancia a proteínas de leche de vaca y/o de soya:	• Diagnóstico de sospecha con base en manifestaciones clínicas.
328.- Diarrea persistente:	• Diarrea persistente mayor de 2 semanas de evolución, sin respuesta a tratamiento adecuado.
329.- Colitis crónicas: ulcerativas, inespecíficas, enfermedad de Chron.	• Sospecha clínica con base en dolor abdominal recurrente, diarrea continua o intermitente (con o sin sangrado y detención del crecimiento) con evolución mayor a 3 meses.
330.- Dolor abdominal persistente / recurrente:	• Diagnóstico con base clínica sin diagnóstico definido después de evaluación básica clínica y paraclínica.
331.- Constipación intestinal:	• Diagnóstico con base clínica, sin respuesta después de tres meses de tratamiento adecuado.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
332.- Desnutrición grado III:	• Diagnóstico con base clínica (somatometría indispensable): Déficit de 40% o mayor del peso para la edad o bien déficit de 30% o mayor del peso para la estatura. • No debe corresponder a desnutrición primaria. • En caso de enfermedad o secuelas neurológicas deben haberse descartado alteraciones en la mecánica de la deglución.
333.- Hirshprung:	• Sospecha con base clínica y alteraciones en Rx de abdomen.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
334.- Anomalías congénitas de la laringe: Laringomalacia, parálisis de cuerdas vocales, estenosis subglótica congénita, hemangioma subglótico, quistes laríngeos, hendidura laríngea.	• Diagnóstico de sospecha con base en estridor con o sin la presencia de dificultad respiratoria.
335.- Anomalías congénitas pulmonares: Malformación adenomatoidea quística, enfisema lobar congénito, quiste broncogénico.	• Diagnóstico (de certeza o probabilidad) con base clínica más estudios de imagen (Rx de tórax y otros dependiendo de los recursos de la unidad de envío).
336.- Anomalías congénitas de la tráquea y/o bronquios: traqueomalacia, estenosis traqueal, malformaciones tráqueo- esofágicas, estenosis bronquial congénita, broncomalacia congénita, otras variantes anatómicas bronquio-traqueales .	• Diagnóstico de sospecha con base clínica. Antecedente de intubación orotraqueal (no indispensable).
337.- Infecciones respiratorias: Neumonías recurrentes (dos o más episodios en un año o bien tres en cualquier momento de la vida),	• Diagnóstico (de certeza o probabilidad) con base clínica más estudios de imagen (Rx de tórax y otros dependiendo de los recursos de la unidad de envío).
338.- Patología o complicaciones pulmonares en niños con padecimientos autoinmunes o inmunodeficiencias congénitas o adquiridas:	• Neumonía en paciente con diagnóstico establecido de enfermedad autoinmune o bien inmunodeficiencia congénita o adquirida (incluye medicación inmunosupresora).
339.- Complicaciones y/o secuelas de infecciones respiratorias: Bronquiectasias, absceso pulmonar, empiema loculado, fístula broncopleural, empiema (que persista más de 3 semanas con tratamiento adecuado), derrame pleural, neumotórax persistentes, neumomediastino.	• Diagnóstico (de certeza o probabilidad) con base clínica más estudios de imagen (Rx de tórax y otros dependiendo de los recursos de la unidad de envío).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
340.- Enfermedad pulmonar intersticial: Infecciosa (aguda), neumonitis intersticial linfoide, alveolitis fibrosante, neumonitis descamativa, neumonitis por hipersensibilidad, alteraciones pulmonares eosinofílicas, colagenosis vascular, proteinosis alveolar.	• Diagnóstico con base clínica y radiográfica (con infiltrado intersticial).
341.- Neumonía lipoídica:	• Sospecha clínica con base clínico radiográfica y antecedente (reciente o remoto) de ingesta de aceite de cualquier tipo.
342.- Hemosiderosis pulmonar:	• Diagnóstico con base clínica y radiográfica.
343.- Asma severa persistente:	• Diagnóstico clínico y requerimientos terapéuticos que cumplan con los criterios aceptados.
344.- Fibrosis quística:	• Sospecha clínica con base clínica y radiográfica.
345.- Displasia broncopulmonar:	• Sospecha clínica con base en prematurez, requerimientos de oxígeno suplementario y alteraciones radiográficas diversas (infiltrado intersticial o en vidrio despulido principalmente).
346.- Enfermedad pulmonar obstructiva del lactante:	• Sospecha clínica con base en síntomas respiratorios persistentes (más de 6 semanas) secundarios a un proceso infeccioso.
347.- Cuerpo extraño en vías respiratorias (algunos casos pueden constituir urgencia / emergencia médica):	• Diagnóstico confirmado o de sospecha con base clínica y radiográfica.

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
348.- Artropatías crónicas: Artritis idiopática juvenil, espondiloartropatías, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reactiva.	• Diagnóstico de probabilidad con base clínica y laboratorio.
349.- Enfermedades del tejido conectivo: Lupus eritematoso sistémico, lupus neonatal, lupus discoide, dermatomiositis, polimiositis, esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conectivo, síndromes de sobreposición.	• Diagnóstico de certeza o probabilidad con base clínica y resultados de laboratorio.
350.- Vasculitis: Leucocitoclástica (Púrpura de Henoch Schönlein), urticariana hipocomplementémica, granulomatosa (Granulomatosis de Wegener, Granulomatosis alérgica o síndrome de Churg Strauss), enfermedad de Behcet, poliarteritis nodosa, arteritis de takayasu, arteritis de células gigantes, arteritis temporal, arteritisprimaria del sistema nervioso central.	• Diagnóstico de certeza o probabilidad con base clínica y resultados de laboratorio.
351.- Enfermedades no inflamatorias: Síndromes benignos de hiperlaxitud, síndromes de amplificación del dolor, fibromialgia, distrofia simpática refleja, fíndrome de Ehlers-Danlos.	• Diagnóstico de certeza o probabilidad con base clínica.
352.- Misceláneas: Síndrome antifosfolípidos (primario y secundario), enfermedad de Raynaud, enfermedad de Kikuchi, sarcoidosis, miositis osificante progresiva, pseudotumor inflamatorio, síndrome de fiebre periódica (asociado o no con faringitis, aftas y adenomegalias), urticaria familiar por frío.	• Diagnóstico de certeza o probabilidad con base clínica y resultados de laboratorio.

SERVICIOS CLÍNICOS
DERMATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
353.- Dermatosis eritematoescamosas: Psoriasis severas, eritrodermia, pitiriasis rosada de Gibert, pitiriasis rubra pilaris, pitiriasis liquenoide, parapsoriasis, liquen plano, enfermedad de Darier, ictiosis.	• Diagnóstico con base clínica sin respuesta a tratamiento convencional.
354.- Dermatosis asociadas a VIH:	• Duda diagnóstica o bien padecimiento dermatológico sin respuesta al tratamiento establecido.
355.- Dermatitis atópica, moderada a severa:	• Diagnóstico con base clínica sin respuesta a tratamiento convencional.
356.- Alteraciones del pigmento: Hipo e hipermelanosis, excepto vitíligo crónico y de larga evolución ya bajo tratamiento, y melasma.	• Duda diagnóstica o falta de respuesta a tratamientos convencionales.
357.- Dermatosis ampollosas: Pénfigo, dermatitis herpetiforme, penfigoide, enfermedad bulosa de la infancia, epidermolisis bulosa, pénfigo benigno familiar.	• Duda diagnóstica o falta de respuesta a tratamientos convencionales.
358.- Síndrome de Stevens Johnson y Necrólisis epidérmica tóxica:	• Diagnóstico con base clínica.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
359.- Dermatosis con reactividad alterada: dermatitis por contacto, dermatitis numular y eccema palmoplantar:	• Duda diagnóstica o falta de respuesta a tratamientos convencionales.
360.- Desordenes inflamatorios dérmicos: Síndrome de Sweet, enfermedades eosinoflilicas, granuloma facial, pioderma gangrenoso, eritema anular centrífugo, granuloma anular.	• Duda diagnóstica o falta de respuesta a tratamientos convencionales.
361.- Patología del pelo: alopecia areata, efluvio telógeno de causa desconocida.	• Duda diagnóstica o falta de respuesta a tratamientos convencionales. • No enviar alopecia androgenética.
362.- Onicomicosis:	• Duda diagnóstica o falta de respuesta a tratamientos convencionales, durante seis meses o más.
363.- Distrofias ungueales:	• Duda diagnóstica o falta de respuesta a tratamientos convencionales.
364.- Sospecha de cáncer de piel: basocelular, epidermoide o melanoma.	• Sospecha diagnóstica con base clínica. • Descripción adecuada de las características morfológicas de la lesión (fotografía clínica si se dispone del recurso). • Identificarse como prioritario o urgente.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
365.- Diabetes Mellitus tipo 1:	• Diagnóstico establecido con base en glucemia mayor de 126 mg % en ayuno de 8 horas o bien mayor de 200 mg % después de realizada curva de tolerancia a la glucosa. • En caso de cetoacidosis diabética, enviar nota de referencia por fax y comunicarse vía telefónica.
366.- Diabetes Mellitus tipo 2:	• Paciente con DM tipo 2 sin que se haya logrado buen control metabólico con tratamiento adecuado más complicaciones crónicas como coronariopatía, nefropatía, enfermedad arterial periférica y/o retinopatía. O bien: • Diabetes tipo 2 en pacientes de alto riesgo cardiovascular (angina estable o inestable o con insuficiencia cardiaca crónica).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
367.- Hipotiroidismo:	Diagnóstico de hipotiroidismo confirmado por laboratorio. Puede tratarse de cualquiera de lo siguiente: • Etiología autoinmune o debido tiroiditis, a tiroidectomía o por fármacos. • Hipotiroidismo secundario o central (por patologìa hipofisiaria). • Hipotiroidismo en el embarazo. • Causa desconocida. • Referida por gineco-obstetricia (en caso de enfermedad tiroidea diagnosticada en el embarazo). Exclusivamente para atención ambulatoria: en caso de cualquier tipo de complicación en la mujer gestante o en el puerperio inmediato (obstétrica o de cualquier otra naturaleza) que requiera de atención hospitalaria debe realizarse en el hospital general que le corresponda. A su egreso solicitar referencia.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
368.- Hipertiroidismo:	Diagnóstico de hipertiroidismo confirmado por laboratorio. Puede tratarse de cualquiera de lo siguiente: • Enfermedad de Graves. • Hipertiroidismo por fármacos. • Adenoma tóxico o bocio multinodular tóxico. • Hipertiroidismo por tiroiditis. • Hipertiroidismo en el embarazo. • Causa no definida. • Referida por gineco-obstetricia (en caso de enfermedad tiroidea diagnosticada en el embarazo), exclusivamente para atención ambulatoria: en caso de cualquier tipo de complicación en la mujer gestante o en el puerperio inmediato (obstétrica o de cualquier otra naturaleza) que requiera de atención hospitalaria debe realizarse en el hospital general que le corresponda. A su egreso solicitar referencia.
369.-Nódulo tiroideo:	• Todos los casos con nódulo tiroideo palpable (confirmado por estudio de imagen si se dispone del recurso).
370.- Cáncer de tiroides (probable o confirmado):	• Diagnóstico de probabilidad con base clínica y laboratorio o gabinete. • Todos los pacientes con diagnóstico confirmado, para tratamiento o seguimiento endocrinológico. • Diagnóstico de adenoma o neoplasia folicular por reporte histopatológico.
371.- Enfermedades suprarrenales: Síndrome de Cushing, insuficiencia, crisis, incidentaloma, masa suprarrenal en estudio, hiperplasia suprarrenal congénita hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, paragangliomas.	• Casos confirmados o bien con diagnóstico de sospecha en caso de pacientes con cuadro clínico y estudios de laboratorio compatibles con alguno de los padecimientos de este grupo.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
372.- Enfermedades hipofisiarias: adenomas, prolactinomas, enfermedad de Cushing, acromegalia, hipopituitarismo, diabetes insípida central, síndrome secreción inapropiada de hormona antidiurética, apoplejía pituitaria, silla turca vacía, hipofisitis, craneofaringioma y otros tumores pituitarios.	• Casos confirmados o bien con diagnóstico de sospecha en caso de pacientes con cuadro clínico y estudios de laboratorio y/o gabinete, compatibles con alguno de los padecimientos de este grupo.
373.- Insulinoma, glucogonoma, VIPoma, gastrinoma, diabetes por otras causas como síndromes genéticos o fármacos, diabetes gestacional, diabetes monogénica (MODY):	• Casos confirmados o bien con diagnóstico de sospecha en caso de pacientes con cuadro clínico y estudios de laboratorio y/o gabinete compatibles con alguno de los padecimientos de este grupo.
374.- Hiper / hipoparatiroidismo:	• Casos confirmados o bien con diagnóstico de sospecha en caso de pacientes con cuadro clínico y estudios de laboratorio compatibles con el diagnóstico: determinación de calcio sérico y niveles séricos de paratohormona (si se dispone de esta última).
375.- Osteoporosis:	• Diagnóstico confirmado por densitometría ósea en pacientes menores de 40 años (enviarlos para evaluación diagnóstica integral). O bien: • Osteoporosis (confirmada por densitometría) secundaria a endocrinopatía en pacientes de cualquier edad.
376.- Síndromes poliglandulares: insuficiencia poliglandular autoinmune, síndrome poliglandular autoinmune tipo 1 ó tipo 2, neoplasia endócrina múltiple tipo 1 ó tipo 2.	• Casos confirmados mediante estudios hormonales o bien diagnóstico de sospecha con base clínica, de laboratorio y/o imagen.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
377.- Hipogonadismo primario o secundario:	Sospecha clínica con base en: 1. Falta de desarrollo de caracteres sexuales secundarios en adolescentes o adultos jóvenes, (hombres o mujeres). O bien: 2. Datos clínicos de hipogonadismo en pacientes con antecedente de cirugía intracraneal. 3. Mujeres menores de 40 años con amenorrea (habiendo descartado embarazo).
378.- Hipercalcemia de etiología no definida:	• Paciente con datos clínicos consistentes con hipercalcemia. • Calcio arriba de 10 (ya corregido para la albúmina). en dos determinaciones con intervalo de 15 días.
379.- Hipokalemia de etiología no definida:	• Paciente con datos clínicos consistentes con hipokalemia. • Potasio persistentemente bajo con manifestaciones clínicas y/o alteraciones electrocardiográficas.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
380.- Cromosomopatías: Trisomía 21, trisomía 13, trisomía 18, monosomía 4p, monosomía 5p, Klinefetlter, 47,XYY, Turner, etc.	• Sospecha clínica con base en hallazgos en la exploración física.
381.- Trastornos del desarrollo sexual: Síndrome de resistencia a andrógenos, hiperplasia adrenal congénita, deficiencia de 5-alfa-reductasa, etc.	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.
382.- Trastornos neuro-musculares: Distrofias musculares, demencias hereditarias, ataxias hereditarias, Retraso mental asociado a malformaciones múltiples o con antecedentes familiares, facomatosis (Neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, Klippel-Trenaunay-Weber, Sturge-Weber).	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.
383.- Deformaciones y disrupciones: Deformaciones cráneo-faciales: secuencia Potter, secuencia de bandas amnióticas.	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.
384.- Agentes teratógenos:	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.
385.- Trastornos metabólicos: Mucopolisacaridosis, glucogenosis, galactosemia, fenilcetonuria, aminoacidopatías, fabry, Niemann-Pick, etc.	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.
386.- Síndromes con afección esquelética: Acondroplasia, marfan, hipocondroplasia, displasia frontonasal, episifiarias, espondilo-epifisiarias, metafisiarias, defectos cráneo-tubulares, síndromes de hiperlaxitud ligamentaria.	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
387.- Síndromes de talla baja:	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares. Asociada a otras dismorfias mayores o menores. • Que se hayan descartado condiciones carenciales / cardiopatías / endocrinopatías y retraso constitucional del crecimiento.
388.- Síndromes de sobrecrecimiento:	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares. • Se hayan descartado exceso de ingesta calórica y endocrinopatías.
389.- Síndromes de predisposición a cáncer:	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.
390.- Síndromes asociados a piel y anexos:	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.
391.- Síndromes asociados a craneosinostosis:	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.
392.- Defectos de línea media (Defectos de cierre de tubo neural/ Pared tóraco-abdominal/ Hendiduras orofaciales):	• Sospecha clínica con base en hallazgo de exploración física y antecedentes familiares.

INMUNOLOGÍA Y ALERGIA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
393.- Inmunodeficiencias primarias:	• Diagnóstico confirmado o bien sospecha con base clínica si hay dos o más de lo siguiente: 1. Otitis media en tres o más ocasiones en el lapso de doce meses. 2. Dos o más episodios de sinusitis severas en el lapso de 12 meses. 3. Dos o más meses con antibióticos con pobre respuesta. 4. Dos o más neumonías en el lapso de un año. 5. Alteración importante en el infante para ganar peso o incrementar estatura. 6. Abscesos recurrentes de órganos o profundos en piel. 7. Persistencia de moniliasis en boca o infecciones fúngicas en piel. 8. Necesidad de antibióticos intravenosos para erradicar infecciones. 9. Infecciones de tejidos profundos y/o septicemia. 10. Historia familiar de inmunodeficiencias primarias.
394.- Fiebre de probable origen inmunológico:	• Tres semanas o más con fiebre mayor a 38° C. • Una semana o más hospitalizado por fiebre por arriba de 38° C sin causa aparente. • Sin catéter vascular (o retirado al menos tres días antes).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
395.- Asma de difícil control:	Diagnóstico con base en la identificación de 2 criterios mayores o bien 1 mayor y 2 menores. Criterios mayores: 1. Necesidad de tratamiento continuo o casi continuo (> 6 meses) con esteroides orales. 2. El paciente haya requerido dosis altas de esteroides inhalados, budesonida (o equivalente) >1200 mcg, o fluticasona >880 mcg junto a otro medicamento, habitualmente un Beta-2 agonista de acción prolongada. Criterios menores (asma de difícil control): 1. Necesidad de un beta-agonista de acción corta casi diariamente. 2. Una o más visitas de urgencia por asma al año. 3. Tres o más ciclos cortos de esteroide oral al año. 4. Deterioro rápido con la reducción del 25% o más en la dosis de esteroides orales o inhalados. 5. Evento de asma casi-fatal en el último año.
396.- Enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (Síndrome de SAMTER):	• Diagnóstico clínico con base en la identificación de la "tríada de SAMTER": 1. Intolerancia a la aspirina, manifestada exacerbación de asma, rinitis, sinusitis. 2. Asma de difícil control. 3. Poliposis nasosinusal. • Rinosinusitis eosinofílica. (NARES).

TRACTO DIGESTIVO
CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
397.- Enfermedad inflamatoria intestinal, (Colitis ulcerativa crónica inespecífica, Enfermedad de Crohn, colitis indeterminadas):	• Diagnóstico de sospecha o probabilidad con base clínica, laboratorio y gabinete disponibles en la unidad médica de referencia.
398.- Enfermedad diverticular complicada y sus secuelas:	• Antecedentes de diverticulitis recurrente, rectorragia o datos de obstrucción intestinal.
399.- Síndromes de poliposis colónica:	• Historia de diarrea muco-sanguinolenta crónica o recurrente e historia familiar de poliposis colónica.
400.- Fístulas perianales complejas y recidivantes:	• Síntomas rectales con fracaso a manejo médico o quirúrgico previo.
401.- Lesiones de esfínter anal:	• Incontinencia fecal secundaria a lesión de esfínter.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
402.- Fisuras anales recidivantes:	• Síntomas rectales. • Pacientes con co-morbilidades y alto riesgo. • Fracaso a manejo médico o quirúrgico previo.
403.- Enfermedad hemorroidal:	• Síntomas rectales. • Pacientes con co-morbilidades y alto riesgo. • Fracaso a manejo médico o quirúrgico previo.
404.- Prolapso rectal:	• Prolapso rectal visible o que se hace evidente con maniobras de Valsalva.
405.- Lesiones retrorectales:	• Diagnóstico con base clínica y confirmación por TAC o resonancia magnética.
406.- Restitución del tránsito intestinal:	• Paciente con presencia de estomas, previamente evaluados y candidatos para reconexión Intestinal.
407.- Fístulas recto vaginales:	• Diagnóstico con base clínica y confirmado por estudios de imagen. • No asociadas a neoplasias activas.
408.- Pólipos no resecados por colonoscopia / pólipos malignos:	• Un intento previo de resección por colonoscopia.
409.- Manometria ano-rectal:	• Paciente con uno o más de lo siguiente: Incontinencia fecal en estudio / constipación en estudio / fístulas anales recurrentes / fisuras anales crónicas / pacientes candidatos a cirugía preservadora de esfínter / fístulas recto vaginales.

CIRUGÍA ENDÓCRINA

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
410.- Cirugía de Obesidad (Cirugía bariátrica):	• Pacientes con índice de masa corporal (IMC) > 40. O bien: • Pacientes con IMC >35 más comorbilidades.
411.- Tumores benignos y malignos: funcionales o no funcionales de glándulas endócrinas: Tiroides, paratiroides, páncreas y suprarrenales.	• Diagnóstico establecido con base clínica y/o para-clínica (laboratorio y gabinete).
412.- Tumores neuroendócrinos abdominales:	• Diagnóstico establecido con base clínica y/o para-clínica (laboratorio y gabinete).

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
413.- Tumores hepáticos: Masas, lesiones o tumores sólidos o quísticos.	• Diagnóstico clínico más evidencia de lesión primaria o metastásica, con base en algún estudio de imagen (preferentemente ultrasonido o tomografía).
414.- Patología compleja de vesícula:	• Diagnóstico de sospecha de fístula biliar (Mirizzi), bilio-entérica, etc., con base clínica y en estudio de imagen como ultrasonido de hígado y vías biliares o colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
415.- Lesiones primarias o secundarias de la vía biliar: Lesión por cirugía, lesiones quísticas de colédoco, otras.	• Lesión advertida en transoperatorio, sospecha posterior al procedimiento con base en la clínica y estudio de imagen como ultrasonido, tomografía o CPRE (u otros).
416.- Sospecha de tumor (benigno o maligno) de vesícula o de la vía biliar intra o extrahepática:	• Sospecha con base en clínica (dolor, pérdida de peso, historia o no de ictericia) y estudio de imagen como ultrasonido o tomografía o CPRE.
417.- Toda lesión o tumor benigno o maligno, sólido o quístico del páncreas:	• Sospecha con base en clínica y estudio de imagen como ultrasonido o tomografía o CPRE.
418.- Insuficiencia crónica del páncreas o sospecha de pancreatitis crónica:	• Sospecha con base clínica (dolor crónico de difícil control, lienteria o esteatorrea) y estudio de imagen como ultrasonido, tomografía u otros.
419.- Complicaciones crónicas secundarias a pancreatitis aguda:	• Sospecha con base clínica más lesiones demostrables en ultrasonido o tomografía compatibles con cronicidad (sin datos de agudización).
420.- Padecimientos del duodeno como tumores, estenosis, atresia, fístulas, etc.:	• Sospecha con base clínica más lesiones confirmadas por endoscopía o tomografía.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
421.- Dolor abdominal de difícil control y fracaso a tratamiento médico:	• Dolor abdominal crónico tratado en unidades de segundo nivel de atención sin respuesta a medicamentos.
422.- Divertículo esofágico, faringo-esofágico o epifrénico:	• Diagnóstico con base clínica y apoyado por endoscopia o estudio con medio de contraste.
423.- Acalasia:	• Diagnóstico con base en la clínica y estudio endoscopia y/o de imagen con medio de contraste.
424.- Perforaciones de esófago:	• Paciente con perforación de esófago o estenosis confirmada por estudio de imagen o endoscópico que NO requiera manejo quirúrgico inmediato y NO tenga sepsis activa.
425.- Enfermedad por reflujo gastro-esofágico y hernia hiatal:	• Diagnóstico con base clínica y apoyado en endoscopía y estudios contrastados de imagenología, sin respuesta a tratamiento médico adecuado.
426.- Hernia hiatal recurrente o funduplicatura fallida migrada:	• Paciente con cirugía antirreflujo previa sin respuesta al tratamiento y recurrencia de los síntomas.
427.- Estenosis esofágica sin respuesta a tratamiento endoscópico:	• Pacientes con diagnóstico confirmado y falla del tratamiento adecuado mediante endoscopía (dilataciones).
428.- Hernia para - esofágica y/o diafragmática:	• Paciente con diagnóstico confirmado por estudios de imagen, endoscopia o con medio de contraste.
429.- Estenosis gástricas secundarias a úlcera péptica o cirugía previa que no responden a tratamiento endoscópico:	• Pacientes con diagnóstico confirmado y falla del tratamiento adecuado mediante endoscopía (dilataciones).

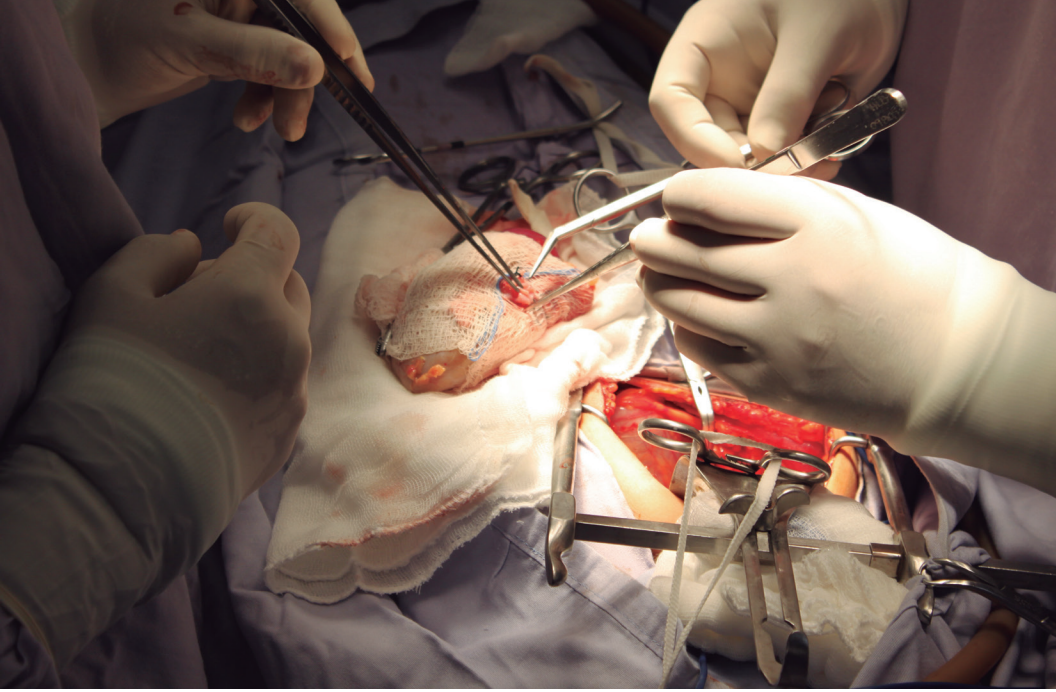
DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
430.- Ileostomía y colostomía complicadas:	• Pacientes que requieren reinstalación de tránsito intestinal y tienen hernia para estromal o comorbilidades que impiden su manejo en segundo nivel.
431.- Colelitiasis y colecistitis en pacientes con comorbilidades que impliquen atención de alta especialidad:	• Pacientes con diagnóstico establecido por estudio de imagen y que además presenten alguna comorbilidad que implique alto riesgo y no puedan ser manejados en segundo nivel de atención.
432.- Hernias abdominales complejas y recidivantes:	• Cirugías previas con fallas o recidivas a intento de reparación. O bien: • Pacientes con diagnóstico establecido y que presenten alguna comorbilidad que signifique alto riesgo y no puedan ser manejados en segundo nivel de atención.
433.- Hernias inguinales en pacientes de alto riesgo:	• Pacientes con diagnóstico establecido y que presenten alguna comorbilidad que signifique alto riesgo y no puedan ser manejados en segundo nivel de atención.
434.- Defectos amplios de pared abdominal que requieran reconstrucciones seriadas:	• Historia abdomen abierto. • Pacientes de alto riesgo y comorbilidades.
435.- Síndrome ictérico de causa desconocida:	• Pacientes mayores de 18 años. • Síndrome ictérico confirmado por laboratorio con elevación de la cifra de bilirrubinas y que se haya descartado origen obstructivo.
436.- Hepatoesplenomegalia en estudio:	• Diagnóstico clínico y/o por estudios de imagen.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
437.- Hepatitis crónicas:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child A o Child B, candidatos a tratamiento farmacológico o protocolo de trasplante hepático.
438.- Hepatitis autoinmune:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child A o Child B, candidatos a tratamiento farmacológico.
439.- Enfermedad hepática colestásica:	• Diagnóstico con base clínica y de laboratorio en pacientes con alteración en las pruebas de función hepática.
440.- Cirrosis biliar primaria:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child A y B para tratamiento médico y protocolo de trasplante hepático.
441.- Colangitis esclerosante primaria:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes con Child A y B para tratamiento médico endoscópico y protocolo de trasplante hepático.
442.- Enfermedad de Wilson:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child Pugh A y B para tratamiento médico y protocolo de trasplante hepático.
443.- Deficiencia alfa-1 anti-tripsina:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child A y B para protocolo de trasplante hepático.
444.- Hemocromatosis:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child A y B para tratamiento farmacológico y protocolo de trasplante hepático.
445.- Hemangioendotelioma:	• Diagnóstico de sospecha o confirmado con base clínica, laboratorio y gabinete.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
446.- Enfermedad hepática alcohólica:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child A y B para protocolo de trasplante hepático.
447.- Cirrosis criptogénica:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child A y B para protocolo de trasplante hepático.
448.- Enfermedad hepática veno-oclusiva:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado. Pacientes Child A y B para manejo médico y protocolo de trasplante hepático.
449.- Esteato-hepatitis no alcohólica:	• Pacientes con obesidad, síndrome metabólico o DM; Child Pugh A y B para tratamiento médico y protocolo de trasplante hepático.
450.- Tirosinemia / Síndrome Crigler-Najjar:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado pacientes Child A y B para protocolo de trasplante hepático.
451.- Otras hepatitis inducidas por fármacos:	• Diagnóstico de probabilidad o confirmado en pacientes con insuficiencia hepática crónica para protocolo de trasplante hepático.
452.- Ictericia obstructiva:	• Diagnóstico con base clínica, de laboratorio y gabinete con criterios para colangiopancreatografía retrograda endoscópica.
453.- Várices esofágicas y gástricas:	• Diagnóstico con base clínica de laboratorio y gabinete con criterios para esclerosis, varices esofágicas y gástricas.
454.- Tumores esófago:	• Diagnóstico con base clínica, de laboratorio y gabinete con criterios para dilatación esofágica con dilatadores Savary o hidroneumático y colocación de endoprótesis esofágicas auto expandibles o para esclerosis de tumores.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
455.- Pólipos esofágicos o gástricos:	• Diagnóstico con base clínica, de laboratorio y gabinete con criterios para resección de pólipos esofágicos o gástricos.
456.- Tumores de esófago no resecables:	• Diagnóstico con base clínica, de laboratorio y gabinete con criterios para colocación de endoprótesis esofágicas.
457.- Colédoco-litiasis para realización de CPRE:	• Diagnóstico con base clínica y estudios de imagen en pacientes candidatos a CPRE.
458.- Estenosis de la vía biliar intra y extra hepática:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica en pacientes candidatos a CPRE con dilatación mecánica o hidroneumática.
459.- Obstrucción de la vía biliar intra y extra hepática para colocación de endoprótesis biliar plástica o expandible:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica en pacientes candidatos a CPRE con colocación endoprótesis biliar.
460.- Cualquier lesión de la vía biliar:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica en pacientes candidatos a CPRE con colocación de drenaje nasobiliar.
461.- Dolor abdominal en paciente con guayaco positivo candidato a colonoscopía:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica solicitando colonoscopía diagnóstica o terapéutica.
462.- Poliposis colónica:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica solicitando resección de pólipos colónicos.
463.- Estenosis esofágica (Por ERGE, causticas,radiación, etc.) / Estenosis pilórica en pacientes candidatos a dilatación con balón:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica solicitando dilatación mecánica o hidroneumática.
464.- Gastritis crónica (con indicación de biopsia de mucosa):	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica solicitando realización de biopsia de mucosa.
465.- Síndrome péptico (en pacientes con indicación de endoscopía diagnóstica):	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica solicitando la realización de endoscopía.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN
466.- Enfermedad por reflujo gastro-esofágico en pacientes con indicación de manometría esofágica y pHmetría:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica solicitando la realización de manometría esofágica y pHmetría.
467.- Enfermedad péptica complicada:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica en pacientes con hemorragia o falla al tratamiento médico adecuado.
468.- Esófago de Barret:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica.
469.- Trastornos de la motilidad esofágica (esclerodermia, trastornos atípicos de la motilidad del esfínter esofágico inferior, espasmo esofágico difuso, esófago en cascanueces, etc):	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica.
470.- Acalasia:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica.
471.- Vaciamiento gástrico acelerado o gastroparesia de cualquier etiología (miopática, neuropática, infiltrativa, infecciosa, por fármacos, etc.):	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica.
472.- Pseudo-obstrucción intestinal crónica:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica.
473.- Constipación y tránsito lento:	• Diagnóstico con base clínica y paraclínica.
474.- Hemorragia de tubo digestivo alto / bajo (algunos casos pueden constituir una urgencia / emergencia médica):	• Diagnóstico clínico.



TRASPLANTES

DIAGNÓSTICO

475.- Córnea

476.- Hígado

477.- Médula ósea

478.- Riñón

CRITERIOS DE ACEPTACIÓN

- Pacientes que requieren la sustitución de un órgano y/o tejido enfermo por uno sano.
- Referido por especialista de segundo nivel que haya definido indicación de trasplante.

ESTUDIOS DE GABINETE

- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- Gamagrafía
- Hemodinamia
- Holter
- Laboratorio de análisis clínicos
- Litotricia
- Mastografía
- Polisomnografía
- Potenciales Evocados
- Prueba de esfuerzo
- Pruebas audiológicas
- Radiografía simple y contrastada
- Resonancia magnética nuclear
- Tomografía axial computarizada 64 cortes
- Ultrasonido simple o con doppler

CONSULTAR ACTUALIZACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN LA PÁGINA WEB
WWW.HRAEB.SALUD.GOB.MX