Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Salud Pública
Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

"Características de los pacientes derivados que recibió la guardia del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad durante el año 2006.-"

Lic. Ana López

Características de los pacientes derivados a la guardia del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad durante el año 2006.-

Lic. Ana López

Tribunal de tesis

- Prof. Dr. Roberto Tafani
- Prof. Dr. Gabriel Acevedo
- Prof. Dra. Nuri Gaspio

Agradecimientos:

Al personal del Archivo del Hospital de Niños, especialmente a Soledad, que me buscaban diariamente las historias, a pesar del trabajo adicional que ello representaba. A mi compañero Darío Galla, que me ayudó en la selección de la muestra. A mi hija Ángeles, que creó la base de datos, sin la cual, el manejo de los datos se me hubiera hecho imposible. A mi hija Nerina que me ayudó en la corrección de los aspectos teóricos.

La Universidad no se solidariza con las opiniones de esta tesis

INDICE

Agradecimientos ——— 4

Resumen ——— 7

Summary ——— 8

Introducción ——— 10

Objetivos ——— 12

Marco Institucional ——— 15

Marco Teórico ——— 20

Resultados ——— 24

Conclusiones ——— 49

Bibliografía ——— 53

Anexos ——— 54

RESUMEN

Para el presente estudio, se recolectaron los datos de los niños ingresados por la guardia del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, cuya residencia se encontrara fuera del ejido municipal de la Ciudad de Córdoba, durante el año 2006.-

Objetivo General

Determinar las características demográficas de los pacientes derivados al servicio de guardia del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad y aquellas relacionadas con el funcionamiento del sistema de derivaciones durante el año 2006; a fin de determinar las características de la población asistida, las causas principales que motivaron la derivación, así como la complejidad de la institución de origen a fin de evaluar el grado de resolución de los hospitales del interior.
Conocer lo acontecido con el paciente una vez que ingresó al hospital, el diagnóstico definitivo, tratamientos, complicaciones y resolución del caso, con el fin de determinar si dichos problemas pudieron resolverse en el lugar de origen -

Tipo de estudio: retrospectivo descriptivo.

Fuentes de información y técnica de recolección de datos: La recolección de datos se hizo analizando las Historia clínicas de los pacientes ingresados por la Guardia Central del Hospital de Niños durante el año 2006, cuya residencia era fuera del ejido municipal de la Ciudad de Córdoba. Se tomó como base para la selección, el libro de ingresos del servicio.

Resultados

Durante el período estudiado (año 2006) el Servicio de Emergencias del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad ingresó 1635 niños provenientes de diferentes localidades fuera del ejido municipal de la ciudad de Córdoba, lo que significa que aproximadamente 4 niños por día fueron derivados al mismo. Debido a la cantidad que esto representa, y para un mejor manejo de los documentos y la recolección de los datos, se tomó una muestra aleatoria del 20%. Esta muestra está conformada por 327 HC.

Summary

For the present study, the data of the children entered by the guard of the Hospital of Children of the Santísima Trinidad were collected, whose residence was outside the ejido policeman of the City of Cordova, during year 2006. - General mission: To determine the characteristics, of the patients derived to the service of guard of the Hospital of Children of the Santísima Trinidad during year 2006. –

Type of study: descriptive transeccional. Sources of intelligence and technique of data collection: The clinical data collection was done analyzing History of the patients

entered by the Central Guard of the Hospital of Children during the year 2006, whose residence was outside the ejido policeman of the City of Cordova. It was taken as it bases for the selection, the book of income of the service.

Results: During the studied period (year 2006) the Service of Emergencies of the Hospital of Children of the Santísima Trinidad entered 1635 originating children of different localities outside the ejido policeman from the city of Cordova, which means that approximately 4 children per day were derived he himself. Due to the amount that this represents, and for a better handling of documents and the harvesting of the data, a random sample was taken from 20%. This sample is conformed by 327 HC. In relation to sex, 54% are men and 46%, women. With respect to the ages of the children derived, the children between 1 and 3 years represent 24% of the total. Of 4 to 7 years 21%; smaller suckling babies of 6 months and children between 8 and 11 years, 19% each group. Greater children of 12 years 11%. The smaller percentage is represented by suckling babies between the 6 and 11 months, with a 6%. -

Palabras clave: Derivaciones pacientes pediátricos

INTRODUCCIÓN

La atención primaria se define como un sistema de atención que ofrece cuidados accesibles y aceptables para los pacientes, asegurando la distribución equitativa de los recursos de salud; integra y coordina los servicios curativos, paliativos, preventivos y de promoción; utiliza racionalmente los fármacos y la tecnología de la atención secundaria; y aumenta la relación costo-efectividad de los tratamientos de alta complejidad.

La accesibilidad a una adecuada y oportuna atención de la salud es un derecho de todas las personas, sin embargo la falta de recursos y su mala distribución, obliga a priorizar las acciones sobre todo en los grupos más vulnerables como lo son las comunidades del interior.

El entonces ministro de Salud, Dr. Roberto Chuic estableció la política de regionalización como "una línea de trabajo común para toda la Provincia…Las líneas básicas de trabajo que se han establecido son la política provincial de sangre, la política provincial en derivación de pacientes y el programa de maternidad e infancia y el control del niño al nacer."

"La política sanitaria de la Provincia se sustenta fundamentalmente en dos pilares; uno de ellos es el de la prevención en cuanto al proceso de la región sanitaria y el segundo pilar se refiere a la mayor atención en la enfermedad a las personas, para lo cual se ha organizado el sistema de derivación de pacientes para que las personas puedan ser atendidas de manera optima lo más cerca posible de su domicilio".

La in equidad en salud, definida como las diferencias injustas, innecesarias y evitables en el estado de salud, es un problema de salud colectiva de alta prioridad en la mayoría de los países: Se puede afirmar que la pobreza y la mala situación de salud es cada vez más evidente. Por ende, el estudio de estas in equidades en salud es una de las prioridades que se plantean en la realidad actual de salud de la Argentina.

En este marco, los sistemas y servicios de salud juegan un papel fundamental, lo que nos obliga a ampliar el concepto de in equidad y salud como "las diferencias sistemáticas en el estado de salud y en la atención de salud recibidas por grupos de poblaciones debidas a factores sociales, económicos y culturales y/o por el diferente acceso, utilización, calidad y financiamiento de los servicios de atención de la salud"

En este contexto es necesario conocer qué accesibilidad tienen, que oportunidades de recibir una atención sanitaria de calidad los habitantes de zonas alejadas de los grandes centros.

En salud, la provincia al igual que el resto de la nación, presenta claras in equidades en la distribución de los recursos que afectan el acceso y uso de los

servicios. Simplemente, recordemos que la provincia tiene 3.061.000 millones de habitantes y 1.300.000 aproximadamente viven en la ciudad. Si la política intenta compensar la in-equidad que genera el mercado, los grandes números no deberían incidir sobre las elecciones sociales.

Cuando uno tiene una población dispersa como el caso del interior de la provincia, debe pensar en términos de equidad regional y las políticas sanitarias equitativas pasan por el armado de una red de derivaciones que permita llegar en tiempos razonables desde los lugares más alejados.

Es evidente que estos departamentos necesitan un enfoque especial en el aspecto social y sanitario, pero también debe tenerse presente que representan el 1% de la población (31.000 personas de 3.100.00) por lo que no son atractivos para ningún político en campaña. Por eso es que se piensa en construir hospitales en la Capital donde hay un 40% de la población (1.300.000 habitantes), aunque haya 12 centros de máxima complejidad.

En relación a los establecimientos hospitalarios, en los cuatro departamentos antedichos hay, en teoría, 53 establecimientos asistenciales, de los cuales 51 de ellos son de dependencia municipal y, de estos, sólo uno (en Minas) permite una internación quirúrgica de baja complejidad y clínica de mediana complejidad. Cinco (1 en Pocho, 3 en Tulumba y 1 en Sobremonte) permiten una internación clínica de baja complejidad y un parto normal, sin cirugía de ningún tipo). Los restantes 45 son de atención ambulatoria, 44 de ellos sin posibilidad de efectuar algún análisis de laboratorio o radiografía simple. De los dos restantes establecimientos, de dependencia provincial, uno de ellos (SF del Chañar) está desactivado para la asistencia general y funciona como geriátrico (hospital Puente) por lo que, en realidad, hay un solo hospital provincial y de baja complejidad: el de San José de la Dormida (depto Tulumba), que tiene servicios básicos de complejidad similar al de Minas.

Es de destacar, además, que en los departamentos mencionados, los establecimientos asistenciales además de ser de muy baja complejidad, tienen una densidad de 1 cada 400 km2 para una población de 110 habitantes cada 100 km2. Esto se enfrenta al resto del interior de la provincia, que tiene 1 centro asistencial cada 300 km2 para una población 1100 habitantes cada 100 km2.

A diferencia de ello, en la Capital hay 10 establecimientos provinciales y dos nacionales de alta complejidad, por lo que no parece lógico que se creen más instituciones de ese tipo. En todo caso, lo que hay que hacer en la Capital es una adecuada organización del sistema con enfoque en la atención primaria, lo que permitirá descongestionar aquellos establecimientos.

Y en el interior, en los departamentos desfavorecidos, una alternativa es crear un centro de mediana a alta complejidad por área, en el oeste y en el norte, y organizar la atención primaria mediante centros volantes, que se acerquen a la gente.

El objetivo de este trabajo es describir las características de los pacientes derivados a la guardia del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad durante el año 2006.

Contiene una descripción de la Institución, sus características y los servicios que ofrece. Luego una explicitación de los resultados obtenidos y las conclusiones obtenidas a partir de ellos.

CONCLUSIÓN

Del total de derivaciones que aparecen en la muestra, el 27% fueron realizadas por centros de salud de primer nivel de complejidad, o por médicos particulares, sin pasar por el hospital de referencia. Por otro lado, sólo el 58% de las derivaciones del interior cordobés se consideran adecuadas para un hospital de tercer nivel. Esto nos habla de subutilización de los servicios e ineficiencia en el funcionamiento de la red sanitaria.

El mas importante motivo de derivación ha sido el síndrome de dificultad respiratoria, con 46 casos (14%). Sin embargo, solo 13 niños requirieron internación de mediana y alta complejidad

El 40% de los niños derivados recibieron tratamiento quirúrgico, con un total de 133 cirugías. El mayor número de cirugías corresponde a la reducción de fractura de miembro superior , seguida de la apendicectomía debida a apendicitis aguda, ambos problemas de salud que debieran poder resolverse en un hospital de segundo nivel de complejidad. De igual manera para pediatría general, se recibieron 21 niños con problemas intestinales, como diarrea, dolor, diarrea con sangre. Problemas que debieran resolverse en un hospital de mediana complejidad.

Definición del Problema:

"Qué características presentaron los pacientes derivados a la guardia del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la Ciudad de Córdoba durante el año 2006?."

Objetivo General:

Determinar las características demográficas de los pacientes derivados al servicio de guardia del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad durante el año 2006.-
Establecer si dichas derivaciones fueron adecuadas en relación al criterio de complejidad creciente de la red sanitaria.-

Objetivos específicos:

Determinar las características demográficas de los pacientes derivados: edad, sexo, lugar de residencia, distancia en km recorrida para encontrar el tratamiento adecuado o el especialista requerido para su estado particular.

Conocer las características relacionadas con las derivaciones: motivo de derivación, institución que refirió el paciente, complejidad de la institución que refiere.

Conocer el porcentaje de derivaciones adecuadas siguiendo el criterio de complejidad progresiva.
Determinar el tipo de atención que recibió el paciente: estudios realizados, especialistas que intervinieron en el tratamiento; tratamiento realizado; tipo de internación, días que duró la internación; si se trató de un proceso agudo o no, complejidad del servicio de internación y si se presentaron complicaciones debidas a la internación.
Resolución de la derivación: si recibió el alta, si fue contrarreferido o si continuará su tratamiento en esta institución. Si el niño falleció.

Variables:

Edad: se consideró las siguientes categorías: 0 a 30 días, 2 a 11 meses. 1 a 3 años; 4 a 7 años; 8 a 11 años; 12 a 15 años, mas de 15 años.

Sexo: varones o mujeres

Lugar de residencia: se consideró el lugar en el que vive el niño,
Si es llevado al hospital por sus padres, se registró por departamento provincial. Si fue de otra provincia, se registró el nombre de la misma.

Motivo de derivación: se consideró el que aparece en el registro de derivación o en el consignado como "motivo de consulta".

Diagnóstico principal y otros diagnósticos: se transcribieron tal como aparecen en la historia clínica del paciente.

Enfermedad de base: se tendrá en cuenta las siguientes categorías:

- enfermedad crónica agudizada
- proceso agudo.
- Enfermedad crónica más proceso agudo.

Institución que refirió al paciente:
Se considerará el nombre de la institución provincial.
En cuanto a las instituciones fuera de la provincia, se consignará por nombre y dependencia.

Complejidad de la institución derivante: se considerará el nivel de complejidad en: centro de salud. Hospital de 1º nivel, hospital de 2º nivel, hospital de 3º nivel.

Resolución: si el niño fue dado de alta, si fue contrarreferido a la institución de origen para control o tratamiento, o si debe continuar el tratamiento en el Hospital de referencia, si falleció, o si los padres solicitaron alta voluntaria.

Tipos de estudios realizados:

Laboratorio: (LBT) Se reunieron los estudios de rutina que se hacen a la gran mayoría de los pacientes ingresados, como citológico completo, monograma, glucemia y orina

completa. Fuera de éstos se registró por el nombre del análisis. Si durante la internación del niño se repitieron los mismos análisis, como en el caso de los gases en sangre arterial, o hemocultivos seriados, se consignó una sola vez.
En el caso de estudios de función hepática y función renal, que incluyen varias determinaciones, se consignó solamente "función renal" o "función hepática", "estudio de coagulación", etc.

Diagnóstico por imágenes: Radiografías, se consignó Rx seguida del nombre anatómico a ver. Ej: Rx tórax.
Tomografía Axial Computada: TAC, seguida del nombre del órgano estudiado.
Estudio de Tránsito esófago gastroduodenal: TEGD.

Días de internación: Se tuvo en cuenta los días de internación y la complejidad del servicio en el que el niño fue atendido: Días de estada en cuidados mínimos, días en cuidados especiales, días en que requirió terapia intensiva.

Tratamientos realizados:

Se registraron todos los tratamientos que aparecían en los registros. En el caso de antibioticoterapia, debido a la diversidad de esquemas de tratamiento, se colocó solamente "antibioticoterapia", lo mismo para el caso de los distintos tratamientos como: "quimioterapia oncológica", o "transfusiones"
La necesidad de asistencia respiratoria se consignó por separado, debido a la importancia de este tratamiento.
Se consideró Ventilación mecánica no invasiva, dentro de él se consideró Bi-pap, Cpap o Cpap nasal (VNI), Asistencia respiratoria mecánica ARM. De éstos tratamientos, se registraron los días que el niño los requirió.

Tipo de estudio: retrospectivo descriptivo.

Fuentes de información y técnica de recolección de datos:

La recolección de datos se hizo analizando las Historia clínicas de los pacientes ingresados por la Guardia Central del Hospital de Niños durante el año 2006, cuya residencia era fuera del ejido municipal de la Ciudad de Córdoba. Se tomó como base para la selección, el libro de ingresos del servicio.

Universo y muestra:

Se tomó como universo todas las historias clínicas de los niños derivados que ingresaron por la guardia del Hospital de Niños durante el año 2006. El total de éstos es de 1.635, por lo que se tomó una muestra de 327 historias, que representan el 20% del universo. Se tomaron los ingresos numerados correlativamente de uno en uno, de los cuales, se eligieron todas las historias clínicas que correspondían, por número de orden a los terminados en 0 y 5.

Para el registro informático de los datos, se realizó una base de datos, utilizando el programa Access, donde se registraron cada una de los datos recolectados de las respectivas historias clínicas, desde cuya base de datos, se realizó el procesamiento.

MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Antecedentes Históricos:

El Hospital nació por iniciativa del entonces Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Profesor José Antonio Ortiz Herrera, quien en el año 1882 sugiere a la Presidenta de la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, doña Paulina López de Soria la concreción del proyecto de la creación del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. El mismo recibió la aprobación de la Comisión Directiva de la Sociedad y el Gobierno de Córdoba cedió en calidad de préstamo dos casas ubicadas sobre la actual calle Entre Ríos.
El 20 de mayo de 1894 se inauguró oficialmente el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad con 20 camas, siendo eminentemente quirúrgico. Su finalidad era la asistencia de niños desvalidos por sufrimientos físicos y sociales. Desde su inicio estuvo vinculado a la actividad universitaria, constituyéndose en sede de algunas cátedras de la facultad de medicina.
Su crecimiento en estructura edilicia, formación médica y complejidad en las prestaciones, así como la incorporación de nuevas especialidades, le dio un gran prestigio a nivel nacional y como centro de referencia en una amplia zona del país, en particular de las provincias del noroeste y de Cuyo.
Su funcionamiento, en un primer momento respondió a una organización simple. Sin embargo, a mediados del siglo XX, la institución abordó profundas transformaciones en los aspectos edilicio, técnico y administrativo debido a los incesantes avances tecnológicos de la medicina y en respuesta a las crecientes demandas políticas y sociales del país.
El área asistencial se estructuró tomando como parámetro de organización la edad de los pacientes, así existieron pabellones de internación diferenciados para pacientes lactantes, segunda infancia, y dentro de estos sectores, por especialidad médica. Con el correr del tiempo se incorporaron distintas especialidades en la atención ambulatoria, lo cual determinó la incorporación de nuevas modalidades de trabajo y de relación.
En el sector administrativo existieron áreas de servicios generales, mantenimiento, cocina, lavadero y ropería entre otras, y un área de recursos humanos que incluía oficina de personal y administración. La conducción y coordinación institucional era responsabilidad del director y subdirector, en algunas gestiones se incorporó la figura del asesor técnico.
En el marco del Programa Nacional de Rehabilitación de la infraestructura de Salud, elaborado por el Ministerio de Salud y Acción Social al cual adhiere la Provincia de Córdoba, se originó la idea del reemplazo del viejo Hospital de Niños, por una unidad

moderna, acorde al prestigio y la tradición de la medicina que el Hospital fue creando desde hace cien años, para la población de Córdoba y provincias vecinas.
El hospital propuesto debe ser entendido como una entidad social, pero a la vez, como una empresa social, que pone una gran énfasis en la organización y administración científica de los recursos físicos, financieros y humanos, para el mejor logro de sus objetivos.
El Nuevo Hospital de Niños es un hospital de tercer nivel de atención para la red provincial y de referencia regional. El fundamento de dicha definición no sólo fue acordada en el crédito internacional que dio origen al proyecto, sino que se consideraron las necesidades poblacionales, capacidad del edificio y la oferta de tercer nivel (riesgo real y/o potencial del paciente, daño instaurado y capacidad resolutiva de la institución). El nivel de prestaciones que brinda es de máxima complejidad.

Atiende la demanda espontánea y programada, inmerso en un sistema regionalizado y de referencia de pacientes que requieren alto nivel de calidad y especialización para una vasta zona del centro, oeste y noroeste del país y de países vecinos. A este sistema regionalizado, el Ministerio de Salud lo ha estructurado a través de la propuesta del Programa de Atención Materno Infantil (PROMIN), teniendo el área pediátrica como referente máximo al Nuevo Hospital.

Criterios básicos de funcionamiento:

En el nuevo establecimiento se privilegió el concepto de cuidados progresivos, máxima complejidad, nuevos servicios, extensión horaria.

Importa diferenciar tres niveles de consulta: las generales, que incluyen las clínicas básicas y odontología. Las especialidades asociadas en general a demandas de diagnóstico de mayor complejidad y las de guardia o emergencia, porque tienen características claramente diferenciadas.

La internación se subdividió de acuerdo al criterio de cuidados progresivos, considerando las categorías de cuidados indiferenciados y cuidados especiales, en estos últimos se incluyen UTI y UCI.

En cuanto al rendimiento económico se considera valorarlo no como un fin, sino como una herramienta para optimizar el gasto social, por cuanto en el área de la salud esta debe constituir uno de los elementos básicos que nos aseguren equidad, eficiencia y calidad en la atención médica.

Criterios a desarrollar en el Nuevo Hospital:

- Imagen Objetivo Propuesta: un hospital moderno en su estructura, con gran capacidad funcional, una organización de calidad que promueva la eficiencia y la eficacia de la atención sanitaria.

Recursos Humanos:

La planta institucional fue conformada por personal de planta permanente y transitoria, perteneciente al equipo de salud de nivel técnico y profesional, correspondiente a la Ley 7625, y personal de la administración pública provincial de la Ley 7233 y la Ley 8991.

En el traspaso al nuevo edificio se incrementó considerablemente la cantidad de personal, siendo 900 agentes provinciales, aproximadamente.

El personal altamente capacitado para desempeñar prestaciones terapéuticas, asistenciales, diagnósticas y complementarias, trabaja en áreas organizadas de acuerdo a criterios administrativos modernos de estructura matricial y hacia su interior se agrupa en departamento y servicios.

El proceso de formación está a cargo del Comité de Capacitación y Docencia en forma programada, y capacitación continua en forma incidental en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

El plan de estudios y capacitación de residencias aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia y por la Universidad Nacional de Córdoba, incluye la participación en actividades científicas, asistenciales, llevadas a cabo por profesionales de la institución.

Servicios Generales:

Los servicios no asistenciales: procesamiento de ropa, cocina y limpieza, se encuentran mercerizados. Las actividades se desempeñan bajo la supervisión del personal provincial.

Organización:

El Nuevo Hospital de Niños de la Santísima Trinidad ha sido planteado como un centro asistencial pediátrico de tercer nivel de complejidad, incluida la transplantología, la neurocirugía y la cardiocirugía, de avanzada tecnología.

Desde esta perspectiva, el hospital se presenta como una organización única, con una finalidad común: brindar asistencia a niños en estado de necesidad.

La construcción de la adecuada organización hospitalaria se apoya sobre los siguientes postulados:

- Una organización del conocimiento.
- Una organización empresarial.
- Una organización para la calidad.
- Una organización sistémica.

Una organización del conocimiento requiere de un saber científico actualizado, observación directa de cada caso y una evaluación periódica de los resultados. Por ello, la actividad asistencial, docente y de investigación constituyen un hecho invisible y permanente.

Una organización empresarial plantea el diseño de una estructura eficiente, preparada para captar sistemas de flujos, y definir las interrelaciones entre las distintas partes, que por su complejidad no es lineal.

El diagrama con sus diferentes partes comprende:

- El Núcleo Operativo: abarca los operarios que realizan el trabajo básico, relacionado directamente con la producción de productos y servicios. De allí que la empresa confía en el conocimiento y destreza de sus profesionales que trabajan de manera autónoma y según sus propios estándares. Esta es la parte clave de la organización, por tener una orientación profesional hacia el servicio directo, es decir, se maneja de manera independiente con el paciente. Este sistema de trabajo descentralizado plantea un requisito fundamental: el jefe de

cada servicio asistencial debe garantizar el mas alto estándar profesional reconocido desde fuera de la institución.

- La Cumbre Estratégica: comprende la dirección y el consejo asesor directivo. Tiene tres tipos de obligaciones: el desarrollo de la estrategia de la organización, la supervisión directa y los contactos externos de la empresa.
- Staff de Apoyo: Suministra el apoyo a la organización fuera de su corriente de trabajo operacional. No es parte del núcleo operativo, no interviene en el proceso asistencial. Está conformado por administrativos, manejan fondos, etc., tienen tareas muy elaboradas y se concentran en servir al núcleo operativo. Se establece como burocracia mecánica encargada de ejecutar un trabajo no asistencial con mucha disciplina a los procedimientos.
- Línea Media: se encarga de unir la cumbre estratégica con el núcleo operativo, a través de gerentes, supervisores de contacto, con autoridad formal. Los jefes de departamentos y servicios constituyen un esbozo de la línea media con el sector de profesionales.
- La Tecnoestructura: constituida por los analistas que diseñan, planifican o entrenan personal para hacer mas efectivo el trabajo operativo de otros, sin participar del núcleo operativo. Pasan gran parte del tiempo en comunicaciones informales. En la organización hospitalaria realizan control de calidad, planificación estratégica y ayudan a estandarizar ciertos procesos técnicos, pero en ningún caso estandarizan actividades asistenciales de profesionales que normalmente se referencian a asociaciones autogobernadas.

La organización para la calidad permite introducir un nuevo modelo de gestión a partir de la identificación de los diferentes procesos productivos hospitalarios. Se reconocen dos funciones productivas con cuatro niveles de integración: producción primaria o técnica: hacer correctamente las cosas.

- Primer nivel no asistencial: corresponde a los insumos generales, estructura hospitalaria, recursos materiales y humanos, organización de las actividades.
- Segundo nivel o asistencial: constituye los productos intermedios: diagnósticos, terapéuticos e internación. Producción secundaria o médica (eficacia médica)
- Tercer nivel: es el producto final, que resulta de combinar los productos intermedios.
- Cuarto nivel: es el resultado en el nivel de salud mensurable a través de indicadores. La dirección del hospital la eficacia en la producción de los productos intermedios, la utilización de los mismos en la producción de los productos finales, es decir "hacer correctamente las cosas correctas".

Los procesos técnicos asistenciales y no asistenciales, se ordenan y se controlan mediante sus respectivos manuales de procedimientos, en tanto que los procesos clínicos requieren de protocolos médicos, sesiones clínicas on line (medicina basada en la evidencia) y revisión de historias clínicas.

Dentro de los procesos administrativos pueden reconocerse otros procesos bien identificados: gestión económica financiera y contable, gestión de recursos humanos, gestión de pacientes, gestión de infraestructura, intendencia y bioingienería, gestión de asuntos legales, etc.

Una organización sistémica: es una herramienta valiosa para el control y evaluación de la atención global del hospital y sus servicios. Requiere de un sistema de

información para la gestión que incluya una red informática, formalizada y estructurada según necesidades y posibilidades, basada en el tratamiento de datos para proporcionar a los gestores en forma oportuna y directa al información necesaria para la gestión.

Misión Institucional:

Este hospital está por recursos y tecnológicos necesarios para desarrollar su actividad asistencial de alta complejidad.

En función de ello, es necesario contar con una actualización permanente de dichos recursos, acorde con la demanda creciente que se observa en los últimos tiempos. Esto nos obligará a generar una dinámica especial e innovadora en la atención de los pacientes, tanto internados como ambulatorios, exigiendo una mejor gestión y utilización de los recursos, que conllevan un motor del cambio asistencial eficiente y eficaz.

Cumple con actividades docentes por convenio con la UNC, cátedras de la Facultad de Ciencias Médicas.

MARCO TEÓRICO

La demanda creciente de atención médica en la población, la evidente transición epidemiológica, la necesidad creciente de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención médica que se ofertan a la población, la baja y deficiente dotación de recursos en muchos establecimientos de salud, ha hecho de la referencia y contrarreferencia de pacientes un procedimiento, un modelo, un sistema o simplemente una estrategia administrativo asistencial de mucha importancia, que al estar bien implementado, permite el desplazamiento "justificado" del enfermo hacía establecimientos con mejor o mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente y ubicados en los distintos niveles de atención ,en un todo y siempre de acuerdo con la naturaleza y severidad de su proceso patológico y no como una práctica de "enviar enfermos " a cualquier otro establecimiento, sin responsabilidad institucional de quien lo remite Es decir que representa la transferencia o traslado de pacientes entre los distintos establecimientos de una red asistencial. **Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutiva hacia otro de mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permiten dar repuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada y como contrarreferencia, la derivación de los pacientes en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial.**

.

Su objetivo persigue articular los establecimientos de salud según niveles de atención y grados de complejidad, ofreciéndose al usuario los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuada a sus necesidades, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, para que de esta forma "al nivel adecuado llegue el paciente adecuado".

Toda referencia incluye el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo y la supervisión y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de la red asistencial y demostrar, así, la capacidad conjunta o compartida de los establecimientos en satisfacer la demanda de atención a la población y las oportunidades como estas se realizan, para evitar sobresaturación o subutilización de los establecimientos y servicios que se ofertan.

Por ello es necesario que el Equipo de Salud tome interés en su significado, en

base a una recolección apropiada de toda información que refleje el uso adecuado de lo médico asistencial y de sus recursos, en cuanto a demanda y oferta se refiere, de las condiciones patológicas, sociales y económicas del paciente; para lo cual debe disponer de normas y formatos de uso obligatorio que faciliten el estricto cumplimiento de los objetivos del sistema y determinar la capacidad resolutiva de los establecimientos, de forma que ambas estrategias – referencia y contrarreferencia - resulten relevantes, sobre todo en la "descuidada" contrarreferencia por parte de los establecimientos receptores.

El primer nivel de atención está constituido por:

los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia.-

El segundo nivel de atención está constituido por:
los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos para la atención médica en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Incluye especialidades clínicas, quirúrgicas y odontológicas.

El tercer nivel de atención está constituido por:
los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos destinados a diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios de alta especialización.(6)

¿Por qué un sistema de referencia y contrarreferencia?
Los sistemas de salud alrededor del mundo se caracterizan por su enorme complejidad, la cual, hoy en día, se acentúa con el creciente nivel de especialización. Adicionalmente, en varios países se ha detectado que en lugar de proveer los servicios de manera integral y coordinada, los sistemas de salud muestran niveles de fragmentación preocupantes con diversas consecuencias negativas. Por un lado, se evidencia un enfoque sobre intervenciones puntuales en vez de buscar un tratamiento integrado con seguimiento continuo, y se revela una falta de encadenamiento en el tratamiento si las personas se mueven entre el segundo y primer nivel de atención. Además se genera una duplicidad de esfuerzos resultando en una pérdida importante de recursos, mientras que otras personas no reciben ningún tratamiento. Y por último, se producen congestionamientos administrativos y se diluye la responsabilidad del prestador. Todo lo anterior, lleva a una erosión de la confianza en el sistema de salud sembrándose profundas dudas acerca de su equidad y eficiencia. En este contexto un sistema de referencia y contrarreferencia es una herramienta central a fin de lograr una integración vertical del sistema de salud y mejorar así su desempeño global.(5;8)

Se requiere a su vez la identificación demográfica de la población del área de influencia para determinar el origen geográfico (residencia) del usuario, así como recabar el tiempo medio y distancia del traslado desde el establecimiento de atención de primer contacto hacia el establecimiento receptor, lo que se conoce y debe estar presente en todo el proceso evaluativo, como isocronía, es decir la medición del tiempo y distancia que ocurre en un traslado y que puede hacerse tanto para el establecimiento en su conjunto como para alguno de sus componentes: los servicios ambulatorios, emergencias o los ingresos a hospitalización. Por ello resulta importante

que los formularios en uso resuman la historia clínica "primaria". (el o los diagnósticos presuntos, los tratamientos aplicados, los exámenes solicitados) y en especial la condición social del paciente referido.(5)

De esta manera se implementa una mejor forma de brindar accesibilidad y continuidad a la atención dispensada desde un nivel primario hasta un nivel mas complejo, donde se le ofrezcan alternativas médicas viables que le permiten recibir la asistencia que exigen sus necesidades de salud, donde se requiere además, determinar las condiciones y operatividad de los mecanismos de traslado y transferencia de pacientes, incluyendo aquellos aspectos relacionados con las oportunidades de atención y la consecución de "cupo" en los servicios que se ofertan dentro de la red asistencial.(8)

Las consideraciones de equidad han estado presentes frecuentemente en las discusiones sobre salud y los avances en los indicadores de los sistemas de seguridad social, ya que a pesar de los progresos persisten inaceptables desigualdades entre muchos grupos de población (1-3). Las in equidades en salud pueden limitar las oportunidades de muchas personas de llevar la vida que desean, puesto que ven restringidas sus capacidades de participar en la vida pública y de obtener los mismos retornos por esfuerzos similares. Una de las dimensiones en las cuales se observan mayores desigualdades es en el acceso a servicios, ya que el proceso de búsqueda de atención en salud muchas veces no se completa, o incluso no inicia, debido a barreras desde el lado de la oferta o de la demanda. (8)

. De esta forma, el análisis de la equidad se preocupa por los procesos de elección, la libertad de actuar y el bienestar que alcanzan las personas con cada elección. Por su parte, en salud Whitehead plantea que la in-equidades deben ser entendidas como desigualdades innecesarias, evitables e injustas (8), las cuales descansan sobre la existencia de barreras para que las personas obtengan condiciones favorables, impidiendo el logro del potencial en salud a partir de acuerdos sociales que restringen la libertad.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, 1 aprobaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su artículo 25 expresa:

- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida en sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Y en el artículo 2 deja establecido que:

- Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política

o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

La planeación a largo plazo y con una visión estratégica (donde se de continuidad a los planes y programas que se vienen desarrollando con los ajustes requeridos y donde esté presente la voluntad de hacer eficiente al Sistema Estatal de Salud actual); la realización de procesos participativos (se debe incorporar los municipios y las organizaciones existentes, es decir tener una visión de la política desde las relaciones intergubernamentales) para diseñar las políticas de salud; la implantación de un sistema de evaluación propio que permita realizar los ajustes de forma oportuna (las iniciativas del estado para mejorar la salud pueden ser buenas y al igual el gobierno provincial puede participar de ellas, pero pese a ello, es urgente que la provincia diseñe su propio sistema de evaluación) y finalmente, es necesario que las políticas de salud diseñadas e implementadas en todo el territorio provincial se hagan de forma focalizada, es necesario hacer un esfuerzo para generar un sistema que lleve a ubicar a la población no asegurada y poder así enfocar todos los esfuerzos en brindar la atención requerida a esta población.

La calidad de atención de los servicios de salud se sustenta en el reconocimiento de las características de la población asistida, pudiéndose así definir y categorizar los problemas en los diferentes puestos de atención. Es fundamental tener información precisa y oportuna para la toma de decisiones.(8;5)

El Gobernador de la Provincia, Juan Schiaretti, junto al Ministro de Salud, Oscar González, firmó el 19 de junio un acuerdo de integración sanitaria con municipios y comunas.

El pacto propone articular el Consejo Provincial de la Salud -que se conformará y funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud- con un representante de cada zona de integración sanitaria para la creación de ámbitos de difusión, planificación, asignación de recursos y fortaleciendo las estructuras sanitarias comunales y municipales.

Tras la firma, el Gobernador manifestó: **"La crisis de las obras sociales, los índices de desempleo y de trabajo en negro, hacen que la población se agolpe sobre el sistema público de salud. Esto plantea la necesidad de la presencia del Estado garantizándole la salud a toda la población y la necesidad de reorganizar el sistema de salud pública de la Provincia, dotándolo de mayor recurso por un lado y articulando los diversos niveles"**.

El gobierno provincial aportará recursos, logística, tecnología, financiamiento y capacitación a las municipalidades y comunas locales que permitirán la sustentabilidad al sistema. **"Por eso es importante que vayamos dándole los recursos a los hospitales y centros de salud municipales"**, expresó Schiaretti.

En esta nueva etapa en la organización del sistema público de salud se garantizan más y mejores servicios, eliminando las desigualdades regionales, potenciando la capacidad local y transformando el sistema en una auténtica red integrada por niveles crecientes de complejidad. En ese sentido, el mandatario provincial dijo: **"Tiene que haber una red de hospitales para coordinar los centros de salud de atención primaria y**

dar solución a los problemas; y en la punta de la pirámide tiene que haber una línea de hospitales de alta complejidad en toda la geografía provincial

Para que haya un mejor funcionamiento en los hospitales y centros de salud es necesario equiparlos, razón por la cual Schiaretti señaló: **"Para funcionar mejor es imperioso dotar de equipamiento y de médicos rurales a toda la geografía de Córdoba"**.

Por último, el Gobernador manifestó la necesidad de articular el funcionamiento de la derivación de pacientes: **"Cuando haya una necesidad en cualquier punto de la provincia, el Gobierno se hará cargo. Por eso, en el segundo semestre de este año, vamos a poner en marcha el sistema provincial de derivación de pacientes"**.

RESULTADOS:

Durante el período estudiado (año 2006) el Servicio de Emergencias del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad ingresó 1635 niños provenientes de diferentes localidades fuera del ejido municipal de la ciudad de Córdoba, lo que significa que aproximadamente 4 niños por día fueron derivados al mismo. Debido a la cantidad que esto representa, y para un mejor manejo de los documentos y la recolección de los datos, se tomó una muestra aleatoria del 20%. Esta muestra está conformada por 327 HC.

Los datos obtenidos se resumen a continuación:

Edad y sexo:

De los pacientes derivados, el 54.12% fueron varones y el 45.88, mujeres. Tabla 1 anexo. El mayor número se registró en los niños entre 1 a 3 años. Seguida de los de 4 y 7 años. De modo que los niños de la primera infancia representaron el 45% de todas las derivaciones.

En relación con el sexo, el 54 % son varones y el 46 %, mujeres.

Con respecto a las edades de los niños derivados, los niños entre 1 y 3 años representan el 24% del total. De 4 a 7 años el 21%; lactantes menores de 6 meses y niños entre 8 y 11 años, el 19% cada grupo. Niños mayores de 12 años el 11%. El porcentaje menor está representado por lactantes entre los 6 y 11 meses, con un 6% tabla 2 anexo.-

Lugar de origen:

El 10% de las derivaciones son de niños provenientes de otras provincias.
De la provincia de Córdoba fueron 294 niños, de otras provincias 33.
De las derivaciones de otras provincias, la Provincia de Catamarca realizó 9; La Rioja, 10, San Luis, 2 y Santiago del Estero, 9. De las Provincias de Misiones, Santa Fe, y Buenos Aires, sólo uno aparece en la muestra.

Entre los centros cordobeses que derivaron pacientes, el Hospital Municipal de La Calera, se encuentra en primer lugar, con un 6.11%, en segundo lugar, el Hospital Dr. Arturo Illia de Alta Gracia, con el 3.67%, le siguen los Hospitales San Antonio de Padua, de Río Cuarto y Municipal Sayago de Carlos Paz, con el 3.36%, luego el

Hospital San Isidro de Río Segundo (3.05%), el Hospital Aurelio Crespo de Cruz del Eje, y los hospitales Regional de Ojo de Agua de Santiago del Estero (2.75%), Hospital Enrique Vera Barros, de La Rioja y el Hospital Eva Perón de Catamarca (2.44%) Tabla 3 anexo

Los niños derivados de centros del interior de la provincia han debido recorrer un promedio de 145 Km. para llegar a la Ciudad de Córdoba. Tabla 4 anexo.

Los niños que vinieron de otras provincias recorrieron un promedio de 473 Km. Tabla 5 anexo.

Frecuencia de derivaciones según día de la semana y mes del año.

Los meses en que la guardia del Hospital de Niños se recibió mayor número de derivaciones fueron durante los meses del invierno: mayo, (11.9%); julio (11.9%) y agosto (11.3%), El mes en el cual se recibieron menos derivaciones fue marzo, con sólo 5 derivaciones, que representan el 1.25% del total. Tabla 6 anexo.

Con respecto a los días de la semana, no hubo diferencia significativa entre los días hábiles y los fines de semana. Tabla 7 anexo.

El mayor número de derivaciones lo recibió pediatría general (38.8%), siendo los meses del invierno cuando se recibió el mayor número. En segundo lugar, la especialidad de ortopedia y traumatología (13.7%), con menor número de derivaciones en los meses de julio y agosto; y cirugía (13.7%), con mayor número de derivaciones en el mes de noviembre. Las otras derivaciones no presentan diferencias de acuerdo al mes del año. Tabla 9 anexo.

La gran mayoría de los pacientes fueron atendidos por el pediatra clínico (38.8%). Seguidos por cirugía general y traumatología, con el 13.7%. Neurocirugía, con el 7.3% y neurología con el 6.4%. tabla 10 anexo.

Motivo de derivación:

El motivo que originó la derivación, se trató en un 69.42% de un proceso agudo, como un politraumatismo, o una enfermedad respiratoria, en un niño previamente sano, en el 24.1% de los casos se trató de un proceso crónico como el caso de un niño con epilepsia, que es derivado para neurocirugía o para el estudio de una enfermedad congénita. En el resto de los casos, la derivación se produjo en un niño con un problema crónico al que se le agregó un proceso agudo, como el caso de un niño con un tumor, que se deriva por una sobreinfección del mismo. O un niño con parálisis cerebral que se deriva por una insuficiencia respiratoria. Tabla 8 anexo.

Los motivos de derivación más frecuentes fueron:

Problemas respiratorios: 54 (síndrome de dificultad respiratoria 42; neumonía con derrame 1, síndrome coqueluchoide 1, neumonía 7, bronconeumonía 2, bronquitis obstructiva, 1). Los problemas traumatológicos están en segundo lugar, con 26 casos (24 por fractura de miembro superior y 2 por fractura de miembro inferior,) Los problemas gastrointestinales fueron 28: (Diarrea y vómitos, 10; gastroenteritis, 1; fiebre y vómitos, 6; dolor abdominal 4, diarrea con sangre, 5). Los casos de abdomen agudo quirúrgico, 17. Los traumatismos de cráneo, tratados por neurocirugía, 14. Por convulsiones, 12 derivaciones para neurología clínica. Tabla 11 y 12 anexo

Entre **los estudios realizados** a los niños derivados, la rutina de laboratorio fue la mas común (305), seguida por la radiografía de tórax (152). Ecografías : 114

Entre los estudios de mayor complejidad, se hicieron 56 tomografías computadas. 12 resonancias magnéticas, 4 centellogramas. 39 estudios videoscópicos. Tabla 13 y 14 anexo

Pacientes derivados de acuerdo a la localidad de origen:

El éxito en la calidad del sistema asistencial requiere organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención. Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos.(5;8;13)

Tradicionalmente se identifican tres niveles.

- Primer nivel: permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en la atención de la salud. Constituye la puerta de entrada al sistema de salud y da cobertura a 100% de la población que habita en un territorio determinado. Si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, puede resolver 80% de los problemas de la población.

- Segundo nivel: responde a necesidades menos frecuentes y que requieren para su resolución de procedimientos más complejos. Se estima que entre el primer y segundo nivel se podría satisfacer hasta 90%-95% del total de necesidades de salud de la población.

- Tercer nivel: se reserva para la atención de los problemas poco frecuentes y que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. (6)

Siguiendo los criterios antedichos evaluamos las derivaciones que se hicieron, analizando el motivo de derivación, el nivel de complejidad de la institución que refirió al paciente y la localidad del mismo.(5)

De las localidades cercanas a la ciudad de Córdoba, como Saldán, Malvinas Argentinas, Villa Allende, unquillo, se recibieron derivaciones de centros de primer nivel de complejidad, dispensarios y médicos que evitaron la derivación a su centro de referencia.

De las derivaciones provenientes de centros del Norte cordobés, No aparecen en la muestra derivaciones de los departamentos Tulumba, Totoral y Sobremonte.

Del Departamento San Justo se recibieron 18 pacientes, dos de dispensarios y el resto, 89% de hospitales de segundo nivel. De estos 18 pacientes, 10, el 55% se debieron a falta de complejidad o la intervención de un especialista. Tabla 15

Del Departamento Río Primero se recibieron 30 niños. 9, el 30% se remitieron directamente de un dispensario. De estos 30 niños, 18, o sea el 60% se derivaron por falta de complejidad o la necesidad de un especialista. Tabla 16

Del Departamento de Cruz del Eje se recibieron 12 derivaciones. De éstos 2 niños, el 16% fueron derivados por un médico particular, uno por una clínica y el resto, 9 niños derivados por el Hospital Aurelio Crespo. De estas derivaciones, 5, el 42%, se debieron a problemas que requirieron de un centro de alta complejidad. Tabla 17

Del Departamento Ischilín se refirieron 9 niños, 6 del Hospital Romagoza, el 67%, todos ellos por problemas que requerían intervención de mayor complejidad. Los otros tres niños fueron derivados por una clínica privada y dos niños derivados desde dispensario, dos de ellos por patologías factibles de resolver en un hospital de segundo nivel como son diarrea y síndrome febril. Tabla 18

Del Departamento de Río Seco aparece en la muestra una sola derivación por abdomen agudo del Hospital Municipal. Tabla 19

En resumen, **del norte cordobés** se registran 70 derivaciones, de estas, 40, o sea el 57% se consideran adecuadas. El problema más común fue el Síndrome de dificultad respiratoria aguda, 16%, seguido del trauma de cráneo, 11 % y la fractura de miembro superior con el 11%.

De los departamentos del Centro cordobés no aparecen derivaciones en la muestra de los departamentos Minas y Pocho.

Del departamento de Río Segundo aparecen 25 derivaciones, todos ellos hechos por instituciones de segundo nivel de complejidad. De éstos, 14 casos, o sea el 56% corresponden a problemas de salud que requieren alta complejidad. Tabla 20

Del Departamento Santa María aparecen en la muestra 21 derivaciones. De éstas, 7, el 33% fueron derivaciones por médicos o dispensarios directamente al Hospital de Niños, obviando el centro de referencia de la localidad. De las 21 derivaciones, 10 casos, o sea el 46.5% de los casos, se consideró adecuado, por la necesidad de mayor complejidad o la necesidad de intervención de un especialista. Tabla 21

Del departamento Tercero Arriba se recibieron 10 derivaciones, 2 derivados del dispensario de Embalse, uno por herida cortante y otro por PCR, se considera que ambas derivaciones debieron hacerse al Hospital de Río Tercero, porque un niño que ha sufrido un PCR, se debe trasladar al hospital mas cercano a fin de realizar una rápida estabilización y así evitar agravar el daño multiorgánico. Las restantes derivaciones se realizaron desde hospitales de segundo nivel. De éstas 8 derivaciones, solo 3, el 37% se consideran adecuadas. Los restantes problemas deberían poder resolverse en un hospital de segundo nivel, como son: GEA, abdomen agudo y fractura de miembro superior. Tabla 22.

Del Departamento San Alberto se refirieron 6 casos, según aparece en la muestra, de éstos, 1, el 16% fue derivado por médico particular a la ciudad de

Córdoba. De los 5 restantes, 3, el 60% se consideran causas de derivación a un hospital de mayor complejidad. Tabla 23

Del Departamento San Javier aparecen en la muestra seis derivaciones, todas ellas, del Hospital de Villa Dolores y por causas que requieren un hospital de alta complejidad. Tabla 24

Del Departamento Calamuchita aparecen 7 derivaciones en la muestra. De éstas, 2 casos, el 28.5 fueron derivados desde un centro de salud, ambos casos debieron ser tratados en un hospital de segundo nivel. De los 5 casos restantes, que fueron remitidos por el Hospital Eva Perón, cuatro el 80% se consideran derivaciones adecuadas. Tabla 25

Del departamento Colón aparecen 61derivaciones en la muestra, de éstas 26, el 42% fueron realizadas por centros de primer nivel de complejidad. De las 61 derivaciones, 35, el 57% se consideran casos que requieren derivación. Entre éstos, el síndrome de dificultad respiratoria es la causa mas común, con 15 casos. Tabla 26

Del Dpto. Gral. San Martín aparecen 8 casos en la muestra, todos del Hospital Pasteur, de Villa María, seis de los cuales, el 75% se consideran derivaciones adecuadas. Tabla 27

Del Dpto. Punilla aparecen 33 derivaciones en la muestra. Solo 3 casos derivados por dispensario, 9%, el resto por hospitales de segundo nivel de complejidad. De los 33 casos derivados, 19, el 57% son problemas de salud que requieren un centro de mayor complejidad. Tabla 34

Resumiendo, del las localidades **del centro cordobés**, aparecen 177 niños en la muestra, de éstos 41, el 23% fueron remitidos por instituciones de primer nivel de complejidad o por médicos particulares a la ciudad de Córdoba. Del total de derivaciones que aparecen en la muestra, 100, o sea el 56% se consideran adecuadas. Entre las causas de derivación mas frecuentes, el síndrome de dificultad respiratoria, se encuentra en primer lugar, con 24 casos, el 16.6%, seguidos por el abdomen agudo, 14 casos, el 10%, la fractura de miembro superior y el politraumatismo, con 12 casos respectivamente.

De los departamentos del Sur cordobés:

Del departamento Marcos Juárez aparecen 4 derivaciones en la muestra, todos de hospital, todos los casos requerían un centro de mayor complejidad. Tabla 28

Del departamento Río IV aparecen en la muestra 13 derivaciones: uno de una Clínica Privada y el resto del Hospital San Antonio de Padua, institución de tercer nivel de complejidad. De los 13 casos, 9, el 69% de los casos se consideran adecuadas. Tabla 29

Del Departamento Juárez Celman aparecen 3 derivaciones en la muestra. 1 caso derivado de un dispensario. Los restantes de hospitales. De estas derivaciones, dos, el 66% se consideran relativamente adecuadas, ya que se deberían derivar al Hospital de Río IV. Tabla 30

Del Departamento Pte. Roque Sáenz Peña aparecen 2 derivaciones de la localidad de Laboulaye, uno derivado por un médico particular. una derivación se considera adecuada, según los criterios antedichos. Tabla 31

Del Departamento General Roca se registra una sola derivación de Villa Huidobro. Adecuada. Tabla 32

Del Dpto. Unión aparecen 6 casos en la muestra, uno derivado por un médico de Justiniano Posse, un caso de maltrato infantil, derivado al Hospital de Niños por el Juzgado de Menores, los 4 restantes derivados por Hospitales. De los 6 casos sólo 3 son problemas que requieren un centro de mayor complejidad. Tabla 33

Resumiendo, de los departamentos **del sur cordobés** aparecen 29 derivaciones en la muestra; el mayor número del departamento Río IV, de éstas, sólo 5, el 17% derivado por un médico o centro de salud. De éstas 29 derivaciones, 20, el 69% se consideran adecuadas.

De otras provincias aparecen 35 casos de derivación en la muestra, 4 casos, 11% por centros de primer nivel de complejidad, 9 casos, el 26% por centros de segundo nivel, y 20, el 57% por centros de tercer nivel de complejidad. De estos 35 casos, 29, el 83% se consideran derivaciones adecuadas para un centro de tercer nivel. Tabla 35

De hospitales de la ciudad de Córdoba, aparecen 12 derivaciones en la muestra, todos de centros con tercer nivel de complejidad, 2 de esos casos no deberían ser causa de derivación, como son diarrea con sangre e hipoglucemia, el resto, 83% se consideran problemas que requieren un centro de alta complejidad. Tabla 36

Evaluación de los niños derivados a especialista

El mas importante motivo de derivación ha sido el síndrome de dificultad respiratoria, con 46 casos (14%). Estos niños fueron tratados por clínico pediatra, la mayor parte (41), 2 casos tratados por cardiología y dos por neurología. De los 41 casos de derivación por SRD, 31 (75,6%) fueron niños menores de un año.
En segundo lugar aparece la fractura de miembro superior, siendo el mayor número (81%) varones en edad escolar. 21 ingresos por cirugías programadas, siendo la mayor parte las cirugías de traumatología Tabla 42, 45

Niños atendidos por mas de un especialista

Los niños atendidos por el cardiólogo, fueron tratados, por cardiocirugía, se hizo interconsulta con genética, infectología y nutrición. Todos fueron menores de un año. Los dos niños tratados por el Centro de Enfermedades Metabólicas, fueron tratados también por nefrología y por neurología, los dos fueron lactantes de 3 meses. Los 21 pacientes tratados por cirugía, fueron tratados también por cirugía plástica, infectología, neurocirugía y ortopedia. La mayor parte fueron niños en edad escolar.
Los 5 pacientes derivados para cirugía plástica, fueron tratados por infectología, nutrición y odontopediatría. Niños de todas las etapas del desarrollo.

6 pacientes derivados para diabetología, fueron atendidos por psicología, servicio social, salud mental, endocrinología. De los 6 casos, 4 (66.66%) fueron debut diabético. Tabla 40

En algunos casos el diagnóstico secundario explica el primero, como ALTE y bronquiolitis por coqueluche. En otros casos, el otro diagnóstico se ve como una complicación o causa del primero, como HED y politraumatismo; várices esofágicas y enterorragia; hemorragia intracraneal y síndrome de maltrato infantil Tabla 14

Internación de alta complejidad

Tabla 1: Pacientes que presentaron complicaciones. Discriminando diagnóstico principal. Necesidad de asistencia respiratoria. Días de internación en UCI y UTI; días totales de internación.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	VNI	ARM	UTI	UCI	DDI	complicaciones	otras compilcaciones
laringomalasia	40	36	52	9	147	neumonía x ARM	NIH
bronquiolitis por VRS	0	13	44	6	97	neumonía x ARM	desnutrición
Síndrome genético	3	5	6	7	84	NIH	
Meduloblastoma	0	12	16	17	65	inf asoc a catéter	N asociada ARM
quemadura de vía digestiva por cáusticos	0	20	25	13	62	inf asoc a catéter	NIH
meningitis bact aguda	0	5	7	15	60	Bronquil x VRS	tetraplejía espástica
meningitis bact aguda	0	2	6	25	58	inf asoc a catéter	tetraplejía espástica
síndrome convulsivo	0	0	1	5	57	NIH	
broncoaspiración	3	5	7	3	55		
Síndrome metabólico	0	0	0	53	53		
cardiopatía congénita	2	6	17	11	50	bronquiolitisVRS	NIH
politraumatismo	0	5	8	11	45	NIH	
rabdomiosarcoma	0	0	2	30	45		
Transtornos de la deglución	0	0	0	3	44	NIH	
cardiopatía congénita	0	15	37	5	42	inf asoc a catéter	sepsis y NIH
Síndrome metabólico	0	0	0	25	41		
bronquiolitis por VRS	4	8	9	8	33	NIH	
politraumatismo	0	12	14	0	33	sepsis	
Epilepsia	0	1	3	20	32		
HED HSD hemorragia IC	0	3	8	0	31		
Síndrome colestásico	0	2	4	0	31		
cardiopatía congénita	3	4	7	22	29	estenosis subglótica	

bronconeumonía	7	12	19	3	25		
encefalitis aguda	0	6	7	2	22		
Absceso cerebral	0	0	0	12	21		
CRIA	0	5	10	6	21	neumotórax	sepsis
Síndrome de Arcaldi		0	4	5	19		
HED HSD hemorragia IC	0	0	0	10	15		
cardiopatía congénita	6	1	3	6	14	sepsis	
pacreatitis aguda		0	0	14	14		
Síndrome urémico hemolítico	0	0	0	14	14		
Estenosis subglótica	0	4	5	1	13	NIH	
peritonitis		0	0	4	13	insuf renal aguda	abceso douglas
politraumatismo	0	0	5	7	13		
herida cortante	0	0	0	2	12		
Neumonía bacteriana aguda	0	0	0	3	11		
cardiopatía congénita	0	1	2	3	10		
cardiopatía congénita	0	9	9	0	10	PCR	sepsis y NIH
politraumatismo	0	0	0	10	10		
bronquiolitis por VRS	0	3	5	1	9		
Neumonía bacteriana aguda	0	0	0	5	9		
craneosinostosis	0	0	2	2	8		
HED HSD hemorragia IC	0	3	4	0	8		
intoxicación x monóxido de ca				3	8		
Síndrome urémico hemolítico	0	0	0	4	7		
Transtornos de la deglución	0	1	2	3	6		
bronquitis obstructiva recurrente	0	0	0	3	5		
cardiopatía congénita	0	0	2	2	5		
HED HSD hemorragia IC	0	1	2	3	5		
traumatismo craneoencefálico	0	0	0	5	5		
politraumatismo	0	1	1	0	1		
	68	**201**	**355**	**421**	**1527**		
moda	**3**	**1**	**2**	**3**	**5**		
mediana	**3,5**	**5**	**6**	**6**	**21**		
promedio	**8,5**	**6,9**	**10,1**	**9,4**	**29,9**		

De los 327 pacientes de la muestra, 52 requirieron **internación de alta complejidad** y asistencia respiratoria. 16%. 29 pacientes requirieron ARM (8.89%), con un total de 201 días de asistencia respiratoria mecánica, 8 VNI, con un total de 68 días de asistencia ventilatoria no invasiva. 35 pacientes requirieron internación en UTI (10.7%), con un total de 355 días de terapia intensiva. 45 se internaron en UCI, (13.7%) con un total de 421 días en UCI. 1527 días de internación total con una media de 29.9 días, una mediana de 21 y una moda de 5.- Tabla 43

.

De los pacientes derivados de la muestra, 51 (15.6%) presentaron **complicaciones durante la internación**. Entre las complicaciones que se presentaron entre los pacientes de la muestra, las complicaciones respiratorias han

sido las más frecuentes (24 casos, lo que representa el 47%). 15 neumonías intrahospitalarias, (29.41%), 3 neumonías asociadas a ventilación mecánica (5.88%). 6 casos de sepsis (11.7%). 4 casos de infección asociada a catéter venoso central (7.8%). Tablas 41 y 42

.

De los 327 pacientes de la muestra, 29 (8.8%) requirieron asistencia respiratoria mecánica. Todos presentaron internación prolongada, con un promedio de 38 días de internación. En cuanto al grupo etáreo, 16 pacientes menores de un año (55.17%), 3 pacientes de 1 a 3 años (10.3%); 1 de 4 a 7 años (3.4%). 2 de 8 a 10 años (6.89%) y 4 de entre 11 y 13 años (13.79%). Tabla 43

PACIENTES DE PEDIATRÍA GENERAL

Motivo de derivación y diagnóstico definitivo

Del total de la muestra, 127 niños fueron atendidos por pediatría general (38.83%), 31 niños menores de un año (24.4%), en donde el diagnóstico mas importante ha sido la bronquiolitis , seguido de la bronquiolitis por virus respiratorio sincitial. 46 niños de 1 a 3 años (36.2%). En estos el diagnóstico mas importante ha sido la neumonía, seguido de la gastroenteritis aguda. 23 niños de 4 a 7 años (18.1%). En estos niños el diagnóstico mas importante ha sido la neumonía, seguido en segundo lugar, por los casos de crisis asmática. 9 niños de 8 a 11 años. (7%). También en estos niños los problemas respiratorios son el diagnóstico mas importante. 4 niños de más de 12 años. (3.1%) Con dos casos de politraumatismo y dos de celulitis. Tabla 51

De los 127 niños que fueron atendidos por pediatría general 42 niños fueron derivados por síndrome de dificultad respiratoria (33.07%). Entre estos niños se diagnosticaron 2 bronconeumonías, 13 bronquiolitis, 1 bronquiolitis por adenovirus, 6 bronquiolitis por virus respiratorio sincitial; 3 casos de BOR, 4 crisis asmáticas y 9 neumonías. El segundo motivo de derivación más importante ha sido la diarrea y vómitos, de los que se diagnosticaron 7 gastroenteritis aguda y un caso de peritonitis. Le sigue como motivo de derivación el síndrome febril, en los cuales se encontró 4 neumonías, una bronquitis, una infección urinaria y una sepsis. Tabla 52

Tabla 2: Pacientes tratados por pediatría que requirieron internación de mayor complejidad y necesidad de asistencia respiratoria, con días totales de internación y complicaciones presentadas.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	UTI	UCI	VNI	ARM	DDI	complicaciones
Transtornos de la deglución		3			44	NIH
Transtornos de la deglución	2	3		1	6	

Síndrome metabólico		53			53	
sepsis		7			7	
politraumatismo	8	11		5	45	NIH
peritonitis		4			13	insuf renal aguda
Neumonía bacteriana aguda		3			11	
Neumonía bacteriana aguda		5			9	
laringomalasia	52	9	40	36	147	NIH
bronquitis obstructiva recurrente		3			5	
bronquiolitis por VRS	44	6		13	97	neumonía x ARM
bronquiolitis por VRS	9	8	4	8	33	NIH
bronquiolitis por VRS	5	1		3	9	
moda		**3**			**9**	
mediana	**8,5**	**5**	**22**	**6,5**	**13**	
promedio	**20**	**8,92**	**22**	**11**	**36,85**	

De los niños atendidos por pediatría general, 13 niños necesitaron internación de mediana y alta complejidad (10.2%). 6 niños (4.72%) requirieron internación de alta complejidad con un promedio de estadía en UTI de 20 días. Entre estos niños, la mitad fue debido a una infección por VRS. 13 niños (10.2%) estuvieron internados en Cuidados Intermedios, con un promedio de estadía de 8.9 días. Dos niños necesitaron asistencia respiratoria no invasiva (VNI), uno por malformación laríngea y otro afectado del VRS, con un promedio de 22 días. ARM requirieron los 6 niños que estuvieron en la UTI, con un promedio de 11 días de tratamiento. Estos niños tuvieron un promedio de días totales de internación de 36.85 días.

PACIENTES DE NEUROCIRUGÍA:

Tabla 3: pacientes tratados por neurocirugía, discriminando, diagnóstico principal, tratamiento, días de internación y resolución.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TRATAMIENTO	DDI	RESOLUCION
Absceso cerebral	antibiòticoterapia	21	control p/CE
craneosinostosis	corticoides	8	contr med cab
Epilepsia	vía central	32	control p/CE
fractura de cráneo	analgesia	3	contr med cab
fractura de cráneo	antibiòticoterapia	3	control p/CE
fractura de cráneo	control	3	control p/CE
HED HSD hemorragia IC	anticonvulsivantes	8	control p/CE
HED HSD hemorragia IC	anticonvulsivantes	15	contr med cab
HED HSD hemorragia IC	vía central	5	control p/CE
HED HSD hemorragia IC	vía central	31	control p/CE
Meduloblastoma	corticoides	65	control p/CE
meningitis bact aguda	antibiòticoterapia	60	control p/CE
politraumatismo	analgesia	7	control p/CE

politraumatismo	vía central	1	fallece
Síndrome de Arcaldi	analgesia	19	control / CE
traumatismo craneoencefálico	analgesia	3	contr med cab
traumatismo craneoencefálico	analgesia	5	control p/CE
traumatismo craneoencefálico	analgesia	15	contr med cab
traumatismo craneoencefálico	antibiòticoterapia	3	contr med cab
traumatismo craneoencefálico	control	2	contr med cab
traumatismo craneoencefálico	control	2	contr med cab
Tumor cerebral	radioterapia	11	control p/Ce
Tumor cerebral	sedoanalgesia	1	control p/Ce

De los 23 pacientes que fueron derivados por problemas neurquirúrgicos, 11, el 48 % ingresaron por accidentes, 3 (13%) por problemas oncológicos cerebrales, 2 (8.7%) por infecciones cerebrales, 2 (8.7%)por trastornos genéticos y uno por epilepsia (4.3%).
Estos pacientes requirieron 323 días de internación, con una media de 14, una mediana de y una moda de 3.-
De los 23 pacientes, uno falleció, 14 debieron continuar en control por consultorio externo y 8 fueron contrarreferidos para control por su médico de cabecera.-

Tabla 4: pacientes tratados por neurocirugía, discriminando necesidad de cuidados intermedio (UCI); necesidad de internación en Terapia Intensiva (UTI), ventilación con presión positiva no invasiva (VNI), Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), días de internación (DDI) y complicaciones.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	UTI	UCI	VNI	ARM	DDI	complicaciones
Absceso cerebral		12			21	
craneosinostosis	2	2			8	
Epilepsia	3	20		1	32	
HED HSD hemorragia IC	8			3	31	
HED HSD hemorragia IC		10			15	
HED HSD hemorragia IC	4			3	8	
HED HSD hemorragia IC	2	3		1	5	
Meduloblastoma	16	17		12	65	neumonía asoc ARM
meningitis bact aguda	7	15		5	60	Bronquil x VRS
politraumatismo	1			1	1	
Síndrome de Arcaldi	4	5			19	
traumatismo craneoencefálico		5			5	
MODA	**2**	**5**		**1**	**8**	
MEDIANA	**4**	**10**		**3**	**17**	
PROMEDIO	**5,22**	**9,89**		**3,71**	**22,50**	

De los 23 pacientes tratados por neurocirugía, la mitad requirió internación de mediana y alta complejidad, con un promedio de 5,22 días de internación en UTI, 9.89 días de internación en UCI, y 3.71 días de asistencia respiratoria mecánica. El promedio de días de internación fue de 22.5 días totales.

De los 23 pacientes atendidos por neurocirugía, los golpes en la cabeza representan el 61% y de éstos, la mitad presentaron fractura de cráneo, hematomas extra o subdural o hemorragia intracraneal. Las edades fueron 2 menores de un año (8.69%); 4 de 1 a 3 años (17.39%); 1 de 4 a 7 (4.34%); 4 (17.39%) de 8 a 11 años y 3 mayores de 12 años (13.04%)tabla

PACIENTES TRATADOS POR NEUROLOGIA

Tabla 5: pacientes de neurología, según motivo de internación, diagnóstico principal, otros diagnósticos y edad del `paciente.

MOTIVO DE DERIVACIÓN	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGOSTICOS	EDAD
apneas y cianosis	Síndrome genético	laringomalasia	2 meses
cefalea	Síndrorme vertiginoso		11 años
convulsiones	convulsión afebril		5 años
convulsiones	convulsión afebril		6 años
convulsiones	Epilepsia		11 años
convulsiones	Epilepsia		4 años
convulsiones	Epilepsia		3 años
convulsiones	síndrome convulsivo	hidrocefalia	3 años
convulsiones	síndrome convulsivo		2 años
convulsiones	síndrome convulsivo		6 años
convulsiones	síndrome convulsivo		1 año
convulsiones	síndrome convulsivo		9 años
convulsiones	Síndrome de West		6 meses
convulsiones	Síndrome Rasmiussen		9 años
crisis de ausencia	convulsión afebril		6 años
epilepsia	Síndrome Rasmiussen		9 años
maltrato infantil	Síndrome de Maltrato Infantil		6 años
Sindrome de dificultad respiratoria	encefalitis aguda		4 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	síndrome convulsivo		2 meses
Síndrome meníngeo	meningitis bact aguda	hidrocefalia	5 meses
sospecha encefalitis CMV	síndrome convulsivo		5 meses

El motivo de derivación mas importante fue por convulsiones, de los 21 pacientes tratados por neurología clínica, el 57,14% fueron derivados por este motivo y las edades van desde los 6 meses a los 11 años.

De los 21 niños tratados por neurología, la mitad recibió como tratamiento principal anticonvulsivantes, en segundo lugar antibióticos y sedantes. El 100% de estos niños debe seguir siendo controlado por este especialista, a través del consultorio externo del mismo hospital. Tabla 53

Tabla 6: pacientes atendidos por neurología, de acuerdo al diagnóstico, necesidad de internación en UTI, UCI, necesidad de asistencia respiratoria, días totales de internación y complicaciones.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	UTI	UCI	VNI	ARM	DDI	complicaciones
Síndrome genético	6	7	3	5	84	NIH
síndrome convulsivo	1	5	0	0	57	NIH
encefalitis aguda	7	2	0	6	22	
total	**14**	**14**	**3**	**11**	**163**	
promedio	**4.66**	**4.66**	**1**	**3.66**	**54.33**	

De los pacientes atendidos por neurología, 3 (14.28%) requirieron internación de mediana y alta complejidad con un promedio de 4.6 días de internación en UCI, 4.6 días de internación en UTI, con un promedio de 1 día de ventilación a presión positiva no invasiva y 3.6 días de ventilación mecánica. Todos presentaron internación prologada, con un promedio de 54.33 días de internación. Los que presentaron complicaciones, fue neumonía intrahospitalaria.

Tabla 7: Pacientes tratados por neurología que requirieron tratamiento quirúrgico

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TIPO DE CIRUGIA	Dia CIRUGIA	DDI
Síndrome genético	colocación valvula V-P	48	84
meningitis bact aguda	colocación valvula V-P	25	58
MEDIANA		**36,5**	**71**
PROMEDIO		**36,50**	**71,00**

De los niños tratados por neurología, 2 (9.52%) requirieron tratamiento quirúrgico, los dos fue colocación de una válvula derivativa ventrículo peritoneal, con un promedio de 36, 5 días de la cirugía y un promedio de 71 días totales de internación.

PACIENTES TRATADOS POR CARDIOLOGÍA

Tabla 8: pacientes tratados por cardiología, de acuerdo a la edad del paciente, el motivo de derivación y el o los diagnósticos definitivos.

MOTIVO DE DERIVACIÓN	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGOSTICOS	EDAD
cardiopatía congénita	cardiopatía congénita		3 meses
cardiopatía congénita	cardiopatía congénita	Síndrome anémico	2 meses
cirugía programada	cardiopatía congénita		4 meses
crisis de cianosis	ALTE		1 mes
crisis de cianosis	cardiopatía congénita	Desnutrición	9 meses
Síndrome de dificultad respiratoria	cardiopatía congénita	bronquiolitis	4 meses
Síndrome de dificultad respiratoria	cardiopatía congénita	Neumonía bacteriana ag	3 meses
sospecha de cardiopatía congénita	cardiopatía congénita		4 meses
sospecha de cardiopatía congénita	cardiopatía congénita	bronquiolitis	1 mes
sospecha de cardiopatía congénita	cardiopatía congénita	Desnutrición	8 meses
sospecha de cardiopatía congénita	cardiopatía congénita	Neumonía bacteriana ag	2 meses
sospecha de cardiopatía congénita	cardiopatía congénita	Neumonía bacteriana ag	5 meses

De los 327 pacientes que integran la muestra, el 3.66% fueron tratados por cardiología. De estos, la sospecha de cardiopatía congénita, fue el motivo de derivación más frecuente (41.6%), y todos, menos uno fueron diagnosticados con diferentes tipos de cardiopatías. De los 12 pacientes derivados, 8 (66.66%) presentaron otros problemas de salud que complican el cuadro de la cardiopatía, como problemas respiratorios o desnutrición. Todos fueron niños menores de un año.

Tabla 9: pacientes tratados por cardiología de acuerdo al diagnóstico principal, el tipo de cirugía realizada, los días de espera para la cirugía y los días totales de internación.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TIPO DE CIRUGIA	Dia cirugía	DDI
cardiopatía congénita	cirugía cardiovascular	6	50
cardiopatía congénita	cirugía cardiovascular	3	42
cardiopatía congénita	hemodinamia	10	18
cardiopatía congénita	hemodinamia	1	14
cardiopatía congénita	cirugía cardiovascular	9	10
cardiopatía congénita	cirugía cardiovascular	1	10
	MODA	**1**	**10**

MEDIANA	**4,5**	**16**
PROMEDIO	**5**	**24,00**

Todos los pacientes tratados por cardiología fueron lactantes menores de un año. De los 12 pacientes, 11 fueron casos de cardiopatía congénita. De éstos, 6 fueron intervenidos. Cuatro por cirugía cardiovascular, 2 por hemodinamia intervencionista, con un promedio de 5 días de internación previos a la cirugía y un promedio de días totales de internación de 24 días.

Tabla 10: Pacientes tratados por cardiología que necesitaron internación de mediana y alta complejidad, necesidad de asistencia respiratoria, días totales de internación y complicaciones que presentaron.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	UTI	UCI	VNI	ARM	DDI	complicaciones
cardiopatía congénita	17	11	2	6	50	bronquiolitisVRS
cardiopatía congénita	37	5		15	42	NIH
cardiopatía congénita	7	22	3	4	29	estenosis subglótica
cardiopatía congénita	3	6	6	1	14	sepsis
cardiopatía congénita	2	3		1	10	
cardiopatía congénita	9			9	10	PCR
MODA				**1**	**10**	
MEDIANA	**8**	**6**	**3**	**5**	**21,5**	
PROMEDIO	**12,5**	**9,40**	**3,67**	**6**	**25,83**	

De los 11 pacientes tratados por cardiología, 6 requirieron internación en UTI (54.54%), con un promedio de días en terapia de 12.5 días y un promedio de días de asistencia respiratora mecánica de 6 días. 5 pacientes, el 45.45% presentó complicaciones: una infección cruzada con la que contrajo bronquiolitis por VRS, una neumonía intrahospitalaria, una sepsis, un paro cardiorrespiratorio y una estenosis subglótica secundaria a intubación endotraqueal.

PACIENTES TRATADOS POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Tabla 11: pacientes tratados por el servicio de ortopedia y traumatología, de acuerdo al diagnóstico del niño, los tratamientos recibidos, los días de internación y la resolución del caso.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TRATAMIENTO	DDI	RESOLUCION
artritis séptica	antibiòticoterapia	5	contr med cab
Corrección luxación congénita cadera	analgesia	3	control p/CE
Corrección luxación congénita cadera	analgesia	3	control p/CE
Corrección luxación congénita cadera	antibiòticoterapia	4	control p/CE
Corrección luxación congénita cadera	analgesia	1	suspención cirugía
Corrección luxación congénita cadera	analgesia	3	control p/CE

Corrección luxación congénita cadera	analgesia	5	control p/CE
corrección pie bot bilateral	analgesia	3	control p/CE
corrección pie bot bilateral	antibiòticoterapia	3	control p/Ce
Corrección sindactilia	analgesia	4	control p/CE
Corrección sindactilia	analgesia	3	control p/CE
Corrección sindactilia	analgesia	2	contr med cab
fractura expuesta miembro superior	antibiòticoterapia	6	control p/CE
fractura expuesta miembro superior	antibiòticoterapia	6	control p/ CE
fractura expuesta miembro superior	yeso braquipalmar	4	control p/CE
fractura expuesta miembro superior	analgesia	4	control p/CE
fractura expuesta miembro superior	analgesia	4	control p/ CE
fractura expuesta miembro superior	yeso braquipalmar	4	control p/CE
Fractura miembro inferior	analgesia	7	cont med cab
Fractura miembro inferior	analgesia	3	control p/CE
Fractura miembro inferior	antibiòticoterapia	11	control p/Ce
Fractura miembro inferior	yeso pelvipédico	3	control p/CE
Fractura miembro inferior	yeso pelvipédico	5	control p/CE
Fractura miembro inferior	yeso pelvipédico	12	control p/Ce
fractura supracondílea	antibiòticoterapia	4	control p/CE
fractura supracondílea	analgesia	3	control p/CE
fractura supracondílea	analgesia	3	control p/ CE
fractura supracondílea	hidratación parenteral	5	alta
fractura supracondílea	analgesia	2	control p/CE
fractura supracondílea	antibiòticoterapia	10	control p/Ce
fractura supracondílea	yeso braquipalmar	2	control p/Ce
fractura supracondílea	analgesia	4	control p/CE
fractura supracondílea	analgesia	3	control p/CE
fractura supracondílea	analgesia	3	control p/CE
fractura supracondílea	antibiòticoterapia	3	control p/CE
fractura supracondílea	antibiòticoterapia	2	control p/CE
fractura supracondílea	analgesia	3	control p/CE
fractura supracondílea	analgesia	3	control p/CE
fractura supracondílea	analgesia	2	control p/CE
fractura supracondílea	analgesia	3	control p/CE
herida cortante	analgesia	2	control p/CE
osteosarcoma	analgesia	3	control pCE
politraumatismo	yeso	5	control p/CE
politraumatismo	yeso braquipalmar	2	control p/Ce

De los 44 pacientes tratados por ortopedia y traumatología, 16 casos de fractura supracondílea mas 6 casos de fractura de expuesta de miembro superior. Significan que el 50% de los casos en esta especialidad le corresponde a los traumatismos de miembro superior. Le sigue en orden de importancia la fractura de miembro inferior

con 6 casos, 13.6%, las cirugías correctivas de cadera, con el 13.6% y la cirugías correctivas de mano con el 6.7%.

De los 44 pacientes tratados por ortopedia y traumatología, 1 caso fue en un niño menor de un año (2.27%); 6 casos en niños entre 1 y 3 años (13.63%); 15 casos de 4 a 7 años (34.09%), 12 casos de 8 a 10 años (27.27%), 6 de 11 a 14 años (13.63%).- Tabla 54. 38, o sea el 86% fue operado el mismo día de la derivación. El promedio de días de internación fue bajo, con un promedio de 4 días.

Tratamientos quirúrgicos

De los pacientes 327 pacientes de la muestra, 134 recibieron tratamiento quirúrgico. Produjeron 1458 días de internación. Durante el mes de enero se hicieron 10 cirugías: 5 de ortopedia y traumatología, 1 de neurocirugía y cuatro de cirugía general. En el mes de Febrero se registran 11 cirugías, una de cirugía cardiovascular, 4 de ortopedia y traumatología, una de hemodinamia, 4 de cirugía general y una cirugía oftalmológica. En el mes de marzo no aparecen cirugías en la muestra.
En el mes de abril aparecen 13 cirugías: 5 cirugías traumatológicas y 8 cirugías de cirugía general. A un paciente se le realizaron tres cirugías el mismo mes, luego de una ingesta accidental de cáusticos.
Durante el mes de mayo se registran 20 cirugías: una de hemodinamia, 4 de traumatología, 3 de neurocirugía, 6 de cirugía general, una de cirugía estética. En el mes de junio 14 cirugías: una de cirugía cardiovascular, 4 de ortopedia y traumatología, 8 de cirugía y una de neurocirugía. A dos pacientes politraumatizados, se les realizaron 4 cirugías reconstructivas a uno y dos cirugías torácicas al otro.
Durante el mes de julio se hicieron 10 cirugías. Una de oftalmología, una cirugía cardiovascular, una de oncohematología, dos de neurocirugía y 4 de cirugía general. Un niño recibió dos cirugías. No hubo pacientes de traumatología.
En el mes de agosto 10 cirugías. 2 de cirugía plástica, dos de traumatología y las demás de cirugía general. Un niño fue sometido a dos cirugías.
En el mes de septiembre se registran 6 cirugías: tres de traumatología, dos de cirugía general y una de cirugía plástica.
En el mes de octubre se registran 14 cirugías: una de cirugía cardiovascular, una de cirugía plástica, cuatro de traumatología, una de nefrología, una de neurocirugía, 4 de cirugía general y dos de oncohematología.
Durante el mes de noviembre se realizaron 3 de traumatología, uno de neurocirugía, uno de hemodinamia y 7 de cirugía general. En el mes de diciembre se hicieron 12 cirugías: 6 de traumatología, 1 de neurocirugía, dos de cirugía plástica y 3 de cirugía general. Tabla 44

De los 134 pacientes que recibieron tratamientos quirúrgicos, más de la mitad fueron operados el mismo día de su arribo al hospital (56.7%). 33 pacientes, (24.7%) fue operado entre el 2do y quinto día de internación. Tabla 45, grafico 3

Las cirugías se distribuyen en todas las edades sin presentar diferencias significativas. De las 134 cirugías, se realizaron 24 a niños menores de una año, 18.2%, 24 a niños entre 1 y 3 años, el 18.2%. 25 cirugías a niños entre 4 y 6 años, 19%; 23 a niños entre 7 y 9 años, 17.4%; 21 entre 10 y 12 años, el 16% y 15 entre 13 y 15 años, el 11%. Tabla 46

El total de cirugías es de 133, el mayor número (19.5%) de las mismas corresponde a la reducción de fracturas con 26 casos, siendo, entre éstas el 81.8, con 21 casos de sexo masculino y sólo 5 casos (19.2%) de fractura en niñas. En cuanto a las edades de los casos de fractura, los años escolares representan el 77%. Adolescentes 4 (15.3%) y niños menores 2 (7.7%).-

En segundo lugar aparecen las cirugías abdominales con 22 casos (16.5%), 11 de laparotomías y 11 de apendicectomía. De este total, 14 casos (63.63%) corresponde a niños en edad escolar, 4 casos, 18.18% a niños en edad preescolar y 5 casos, 22.72%, corresponde a adolescentes menores. En cuanto al sexo está distribuido igual entre varones y mujeres. 12 varones (54.5%) y 10 en mujeres, 45.5%.

En tercer lugar aparecen las cirugías pleuropulmonares con 6 casos (4.5%). De estos 6 casos, 5 (83%) corresponde a niños, y 1 (17%) a niñas. En cuanto a las edades, 4 casos (66.6%) corresponde a niños entre 1 y 2 años. Un caso (16.6%) de un niño en edad escolar y un adolescente.

En cuarto lugar aparecen las cirugías correctivas de cadera, con 5 casos (3.7%), realizadas a 3 niñas (60%) y 2 varones (40%). En cuanto a las edades, se realizaron 2 a niños en edad preescolar y 3 a escolares. Tabla 47 y 48

De los pacientes quirúrgicos presentaron una moda de días de espera para la cirugía de uno, o sea que la mayoría fue operado el mismo día de su llegada al hospital, como en el caso de las apendicectomía.

La internación más prolongada ha sido de un niño que sufrió quemadura de su vía digestiva por ingesta de cáusticos, que le fue extirpada su faringe, esófago y estómago el mismo día de su derivación, y a los 3, a los 10 y a los 15 días debió ser reintervenido, con un total de 62 días de internación. Tabla 49

De los 127 niños tratados por pediatría general, 12 (9.4%) requirieron tratamiento quirúrgico, en los cuales se destaca el drenaje de abcesos pleurales por neumonía con derrame, estando en segundo lugar la laparotomía por peritonitis. Estos niños fueron operados en promedio a los 4 días de internación, con una estadía promedio en el hospital de 24 días. Tabla 50

Cirugía general

Tabla12: pacientes tratados por cirugía general, de acuerdo al diagnóstico del paciente, los tratamientos realizados, los días de internación y la resolución del caso.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TRATAMIENTO	DDI	RESOLUCION
abdomen agudo	antibiòticoterapia	8	contr med cab
abdomen agudo	antibiòticoterapia	8	contr med cab
abdomen agudo	protección gástrica	4	contr med cab
Apendicitis aguda	analgesia	3	alta
Apendicitis aguda	analgesia	3	contr med cab
Apendicitis aguda	analgesia	2	contr med cab
Apendicitis aguda	analgesia	3	contr med cab
Apendicitis aguda	analgesia	3	contr med cab
Apendicitis aguda	analgesia	3	control p/CE

Apendicitis aguda	antibiòticoterapia	3	cont med cab
Apendicitis aguda	antibiòticoterapia	3	contr med cab
Apendicitis aguda	antibiòticoterapia	5	contr med cab
Apendicitis aguda	antibiòticoterapia	3	control p/CE
broncoaspiración	control	2	contr med cab
bronquitis obstructiva recurrente	kinesioterapia respiratoria	10	contr med cab
esofagitis por ingesta de cáusticos	protección gástrica	3	contr med cab
Estenosis subglótica	broncodilatadores	13	control p/CE
fisura palatina	analgesia	3	control p/CE
herida cortante	antibiòticoterapia	12	contr med cab
herida cortante	antibiòticoterapia	3	contr med cab
Hernia atascada	corticoides	12	control p/CE
invaginación intestinal	analgesia	5	contr med cab
laringomalasia	oxigenoterapia	18	control p/Ce
Leucemia linfocítica aguda	analgesia	1	control p/CE
Litiasis biliar	analgesia	7	control p/CE
oclusión intestinal	antibiòticoterapia	5	contr med cab
pacreatitis aguda	analgesia	14	control p/ CE
peritonitis apendicular	antibiòticoterapia	7	contr med cab
peritonitis apendicular	antibiòticoterapia	8	contr med cab
peritonitis apendicular	antibiòticoterapia	6	control p/CE
peritonitis apendicular	protección gástrica	10	contr med cab
politraumatismo	analgesia	4	contr med cab
politraumatismo	analgesia	10	contr med cab
politraumatismo	transfusiones	33	control p/CE
politraumatismo	vía central	13	control p/Ce
politraumatismo	vía central	10	control p/CE
quemadura de vía digestiva por cáusticos	sedoanalgesia	62	control p/CE
Síndrome colestásico	vía central	31	contr med cab
sobreinfección de tumor	analgesia	3	control p/CE
Torsión testicular	analgesia	2	alta
trauma abdominal	yeso pelvipédico	5	control p/CE
Trauma facial	antibiòticoterapia	4	control p/Ce
Trauma facial	antibiòticoterapia	4	control p/CE
várices esofágicas	analgesia	3	control p/CE
total		499	

De los 44 pacientes tratados por cirugía general, 17 casos, el 38.63% se trató de casos de abdomen agudo (apendicitis aguda, abdomen agudo y peritonitis apendicular), en segundo lugar 8 casos de traumatismos, 18.18% (politraumatismo, trauma facial y trauma abdominal)
Los pacientes tratados por cirugía general representaron 499 días de internación

Tabla 13: pacientes tratados por cirugía general, de acuerdo al diagnóstico principal, la necesidad de internación de alta complejidad y asistencia respiratoria; los días de internación y las complicaciones que se presentaron.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	UTI	UCI	VNI	ARM	DDI	complicaciones
Estenosis subglótica	5	1	0	4	13	NIH
herida cortante	0	2	0	0	12	
pacreatitis aguda	0	14		0	14	
politraumatismo	5	7	0	0	13	
politraumatismo	14	0	0	12	33	sepsis
politraumatismo	0	10	0	0	10	
quemadura de vía digestiva por cáusticos	25	13	0	20	62	inf asoc a catéter´central
Síndrome colestásico	4	0	0	2	31	
MODA	**5**				**13**	
MEDIANA	**5**	**8,5**		**8**	**13,5**	
PROMEDIO	**10,6**	**7,8333**		**9,5**	**23,5**	

Los pacientes tratados por cirugía que necesitaron internación de alta complejidad representan el 18.18% de todos los casos tratados por esta especialidad. 8 pacientes requirieron asistencia respiratoria, teniendo un promedio de 10 días de internación en UTI y 23 días promedio de internación.

Tabla 14: pacientes tratados por cirugía de acuerdo al motivo de derivación, el diagnóstico principal, otros diagnósticos y la edad del niño.

MOTIVO DE INTERNACION	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGOSTICOS	EDAD
abdomen agudo	oclusión intestinal		11 años
abdomen agudo	peritonitis		11 años
abdomen agudo	Apendicitis aguda		11 años
abdomen agudo	Apendicitis aguda		3 años
abdomen agudo	Apendicitis aguda		11 años
abdomen agudo	peritonitis apendicular		7 años
abdomen agudo	Apendicitis aguda		14 años
abdomen agudo	Apendicitis aguda		1 año
cirugía programada	Leucemia linfocítica aguda		6 años
cirugía programada	fisura palatina		3 años
cuerpo extraño en pulmón	bronquitis obstructiva recurrente		1 año
dolor abdominal	Apendicitis aguda		4 años
dolor abdominal	Apendicitis aguda	Epilepsia	8 años
dolor abdominal	peritonitis apendicular		10 años
dolor abdominal	peritonitis apendicular		8 años
dolor abdominal	Apendicitis aguda		10 años

dolor abdominal	abdomen agudo		10 años
dolor abdominal	abdomen agudo		15 años
dolor abdominal	abdomen agudo		14 años
dolor abdominal	Apendicitis aguda		13 años
dolor abdominal	Apendicitis aguda	Tumor cerebral	11 años
dolor testicular	Torsión testicular		13 años
estridor para estudio	laringomalasia	Estenosis subglótica	1 mes
estridor para estudio	Estenosis subglótica		10 meses
herida cortante	herida cortante	Scalp	15 años
hernia inguinal bilateral	Hernia atascada	Reflujo gastroesofágico	1 mes
ingesta de caústicos	quemadura de vía digestiva por cáusticos	Quemadura en vía aérea por cáusticos	2 años
ingesta de caústicos	esofagitis por ingesta de cáusticos		4 años
ingesta de cuerpo extraño	broncoaspiración		11 años
invaginación intestinal	invaginación intestinal		4 meses
linfangioma de cuello	sobreinfección de tumor		3 años
litiasis vesicular	Litiasis biliar		10 años
mordedura de perro	herida cortante		3 años
p/colangiografía intrahepatica	Síndrome colestásico		12 años
pancreatitis aguda	pacreatitis aguda		11 años
politraumatismo	trauma abdominal	Fractura miembro inferior	13 años
politraumatismo	Trauma facial		8 años
politraumatismo	politraumatismo	trauma abdominal	11 años
politraumatismo	politraumatismo	trauma abdominal	13 años
politraumatismo	politraumatismo	trauma abdominal	7 años
politraumatismo	politraumatismo		5 años
politraumatismo	politraumatismo	Scalp	10 años
trauma facial	Trauma facial		3 años
várices esofágicas p/ estudio	várices esofágicas	enterorragia	12 año

En cuanto a las edades de los pacientes tratados por cirugía general, sólo 4 casos (9.09%)fue en niños menores de un año. 8 casos de 1 a 3 años (18.18%); 6 casos de 4 a 7 años (13.63%); 8 casos de niños entre 8 y 10 años (18.18%); 13 casos en niños de 11 a 13 años, 29.54% y 6 casos (13.63%) de niños mayores de 14 años.

Los niños tratados por cirugía general, tuvieron un promedio de 2.1 días de espera para la cirugía, y un promedio de días totales de internación de 12.48%.-

PACIENTES TRATADOS POR ONCOHEMATOLOGÍA

Tabla 15: Pacientes tratados por oncohematología, según motivo de derivación, diagnósticos y edad del paciente.

MOTIVO DE DERIVACION	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGOSTICOS	EDAD
Hipertensión endocraneana	sobreinfección de tumor		16 años
leucocitosis	Leucemia linfocítica aguda		3 años
leucocitosis	Leucemia linfocítica aguda		6 años

leucocitosis	Leucemia mieloide	adenoflemón periodontal	9 años
LLA LLA	Leucemia linfocítica aguda Leucemia mieloide	 aplasia medular	12 años 12 años
Sme febril	Neumonía bacteriana aguda		13 años
sospecha PTI	Síndrome anémico		7 años
tratamiento quimioterapia tratamiento quimioterapia	Meduloblastoma Neuroblastoma		11 años 5 años
tumor sacrococcígeo	rabdomiosarcoma		1 mes

De los 327 pacientes de la muestra, 11, el 3.36% fueron tratados por el servicio de oncohematología. En cuanto a las edades de los pacientes, 1 caso de menos de un año, con un tumor congénito. 1 de 1 a 3 años, 2 de 4 a 7 años (18.18%); de 8 a 11 años (27.27%) y 4 niños de más de 12 años (36.36%). En cuanto al motivo de derivación 3 casos de leucocitosis que se diagnosticaron como leucemia linfocítica aguda, dos casos derivados por sospecha de leucemia linfocítica aguda, un caso que se confirma y el otro que se diagnostica como leucemia mieloide.

Tabla 16: Pacientes tratados por oncohematología que requirieron tratamiento quirúrgico, diagnóstico, días de espera de la cirugía y de estadía total.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TIPO DE CIRUGIA	Dia cirugía	DDI
rabdomiosarcoma	tumorectomía	31	45
Leucemia linfocítica aguda	colocacíon catéter díalisis peritoneal	18	34
	MODA		
	MEDIANA	**24,5**	**39,5**
	PROMEDIO	**24,5**	**39,50**

De los 11 pacientes oncológicos, 2 pacientes (18.18%) requirieron tratamiento quirúrgico, uno para extirpación del tumor, y otro para colocación de un catéter para diálisis. El promedio de días de la cirugía fue a los 24 días, con un promedio de días de estada total de 39.50 días.

Tabla 17: pacientes oncológicos que requirieron internación de media y alta complejidad y asistencia respiratoria.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	UTI	UCI	VNI	ARM	DDI	complicaciones
rabdomiosarcoma	2	30	0	0	45	ninguna

De los 11 pacientes oncológicos sólo uno (9%) requirió estar internado 2 días en UTI, 30 días en UCI, no teniendo necesidad de asistencia respiratoria, con un total de 45 días totales de internación.

Tabla 18: pacientes oncológicos, según diagnóstico, tratamientos, días de internación y resolución del caso.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TRATAMIENTO	DDI	RESOLUCION
Leucemia linfocítica aguda	corticoides	14	control p/Ce
Leucemia linfocítica aguda	quimioterapia oncológica	34	control p/CE
Leucemia linfocítica aguda	vía central	28	control p/CE
Leucemia mieloide	antibiòticoterapia	14	control p/Ce
Leucemia mieloide	transfusiones	54	control p/CE
Meduloblastoma	quimioterapia oncológica	2	Control p/CE
Neumonía bacteriana aguda	transfusiones	3	contr med cab
Neuroblastoma		2	control p/CE
rabdomiosarcoma	vía central	45	control p/CE
Síndrome anémico	transfusiones	3	control p/CE
sobreinfección de tumor	antibiòticoterapia	10	control p/Ce

Del total de la muestra, 11 pacientes (3.36%) fueron pacientes oncológicos: 3 por LLA (27.27%), dos por leucemia mieloide (18.18%). Con un promedio de 19 días de internación. 10 niños debieron continuar tratamiento por consultorio externo en el mismo hospital. Un niño fue contrarreferido para control por su médico de cabecera.

Resumen de los resultados

Durante el período estudiado (año 2006) el Servicio de Emergencias del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad ingresó 1635 niños provenientes de diferentes localidades fuera del ejido municipal de la ciudad de Córdoba, lo que significa que aproximadamente 4 niños por día fueron derivados al mismo. Debido a la cantidad que esto representa, y para un mejor manejo de los documentos y la recolección de los datos, se tomó una muestra aleatoria del 20%. Esta muestra está conformada por 327 HC.

En relación con el sexo, el 54 % son varones y el 46 %, mujeres.
Con respecto a las edades de los niños derivados, los niños entre 1 y 3 años representan el 24% del total. De 4 a 7 años el 21%; lactantes menores de 6 meses y niños entre 8 y 11 años, el 19% cada grupo. Niños mayores de 12 años el 11%. El porcentaje menor está representado por lactantes entre los 6 y 11 meses, con un 6%.-

Entre los centros que derivaron los pacientes, el Hospital Municipal de La Calera, se encuentra en primer lugar, con un 6.11%, en segundo lugar, el Hospital Dr. Arturo Illia de Alta Gracia, con el 3.67%, le siguen los Hospitales San Antonio de Padua, de Río Cuarto y Municipal Sayago de Carlos Paz, con el 3.36%, luego el Hospital San Isidro de Río Segundo (3.05%), el Hospital Aurelio Crespo de Cruz del Eje, y los hospitales Regional de Ojo de Agua de Santiago del Estero (2.75%), Hospital Enrique Vera Barros, de La Rioja y el Hospital Eva Perón de Catamarca (2.44%)

La gran mayoría de los pacientes fueron atendidos por el pediatra clínica (38.8%). Seguidos por cirugía general y traumatología, con el 13.7%. Neurocirugía, con el 7.3% y neurología con el 6.4%.

El mas importante motivo de derivación ha sido el síndrome de dificultad respiratoria, con 46 casos (14%). Estos niños fueron tratados por clínico pediatra, la mayor parte (41), 2 casos tratados por cardiología y dos por neurología. De los 41 casos de derivación por SRD, 31 (75,6%) fueron niños menores de un año.
En segundo lugar aparece la fractura de miembro superior, siendo el mayor número (81%) varones en edad escolar. 21 ingresos por cirugías programadas, siendo la mayor parte las cirugías de traumatología.

De los 327 pacientes de la muestra, 29 (8.8%) requirieron asistencia respiratoria mecánica. Todos presentaron internación prolongada, con un promedio de 38 días de internación. En cuanto al grupo etáreo, 16 pacientes menores de un año (55.17%), 3 pacientes de 1 a 3 años (10.3%); 1 de 4 a 7 años (3.4%). 2 de 8 a 10 años (6.89%) y 4 de entre 11 y 13 años (13.79%).

De los pacientes 327 pacientes de la muestra, 134 recibieron tratamiento quirúrgico.
Produjeron 1458 días de internación. De los 134 pacientes que recibieron tratamientos quirúrgicos, más de la mitad fueron operados el mismo día de su arribo al hospital (56.7%). 33 pacientes, (24.7%) fue operado entre el 2do y quinto día de internación.
El total de cirugías es de 133, el mayor número (19.5%) de las mismas corresponde a la reducción de fracturas con 26 casos, siendo, entre éstas el 81.8, con 21 casos de sexo masculino y sólo 5 casos (19.2%) de fractura en niñas. En cuanto a las edades de los casos de fractura, los años escolares representan el 77%. Adolescentes 4 (15.3%) y niños menores 2 (7.7%).-
En segundo lugar aparecen las cirugías abdominales con 22 casos (16.5%), 11 de laparotomías y 11 de apendicectomía. De este total, 14 casos (63.63%) corresponde a niños en edad escolar, 4 casos, 18.18% a niños en edad preescolar y 5 casos, 22.72%, corresponde a adolescentes menores. En cuanto al sexo está distribuido igual entre varones y mujeres. 12 varones (54.5%) y 10 en mujeres, 45.5%.
En tercer lugar aparecen las cirugías pleuropulmonares con 6 casos (4.5%). De estos 6 casos, 5 (83%) corresponde a niños, y 1 (17%) a niñas. En cuanto a las edades, 4 casos (66.6%) corresponde a niños entre 1 y 2 años. Un caso (16.6%) de un niño en edad escolar y un adolescente.
En cuarto lugar aparecen las cirugías correctivas de cadera, con 5 casos (3.7%), realizadas a 3 niñas (60%) y 2 varones (40%). En cuanto a las edades, se realizaron 2 a niños en edad preescolar y 3 a escolares.

Del total de la muestra, 127 niños fueron atendidos por pediatría general (38.83%), 31 niños menores de un año (24.4%), en donde el diagnóstico mas importante ha sido la bronquiolitis , seguido de la bronquiolitis por virus respiratorio sincitial. 46 niños de 1 a 3 años (36.2%). En estos el diagnóstico mas importante ha sido la neumonía, seguido de la gastroenteritis aguda. 23 niños de 4 a 7 años (18.1%). En estos niños el diagnóstico mas importante ha sido la neumonía, seguido en segundo lugar, por los casos de crisis asmática. 9 niños de 8 a 11 años. (7%). También en estos niños los problemas respiratorios son el diagnóstico mas importante. 4 niños de más de 12 años. (3.1%) Con dos casos de politraumatismo y dos de celulitis.
De los 127 niños tratados por pediatría general, 12 (9.4%) requirieron tratamiento quirúrgico, en los cuales se destaca el drenaje de abcesos pleurales por neumonía con derrame, estando en segundo lugar la laparotomía por peritonitis. Estos niños fueron operados en promedio a los 4 días de internación, con una estadía promedio en el hospital de 24 días.

13 niños necesitaron internación de mediana y alta complejidad (10.2%). 6 niños (4.72%) requirieron internación de alta complejidad con un promedio de estadía en UTI de 20 días. Entre estos niños, la mitad fue debido a una infección por VRS. 13 niños (10.2%) estuvieron internados en Cuidados Intermedios, con un promedio de estadía de 8.9 días. Dos niños necesitaron asistencia respiratoria no invasiva (VNI), uno por malformación laríngea y otro afectado del VRS, con un promedio de 22 días. ARM requirieron los 6 niños que estuvieron en la UTI, con un promedio de 11 días de tratamiento. Estos niños tuvieron un promedio de días totales de internación de 36.85 días.

De los 23 pacientes que fueron derivados por problemas neuroquirúrgicos, 11, el 48 % ingresaron por accidentes, 3 (13%) por problemas oncológicos cerebrales, 2 (8.7%) por infecciones cerebrales, 2 (8.7%)por trastornos genéticos y uno por epilepsia (4.3%).
Estos pacientes requirieron 323 días de internación, con una media de 14, una mediana de y una moda de 3.-
De los 23 pacientes, uno falleció, 14 debieron continuar en control por consultorio externo y 8 fueron contrarreferidos para control por su médico de cabecera.-

En cuanto al motivo de derivación, los golpes en la cabeza representan el 61% y de éstos, la mitad presentaron fractura de cráneo, hematomas extra o subdural o hemorragia intracraneal. Las edades fueron 2 menores de un año (8.69%); 4 de 1 a 3 años (17.39%); 1 de 4 a 7 (4.34%); 4 (17.39%) de 8 a 11 años y 3 mayores de 12 años (13.04%).-

De los 23 pacientes neuroquirúrgicos, la mitad requirió internación de mediana y alta complejidad, con un promedio de 5,22 días de internación en UTI, 9.89 días de internación en UCI, y 3.71 días de asistencia respiratoria mecánica. El promedio de días de internación fue de 22.5 días totales.

De los pacientes atendidos por neurología, 3 (14.28%) requirieron internación de mediana y alta complejidad con un promedio de 4.6 días de internación en UCI, 4.6 días de internación en UTI, con un promedio de 1 día de ventilación a presión positiva no invasiva y 3.6 días de ventilación mecánica. Todos presentaron internación prologada, con un promedio de 54.33 días de internación. Los que presentaron complicaciones, fue neumonía intrahospitalaria.
El motivo de derivación mas importante fue por convulsiones, de los 21 pacientes tratados por neurología clínica, el 57,14% fueron derivados por este motivo y las edades van desde los 6 meses a los 11 años.
De los niños tratados por neurología, 2 (9.52%) requirieron tratamiento quirúrgico, los dos fue colocación de una válvula derivativa ventrículo peritoneal, con un promedio de 36, 5 días de la cirugía y un promedio de 71 días totales de internación.

De los 327 pacientes que integran la muestra, el 3.66% fueron tratados por cardiología. De estos, la sospecha de cardiopatía congénita, fue el motivo de derivación más frecuente (41.6%), y todos, menos uno fueron diagnosticados con diferentes tipos de cardiopatías. De los 12 pacientes derivados, 8 (66.66%)

presentaron otros problemas de salud que complican el cuadro de la cardiopatía, como problemas respiratorios o desnutrición. Todos fueron niños menores de un año.
Todos los pacientes tratados por cardiología fueron lactantes menores de un año. De los 12 pacientes, 11 fueron casos de cardiopatía congénita. De éstos, 6 fueron intervenidos. Cuatro por cirugía cardiovascular, 2 por hemodinamia intervencionista, con un promedio de 5 días de internación previos a la cirugía y un promedio de días totales de internación de 24 días.
De los 11 pacientes tratados por cardiología, 6 requirieron internación en UTI (54.54%), con un promedio de días en terapia de 12.5 días y un promedio de días de asistencia respiratora mecánica de 6 días. 5 pacientes, el 45.45% presentó complicaciones: una infección cruzada con la que contrajo bronquiolitis por VRS, una neumonía intrahospitalaria, una sepsis, un paro cardiorrespiratorio y una estenosis subglótica secundaria a intubación endotraqueal.

De los 44 pacientes tratados por ortopedia y traumatología, 16 casos de fractura supracondílea mas 6 casos de fractura de expuesta de miembro superior. Significan que el 50% de los casos en esta especialidad le corresponde a los traumatismos de miembro superior. Le sigue en orden de importancia la fractura de miembro inferior con 6 casos, 13.6%, las cirugías correctivas de cadera, con el 13.6% y la cirugías correctivas de mano.
De los 44 pacientes derivados, 38, o sea el 86% fue operado el mismo día de la derivación. El promedio de días de internación fue bajo, con un promedio de 4 días.
Ninguno requirió internación de alta o mediana complejidad, ni asistencia respiratoria mecánica.

De los 44 pacientes tratados por cirugía general, 17 casos, el 38.63% se trató de casos de abdomen agudo (apendicitis aguda, abdomen agudo y peritonitis apendicular), en segundo lugar 8 casos de traumatismos, 18.18% (politraumatismo, trauma facial y trauma abdominal)
Los pacientes tratados por cirugía general representaron 499 días de internación
Promedio de días de internación: cirugía general, 12.48 días, siendo los problemas abdominales el problema de derivación mas importante en esta especialidad, de éstos, el 18 % requirió internación de mayor complejidad y asistencia respiratoria. En estos niños, el promedio de días de internación fue casi del doble, con un promedio de días de internación de 23.5 días.
Los pacientes tratados por cirugía que necesitaron internación de alta complejidad representan el 18.18% de todos los casos tratados por esta especialidad. 8 pacientes requirieron asistencia respiratoria, teniendo un promedio de 10 días de internación en UTI y 23 días totales de internación.

De los 327 pacientes de la muestra, 11, el 3.36% fueron tratados por el servicio de oncohematología. En cuanto a las edades de los pacientes, 1 caso de menos de un año, con un tumor congénito. 1 de 1 a 3 años, 2 de 4 a 7 años (18.18%); de 8 a 11 años (27.27%) y 4 niños de más de 12 años (36.36%). En cuanto al motivo de derivación 3 casos de leucocitosis que se diagnosticaron como leucemia linfocítica aguda, dos casos derivados por sospecha de leucemia linfocítica aguda, un caso que se confirma y el otro que se diagnostica como leucemia mieloide.
De los 11 pacientes oncológicos, 2 pacientes (18.18%) requirieron tratamiento quirúrgico, uno para extirpación del tumor, y otro para colocación de un catéter para

diálisis. El promedio de días de la cirugía fue a los 24 días, con un promedio de días de estada total de 39.50 días.
De los 11 pacientes oncológicos sólo uno (9%) requirió estar internado 2 días en UTI, 30 días en UCI, no teniendo necesidad de asistencia respiratoria, con un total de 45 días totales de internación.

CONCLUSIONES:

Las funciones básicas de la atención primaria son resolver un porcentaje elevado de los problemas de salud de las personas y derivar adecuadamente al nivel siguiente los problemas no resueltos, evitando así la ineficiente utilización de los recursos, la sobrecarga de los profesionales y el espacio físico. Aumentando los costos que deberían utilizarse para un reducido número de casos que requieren un centro de máxima complejidad. (6)

Los resultados muestran que la derivación de los pacientes fue oportuna en el 63% de los casos, mostrando que existen fallas en la coordinación de los distintos centros.

Las causas que explicarían estos resultados podrían ser:
Falta de equipamiento y recursos de diagnóstico y tratamiento.
Falta de recurso humano capacitado para la atención de salud en el primer nivel.
Falta de datos epidemiológicos necesarios para guiar el gerenciamiento y las acciones del recurso humano en la atención primaria.
Reducción indiscriminada de los gastos.
Necesidad de actualización tecnológica en sistemas de comunicación.
Subutilización del primer nivel de atención por desconocimiento o desconfianza por parte de los usuarios.
Autoderivación o presión por parte de los usuarios para derivar.

PROPUESTAS:

- Analizar el porcentaje de derivación de atención primaria hacia la atención de alta complejidad, ya que una alta variabilidad del mismo podría estar ocultando ineficiencias en la atención de los centros de primer y segundo nivel de complejidad.

- Uso racional de los recursos a través de instrumentos como protocolos de atención basados en la evidencia científica, sumado a una administración responsable y mesurada de los recursos.

- Optimizar el uso de la capacidad instalada para satisfacer la demanda de la población del interior adecuada y equitativamente.

- Proveer a los hospitales de segundo nivel de recursos humanos adecuados en número y nivel de formación.(13)

- Capacitar el recurso humano.

- Mejorar la calidad de atención y aumentar eficiencia en el sistema de derivación de pacientes, optimizando la coordinación interinstitucional.
- Elaborar normas de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia científica.
- Equipamiento en recursos de diagnóstico y tratamiento basado en las necesidades regionales.
- Adecuada auditoria del funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Revalorización del médico de cabecera.
- Educación para la salud a la población del interior.
- Participación comunitaria.

Bibliografía:

1) BARTOLI, D y cols. Análisis de la derivación de pacientes desde los centros de atención primaria a urgencias del hospital de referencia. Servicio de pediatría. Hospital de Sabadell.Corporación Parc Tauli. Sabadell. Barcelona. Disponible en wordl Wide Web: *w.seup<http://ww.org/seup/pdf/XIReunionanual/comunicacion_oral/bloque25-36pdf>*

2) BENBENASTE, Verónica. Intercambio de derivaciones e información en la red infanto-juvenil de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Hologramatica. Facultad de Ciencias Sociales. UNLZ. Año IV, número 7, vol. 3 (2007) pp.33-55. ISSN 1668-5024. Disponible en World Wide web*:* http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/517/n7_vol3pp33_55.pdf

3) BILKIS, Manuel D, VASQUEZ, Mirta, GONZALEZ FAVRE, Cecilia et al. Estudio multicéntrico **de** la urgencia pediátrica**.** Arch. Argent. Pediatr. [online]. ju./ago. 2006, vol.104, no.4 [citado 10 Fevereiro 2009], p.301-308. Disponível na World Wide Web: *<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000400005&lng=pt&nrm=iso>.* ISSN 0325-0075.

4) FERRER TARRÉS, Joan María-Revisión de la utilización en el área de observación de urgencias: validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo AEP.- ISBN: B. 16553 – 2003/84-688-1461-X. Disponible na World Wide Web: http://www.tdx.cat/TDX-0226103-083640

5) GARCIA SERVEN, José R.-Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Disponible en World Wide web: http://garciaserven.blogspot.com/2006/10/sistema-de-referencia-contrarreferencia.htm

6) GUIDA, Carlos prof. Adj. Niveles de complejidad en la atención sanitaria- Curso niveles de atención de salud. Area de Salud. Facultad de Psicología. Disponible en World Wide Web: *<http://www.psico.edu.uy/academic/salud/complejidad.pdf>*

7) JIMENEZ DE LA J, Jorge.- Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile. Rev. chil**.** pediatr**.** , Santiago, v. 71, n. 5, 2000 .
Disponible em: *http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000500001&lng=es&nrm=iso*. Acesso em: 12 Feb 2009.

8) PAGANINI, Jose Maria-Identificación de inequidades en la atención materno infantil en el contexto de diferentes espacios sociales. Estudio multicéntrico. Informe final.CONAPRIS. Facultad de Ciencias Médicas UNLP. 2004-2005. Disponible en World Wide Web: http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/resumen%20inf-pdf

9) PARDO, Laura, ZABALA, Cristina, GUTIERREZ, Stella *et al*. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell**.** *Rev. Méd. Urug.* [online]. jun. 2008, vol.24, no.2 [citado 10 Febrero 2009], p.69-82. Disponible en la World Wide Web:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952008000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0303-3295.

10) PEREZ BILLI, Luis E. Índices de categorización de víctimas por trauma en pediatría. *Arch. Pediatr. Urug.* [online]. nov. 2001, vol.72 supl.1 [citado 10 Febrero 2009], p.S68-S74. Disponible en la World Wide Web:
<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842001000500012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0004-0584.

11) SANCHEZ LOPEZ, J., BUENO CAVANILLAS, A.-Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Revista Emergencias-Vol.17. Disponible en W. W. W.: http://www.semes.org/revista/vol.17-3/138.pdf

12) VAZQUEZ, Jesús y AVERBACH, Joaquín. Rol del internista en los nuevos sistemas de salud. El rol de la Atención Primaria. Servicio de Clínica Médica. Cátedra Libre de Medicina Interna. Hospital Interzonal de Agudos. Mar del Plata. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP Disponible en: http://www.samig.org.ar/informacion/amp.htm

13) VELASCO DIAZ, Luis et al. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2005, v. 79, n. 5 [cited 2009-02-12], pp. 541-549. Available from
:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000500004&lng=en&nrm=iso. ISSN 1135-5727. doi: 10.1590/S1135-57272005000500004

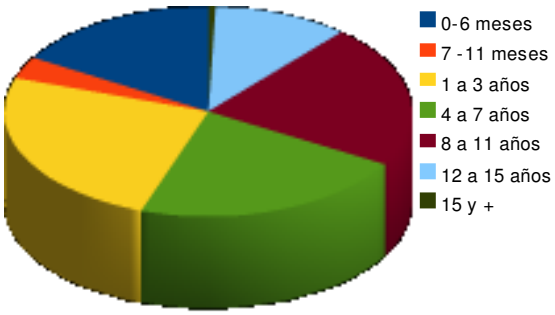
Anexo Tablas

Tabla 1: Pacientes derivados según sexo.

varones	%	mujeres	%	total
173	53,00%	154	47,00%	327

Tabla 2: pacientes derivados según edad y sexo.

PACIENTES DERIVADOS SEGUN EDAD



Edad	varones	%	mujeres	%	total	%
0-6 meses	29	46,00%	33	54,00%	62	19,00%

7 -11 meses	**6**	**30,00%**	**14**	**70,00%**	**20**	**6,00%**
1 a 3 años	**44**	**55,00%**	**36**	**45,00%**	**80**	**24,00%**
4 a 7 años	**39**	**57,35%**	**29**	**42,64%**	**68**	**21,00%**
8 a 11 años	**39**	**62,90%**	**23**	**37,09%**	**62**	**19,00%**
12 a 15 años	**19**	**55,88%**	**15**	**44,11%**	**34**	**10,00%**
15 y +	**1**	**100,00%**	**0**	**0,00%**	**1**	**1,00%**
TOTAL	**177**	**54,12%**	**150**	**45,87%**	**327**	**100,00%**

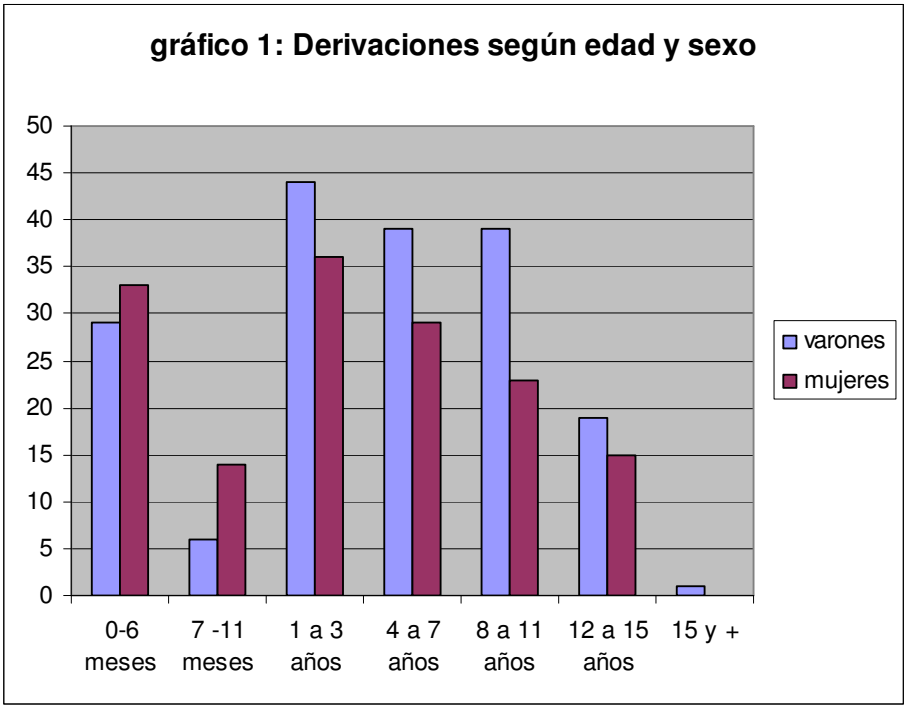


Tabla 3: Derivación de pacientes según institución derivante

NOMBRE CENTRO	Provincia		%
Hospital Municipal de La Calera		20	6,11
Hosp. Dr. Arturo Illia de Alta Gracia		12	3,67
Hospital Municipal Sayago - Carlos Paz		11	3,36
Hosp. San Antonio de Padua - Río Cuarto		11	3,36
Hospital San Isidro - Río Segundo		10	3,05
Hospital Aurelio Crespo		9	2,75

Hospital Regional de Ojo de Agua	Stgo del Estero	9	2,75
Hosp.Enrique Vera Barros	La Rioja	8	2,44
Hosp de Niños Eva Peron	Catamarca	8	2,44
Hosp. Domingo Funes - Villa Caeiro		8	2,44
Hops. San Vicente de Paul - Villa del Rosario		8	2,44
Hospital Pasteur - Villa María		8	2,44
Hospital Vicente Agüero de Jesús Maríam		7	2,14
Hosp. Munic. La Falda		7	2,14
Hospital Dr. Suarez - Morteros		7	2,14
Dispensario - Río Primero		7	2,14
Hosp. Dr. E. Romagoza		6	1,83
Dispensario de Malvinas Argentinas		6	1,83
Dispensario de Monte Cristo		6	1,83
Dispensario de Saldán		6	1,83
Hosp. De Villa Dolores		6	1,83
Hospital Municipal - Mina Clavero		5	1,53
Hospital de Pilar		5	1,53
Centro de Salud - Río Ceballos		5	1,53
Hospital Regional - Río Tercero		5	1,53
Hospital Iturrospe - San Francisco		5	1,53
Hosp. Eva Perón - Sta. Rosa de Calamuchita		5	1,53
Hosp. Prof. J:M: Urrutia - Unquillo		5	1,53
Hospital Ramón B. Mestre - Sta Rosa Río Pr.		4	1,22
Complejo Asistencial Bell Ville		3	0,92
Dispensario Chacras de la Merced		3	0,92
Hospital Pediátrico del Niño Jesús		3	0,92
Hosp. Materno Neonatal		3	0,92
Hospital Municipal de Desoeñaderos		3	0,92
Hospital Abel Ayerza - Marcos Juárez		3	0,92
Hospital de Monte Cristo		3	0,92
Centro de Salud José Carreño - Toledo		3	0,92
Hospital de San Luis	San Luis	2	0,61
Hosp.C. J. Rodríguez		2	0,61
Dispensario de Capilla de los Remedios		2	0,61
Hosp. Municipal O.Luqui		2	0,61
Dispensario Chilecito	La Rioja	2	0,61
Sanatorio Privado ce Córdoba		2	0,61
médico de Cruz del Eje		2	0,61
Dispensario Deán Funes		2	0,61
Dispensario de Juárez Celman		2	0,61
Hospital Regonal de La Para		2	0,61
Hosp. Ramón Cárcano - Laboulaye		2	0,61
Servicio de emergencias de Mendiolaza		2	0,61
Dispensario de Mi Granja		2	0,61
Hospital Municipal de Obispo Trejo		2	0,61
Clínica Pasteur - Pilar		2	0,61
médico de Piquillín		2	0,61
Dispensario Embalse - Río Tercero		2	0,61
Centro de salud - Unquillo		2	0,61

Dispensario de Villa Allende		2	0,61
Hospital Regional - Villa Allende		2	0,61
Dispensario Villa General Belgrano		2	0,61
Hospital Misiones	Misiones	1	0,3
Dispensario de Alta Gracia	Córdoba	1	0,3
médico de Alta Gracia		1	0,3
Dispensario de Balnearia		1	0,3
juzado de menores Bell Ville		1	0,3
Dispensario Biallet Masé		1	0,3
Hosp Municipal San Juan de Dios Canals		1	0,3
La Quinta Carlos Paz		1	0,3
Hosp.Materno Provincial		1	0,3
Clínica Privada de Córdoba		1	0,3
Hospital Infantil Municipal		1	0,3
Hospital Misericordia		1	0,3
Dispensario Colonia Caroya		1	0,3
Dispensario de Colonia tirolesa		1	0,3
Dispensario de Cosquin		1	0,3
Clínica Privada de Cruz del Eje		1	0,3
Clínica Privada Deán Funes		1	0,3
Centro de Salud Municipal de Devoto		1	0,3
Dispensario General Deheza		1	0,3
Hospital Dr. Tirro de Hernando		1	0,3
Médico de Justiniano Posse		1	0,3
Hospital Municipal de La Cumbre		1	0,3
Dispensario La Manzana		1	0,3
Hospital Inf. Sor María Ludovica - La Plata	Buenos Aires	1	0,3
Médico de Laboulaye		1	0,3
Dispensario de Las Arrias		1	0,3
Hospital Munici Dr. D Montoya - Las Varillas		1	0,3
Hospital Vecinal San Roque - Leones		1	0,3
hospital de Malagueño		1	0,3
Dispensario Yocsina - Malagueño		1	0,3
Clínica Privada de Monte Cristo		1	0,3
Hospital Zonal - Oliva		1	0,3
Hosp Municipal San Isidro - Oncativo		1	0,3
médico de Pampa de Achala		1	0,3
Centro de Salud - Recreo	Catamarca	1	0,3
Instituto Privado de Neo y Pediatría - Río IV		1	0,3
Dispensario de Rivera Indarte		1	0,3
Hospital Santa Ana	Santa Fé	1	0,3
Hospital Municipal - Tancacha		1	0,3
Dispensario de Villa Concepción del Tío		1	0,3
Hospital Dr. Arnaldo Garófalo - Villa Huidobro		1	0,3
Hosp. Munic. Del Norte- Villa María de Río Seco		1	0,3
TOTAL		327	100

Tabla 4: distancia de los centros que derivaron pacientes.

NOMBRE CENTRO	Provincia	Distancia hasta Córdoba Capital en km
Hospital Municipal de La Calera		17
Hosp. Dr. Arturo Illia de Alta Gracia		39
Hospital Municipal Sayago - Carlos Paz		36
Hosp. San Antonio de Padua - Río Cuarto		233
Hospital San Isidro - Río Segundo		41
Hospital Aurelio Crespo de Cruz del Eje		149
Hospital Regional de Ojo de Agua	Stgo del Estero	227
Hosp.Enrique Vera Barros	La Rioja	388
Hosp de Niños Eva Peron	Catamarca	259
Hosp. Domingo Funes - Villa Caeiro		75
Hops. San Vicente de Paul - Villa del Rosario		79
Hospital Pasteur - Villa María		175
Hospital Vicente Agüero de Jesús María		48
Hosp. Munic. La Falda		81
Hospital Dr. Suárez - Morteros		280
Dispensario - Río Primero		50
Hosp. Dr. E. Romagoza de Deán Funes		120
Dispensario de Malvinas Argentinas		10
Dispensario de Monte Cristo		15
Dispensario de Saldán		19
Hosp. De Villa Dolores		189
Hospital Municipal - Mina Clavero		139
Hospital de Pilar		55
Centro de Salud - Río Ceballos		25
Hospital Regional - Río Tercero		114
Hospital Iturrospe - San Francisco		207
Hosp. Eva Perón - Sta. Rosa de Calamuchita		100
Hosp. Prof. J:M: Urrutia - Unquillo		23
Hospital Ramón B. Mestre - Sta Rosa Río Pr.		197
Complejo Asistencial Bell Ville		205
Dispensario Chacras de la Merced		4.5
Hospital Pediátrico del Niño Jesús		0
Hosp. Materno Neonatal		0
Hospital Municipal de Despeñaderos		50
Hospital Abel Ayerza - Marcos Juárez		257
Hospital de Monte Cristo		15
Centro de Salud José Carreño - Toledo		
Hospital de San Luis	San Luis	371
Hosp. J. Rodríguez de Arroyito		95
Dispensario de Capilla de los Remedios		40
Hosp. Municipal O. Luqui de Capilla del Monte		110
Dispensario Chilecito	La Rioja	509
Sanatorio Privado de Córdoba		0
médico de Cruz del Eje		149

Dispensario Deán Funes		120
Dispensario de Juárez Celman		25
Hospital Regional de La Para		185
Hosp. Ramón Cárcano - Laboulaye		320
Servicio de emergencias de Mendiolaza		48
Dispensario de Mi Granja		12
Hospital Municipal de Obispo Trejo		136
Clínica Pasteur - Pilar		55
médico de Piquillín		41
Dispensario Embalse - Río Tercero		114
Centro de salud - Unquillo		23
Dispensario de Villa Allende		33
Hospital Regional - Villa Allende		33
Dispensario Villa General Belgrano		88
Hospital Misiones	Misiones	1129
Dispensario de Alta Gracia	Córdoba	39
médico de Alta Gracia		39
Dispensario de Balnearia		185
juzgado de menores Bell Ville		205
Dispensario Biallet Masé		56
Hosp Municipal San Juan de Dios Canals depto Unión		304
La Quinta Carlos Paz		36
Hosp.Materno Provincial		
Clínica Privada de Córdoba		
Hospital Infantil Municipal		
Hospital Misericordia		
Dispensario Colonia Caroya		44
Dispensario de Colonia tirolesa		45
Dispensario de Cosquin		62
Clínica Privada de Cruz del Eje		149
Clínica Privada Deán Funes		120
Centro de Salud Municipal de Devoto		
Dispensario General Deheza		209
Hospital Dr. Tirro de Hernando		157
Médico de Justiniano Posse		239
Hospital Municipal de La Cumbre		94
Dispensario La Manzana		
Hospital Inf. Sor María Ludovica - La Plata	Buenos Aires	788
Médico de Laboulaye		320
Dispensario de Las Arrias		190
Hospital Munici Dr. D Montoya - Las Varillas		173
Hospital Vecinal San Roque - Leones		248
hospital de Malagueño		21
Dispensario Yocsina - Malagueño		21
Clínica Privada de Monte Cristo		15
Hospital Zonal - Oliva		96
Hosp Municipal San Isidro - Oncativo		76
Médico de Pampa de Achala		97
Centro de Salud - Recreo	Catamarca	259

Instituto Privado de Neo y Pediatría - Río IV		233
Dispensario de Rivera Indarte		
Hospital Santa Ana	Santa Fé	330
Hospital Municipal - Tancacha		126
Dispensario de Villa Concepción del Tío- SAN JUSTO		138
Hospital Dr. Arnaldo Garófalo - Villa Huidobro		435
Hosp. Munic. Del Norte- Villa María de Río Seco		175
MODA	39	
MEDIANA	100	
PROMEDIO	145,90	

Tabla 5: distancias recorridas por niños derivados de otras provincias

NOMBRE CENTRO	Provincia	Distancia hasta Córdoba Capital en kilometros
Hospital Regional de Ojo de Agua	Stgo del Estero	227
Hosp.Enrique Vera Barros	La Rioja	388
Hosp de Niños Eva Peron	Catamarca	259
Hospital de San Luis	San Luis	371
Dispensario Chilecito	La Rioja	509
Hospital Misiones	Misiones	1129
Hospital Inf. Sor María Ludovica - La Plata	Buenos Aires	788
Centro de Salud - Recreo	Catamarca	259
Hospital Santa Ana	Santa Fé	330
MODA	259	
MEDIANA	371	
PROMEDIO	473,33	

Tabla 6: derivaciones distribuidas según mes del año.

mes	derivaciones
Enero	21
Febrero	25
Marzo	5
Abril	30
Mayo	39
Junio	29
Julio	39
Agosto	37

Septiembre	20
Octubre	31
Noviembre	26
Diciembre	25
total	**327**

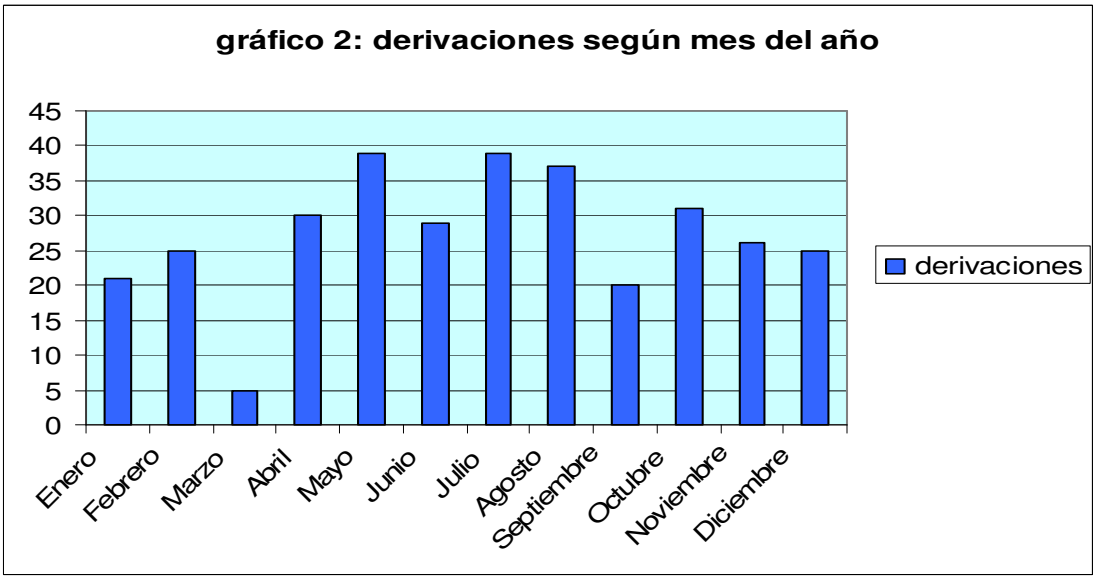


Tabla 7: Derivaciones según día de la semana

DIA DE SEMANA	CANTIDAD	PORCENTAJE
domingo	55	17,90%
miercoles	53	17,30%
jueves	51	16,60%
martes	47	15,00%
viernes	44	14,30%
lunes	41	13,00%
sabado	36	11,00%

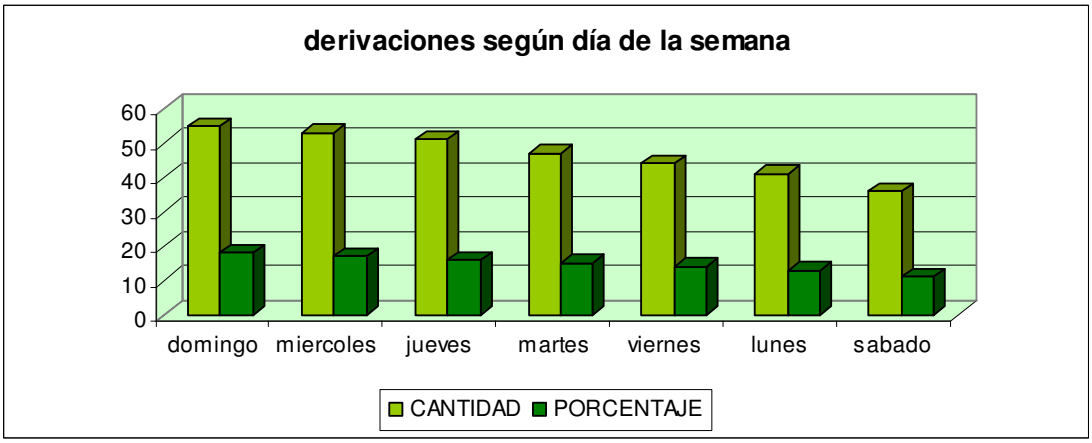


Tabla 8: Derivaciones según el tipo de proceso que originó la misma.

PROCESO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Agudo	229	75%
Crónico	79	26%
Crónico + proceso agudo	19	6,20%
TOTAL	100%	100%

Tabla 9: derivaciones por mes según especialidad.

especialidad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiem	Octub	Noviem	Diciem	Total
Pediatría gral	11	15		14	13	13	18	15	5	11	7	5	127
Ortop y traumat	5	5		6	5	5	1	2	3	4	3	6	45
cirugía	3	1	1	6	5	3	5	5	2	3	8	3	45
neurocirugía	1		1	2	4	2	3	2	2	2	2	3	24
neurología					6		4	4	3	2	1	1	21
cardiología	0	2	1	0	1	1	4	0	1	1	1	0	12
oncohematología				1		3	1		2	2	1	1	11
nefrología		1	1		1	1	1	1		2		1	8
cirugía plástica						1		1	1	2		2	7
diabetología				1				4			1		6
toxicología	1						1	1		2			5
Psiquiatría					1			2			1		4
oftalmología		1					1					1	3
Servicio Social												2	2
neumonología			1						1				2
odontopediatría					1								1
hemodinamia											1		1
gastroenterología									1				1
endocrinología					1								1
CEMECO					1								1
Totales por mes	21	25	5	30	39	29	39	37	21	31	26	25	327

Tabla 10: número de derivaciones según especialista tratante.

ESPECIALIDAD	DERIVACIONES	%
PEDIATRÍA	127	38,8
CIRUGÍA	45	13,7
ORT. Y TRAUMATOLOGÍA	45	13,7
NUEROCIRUGÍA	24	7,3
NEUROLOGÍA	21	6,4
CARDIOLOGÍA	12	3,7
ONCOHEMATOLOGÍA	11	3,3
NEFROLOGÍA	8	2,4
CIRUGÍA PLÁSTICA	7	2,1
DIABETOLOGÍA	6	1,8
TOXICOLOGÍA	5	1,5
PSIQUIATRÍA	4	1,2
OFTALMOLOGÍA	3	0,9
NEUMONOLOGÍA	2	0,6
SERVICIO SOCIAL	2	0,6
CEMECO	1	0,3
ENDOCRINOLOGÍA	1	0,3
ODONTOPEDIATRÍA	1	0,3
HEMODINAMIA	1	0,3
GASTROENTEROLOGÍA	1	0,3
TOTAL	327	100

Tabla 11: derivaciones según motivo de derivación y especialista tratante.

Especialidad	motivo de derivación	TOTALES
Cardiología	Cardiopatía congénita	7
	Sme. De Dificultad Resp.	2
	Crisis de Cianosis	2
	Cirugía programada	1
	total	**12**
Neumonología	p/ interconsulta	1
	Síndrome Dif.Respiratoria	1
	Total	**2**
Cirugía	Abdomen agudo	8
	Cirugía programada	2
	Cuerpo extraño en pulmón	1
	Dolor Abdominal	9
	Dolor Testicular	1
	Estridor p/ estudio	2
	Herida cortante	1
	Hernia Inguinal Bilateral	2
	Ingesta de Cáusticos	2
	Ingesta de cuerpo extraño	1
	Invaginación intestinal	1
	Linfangioma en cuello	1
	Litiasis vesicular	1
	mordedura de perro	1
	p/colangiografía intrahepática	1
	pancreatitis aguda	2

	politraumatismo	7
	Trauma facial	1
	várices esofágicas	1
	total	**45**
Servicio Social	Abuso Sexual	1
	Maltrato Infantil	1
	Total	**2**
	Abuso Sexual	1
Pediatría General	Artritis séptica	1
	Bronconeumonía	2
	Bronquitis obstructiva	1
	Celulitis periorbitaria	2
	Convulsiones	5
	CRIA	1
	Crisis de ahogo	3
	Crisis de Cianosis	3
	Crisis hemolítica	1
	Deshidratación grave	2
	Diarrea con sangre	5
	Diarrea y vómitos	10
	Dolor Abdominal	4
	Edema	2
	Fiebre y vómitos	6
	GEA	1
	Gingivoestomatitis	1
	neumonía	7
	neumonía con derrame	1
	pancreatitis aguda	1
	PCR	1
	politraumatismo	3
	quemadura	2
	Síndrome Dif.Respiratoria	42
	Síndrome coqueluchoide	1
	Síndrome febril	8
	sospecha de PTI	3
	Trauma facial	2
	Traumatismo de cráneo	4
	p/ tratamiento con gammaglobulin	1
	Urticaria gigante	1
	Total	**127**
CEMECO	Síndrome metabólico p/estudio	1
	total	**1**
Ortop y Traumat.	Cirugía programada	14
	Dolor articular	1
	fractura de miembro inferior	4
	fractura de miembro superior	22
	p/biopsia de tumor	1
	politraumatismo	3
	total	**45**
diabetología	cetoacidosis diabética	2
	hipoglucemia	4
	total	**6**
Cirugía Plástica	Cirugía programada	2

	Herida cortante	1
	quemadura	3
	Trauma facial	1
	total	**7**
endocrinología	Retraso psicomotriz p/estudio	1
	total	**1**
nefrología	p/interconsulta con nefrología	1
	edemas	3
	Fiebre y vómitos	1
	Sospecha de SHU	2
	Dolor Abdominal	1
	total	**8**
oncohematología	hipertensión endocraneana	1
	leucocitosis	3
	sospecha de PTI	1
	Leucemia linfocítica aguda	2
	Síndrome febril	1
	p/ tratamiento quimioterapia	2
	tumor sacrococcígeo	1
	total	**11**
neurología	apneas y cianosis	1
	cefaleas	1
	Convulsiones	12
	crisis de ausencia	1
	epilepsia	1
	Maltrato Infantil	1
	Síndrome Dif.Respiratoria	2
	Síndrome meníngeo	1
	encefalitis por CMV	1
	total	**21**
hemodinamia	p/colocación de stent	1
	total	**1**
neurocirugía	Cirugía programada	3
	malformación cerebral	1
	p/biopsia de tumor	1
	politraumatismo	1
	Síndrome meníngeo	1
	Síndrome confusional agudo	1
	sospecha de tumor cerebral	2
	Traumatismo de cráneo	14
	total	**24**
odontopediatría	abceso periodontal	1
	total	**1**
oftalmología	trauma ocular	2
	Cirugía programada	1
	total	**3**
gastroenterología	desnutrición crónica	1
	total	**1**
toxicología	Ingesta de Cáusticos	1
	ingesta de órgano fosforado	1
	Intoxicaciòn Monóxido Carbono	1
	Sme confusional agudo	1
	ingesta de medicamentos	1

	total	**5**
Psiquiatría	convulsiones	1
	Sme confisional agudo	1
	IC c/ neurología	1
	IC salud mental	1
	Total	**4**
total general		**327**

Tabla 12: Estudios realizados.

NOMBRE ESTUDIOS	CANTIDAD
amilasemia	6
antic antigliadina antiendomisio	2
antigenos bordetella pertrusis	1
antigenos virales	14
antigenos virus respiratorio sincitial	2
audiometría	2
bilirrubinemia	3
biopsia de quiste	1
biopsia del tumor	1
broncoscopía	4
cateterismo	4
Centellografía	3
centellograma pulmonar	1
cistouretrografía	1
citológico orina cta. Ionograma glucemia	305
Coagulograma	48
colesterol total	1
colografía	2
coprocultivo PMN	17
coprocultivo PMN addler	8
coproparasitológico	1
CPK CPK MB FIRDB	2
cultivo de secreciones	1
cultivo de secreciones bronquiales	2
cultivo LCR	6
digoxinemia	2
dosaje anticonvulsivantes	12
dosaje hormonal	3
dosaje hormonas tiroideas	3
ECG	42
ecocardiograma	22
ecocardiograma doppler	7
ecografía abdominal	61
ecografia articular	1
ecografía cerebral	5
ecografía cuello	1

ecografia renal	10
ecografia testicular	1
ecografia torax	6
EEG	26
esofagogastroduodenoscopía	2
esteatocrito	1
fibrobroncoscopía	2
fibrogastroduodenoscopía	3
Fibrolaringoscopía	2
fondo de ojo	28
fostatasa alcalina	2
Función hepática	18
Función renal	30
gases arteriales	81
GGT LDH CPK MB FIRDB	1
GOT GPT LDH FAL	15
hemocultivo	58
mapeo oseo	5
medulograma	5
ortopantomografía	1
PCR	13
PCR VSG	5
proteinograma	16
proteinuria	2
Punción lumbar	1
reactantes de fase aguda	2
RMN cerebro	12
Rx abdomen	15
Rx cadera	1
Rx columna cervical	6
Rx columna cervical y dorsal	1
Rx columna lumbosacra	1
Rx craneo	26
Rx craneo y cervical	1
Rx miembro inferior	4
Rx miembro superior	26
Rx pelvis	8
Rx senos paranasales	5
rx torax	152
serología HIV sífilis VHB VHR	1
serología micoplasma	1
TAC abdominal	8
TAC cerebro	43
TAC columna cervical y dorsal	1
TAC Torax	4
TEGD	15
test del sudor	5
traqueobroncoscopía	1
urocultivo	28

VDRL	**1**
verotoxina	**3**
video de la deglución	**10**
TOTAL	**1312**

Tabla 13: Pacientes derivados que presentaron más de un diagnóstico

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGOSTICOS
ALTE	bronquiolitis por coqueluche
Apendicitis aguda	Epilepsia
Apendicitis aguda	Tumor cerebral
broncoaspiración	CRIA
bronquiolitis	Síndrome anémico
bronquiolitis por VRS	bronquiolitis por coqueluche
bronquiolitis por VRS	CRIA
cardiopatía congénita	bronquiolitis
cardiopatía congénita	bronquiolitis
cardiopatía congénita	Desnutrición
cardiopatía congénita	Desnutrición
cardiopatía congénita	Neumonía bacteriana aguda
cardiopatía congénita	Neumonía bacteriana aguda
cardiopatía congénita	Neumonía bacteriana aguda
cardiopatía congénita	Síndrome anémico
CRIA	neumonía con derrame
Debut diabético	cetoacidosis diabética
enteropatía perdedora de proteínas	Síndrome anémico
fractura de cráneo	HED HSD hemorragia IC
fractura de cráneo	Síndrome de Maltrato Infantil
Fractura miembro inferior	Síndrome de Maltrato Infantil
fractura supracondílea	cardiopatía congénita
Gastroenteritis aguda	bronquiolitis
Gastroenteritis aguda	cardiopatía congénita
Gastroenteritis aguda	Deshidratación grave
Gastroenteritis aguda	Hidronefrosis
Gastroenteritis aguda	Transtornos de la deglución
HED HSD hemorragia IC	fractura de cráneo
HED HSD hemorragia IC	fractura de cráneo
HED HSD hemorragia IC	fractura expuesta miembro superior
HED HSD hemorragia IC	herida cortante
HED HSD hemorragia IC	Síndrome de Maltrato Infantil
herida cortante	Scalp
Hernia atascada	Reflujo gastroesofágico
hidrocefalia	retinopatía del prematuro

laringomalasia	Estenosis subglótica
laringomalasia	sepsis
Leucemia mieloide	adenoflemón periodontal
Leucemia mieloide	aplasia medular
Leucemia mieloide	Fractura miembro inferior
Meduloblastoma	hidrocefalia
meningitis bact aguda	bronquiolitis
meningitis bact aguda	hidrocefalia
meningitis bact aguda	hidrocefalia
neumonía atípica	convulsión afebril
Neumonía bacteriana aguda	cardiopatía congénita
Neumonía bacteriana aguda	Desnutrición
peritonitis	neumonía con derrame
politraumatismo	fractura de cráneo
politraumatismo	fractura expuesta miembro superior
politraumatismo	Fractura miembro inferior
politraumatismo	HED HSD hemorragia IC
politraumatismo	Scalp
politraumatismo	trauma abdominal
politraumatismo	trauma abdominal
politraumatismo	trauma abdominal
politraumatismo	Trauma facial
quemadura	Síndrome anémico
quemadura de vía digestiva por cáusticos	Quemadura en vía aérea por cáusticos
Síndrome anémico	pacreatitis aguda
síndrome convulsivo	hidrocefalia
Síndrome de West	bronquiolitis por VRS
Síndrome genético	laringomalasia
sindrome metabolico	insuf renal crónica
sindrome metabolico	Sífilis congénita
Síndrome metabólico	Desnutrición
Síndrome metabólico	IRA
Síndrome nefrítico	Síndrome ascítico
Síndrome nefrótico	Síndrome ascítico
Transtornos de la deglución	neumonía atípica
trauma abdominal	Fractura miembro inferior
traumatismo craneoencefálico	fractura de cráneo
traumatismo craneoencefálico	fractura de cráneo
várices esofágicas	enterorragia

Tabla 14: Derivaciones provenientes del Dpto. San Justo, especificando nombre y nivel de complejidad del centro que derivó y motivo de derivación

depto San justo	centro	motivo de derivación	nivel
Arroyito	Hosp.C. J. Rodríguez	fractura miembro superior	2
Arroyito	Hosp.C. J. Rodríguez	traumatismo de cráneo	2
Balnearia	Hosp. San José	convulsiones	2
Devoto	Centro de Salud Municipal	fractura miembro superior	1
Las Varillas	Hosp.Munic.Dr.D.Montoya	trauma ocular	2
Morteros	Hospital Dr. Suárez	fractura miembro superior	2
Morteros	Hospital Dr. Suárez	IC nefrología	2
Morteros	Hospital Dr. Suárez	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Morteros	Hospital Dr. Suárez	Síndrome meníngeo	2
Morteros	Hospital Dr. Suárez	Síndrome meníngeo	2
Morteros	Hospital Dr. Suárez	Sme confisional agudo	2
Morteros	Hospital Dr. Suárez	trauma facial	2
San Francisco	Hospital Iturrospe	desnutrición	2
San Francisco	Hospital Iturrospe	ingesta de caústicos	2
San Francisco	Hospital Iturrospe	politraumatismo	2
San Francisco	Hospital Iturrospe	Sme febril	2
San Francisco	Hospital Iturrospe	sospecha PTI	2
Villa Concepción del Tìo	Dispensario	sospecha de cardiopatía congenita	1

Tabla 15: Derivaciones provenientes del Dpto. Río Primero, especificando el centro que derivó, nivel de complejidad y motivo de derivación.

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Río Primero			
Capilla de los Remedios	Dispensario de Capilla	crisis de cianosis	1
Capilla de los Remedios	Dispensario de Capilla	Sindrome de dificultad respiratoria	1
La Para	Hospital Regional	convulsiones	2
La Para	Hospital Regional	diarrea y vómitos	2
La Para	Hospital Regional	fractura de miembro inferior	2
Monte Cristo	Clínica Privada	politraumatismo	1
Monte Cristo	Dispensario	dolor abdominal	2
Monte Cristo	Dispensario	edema	2
Monte Cristo	Hospital	fractura miembro superior	2
Monte Cristo	Hospital	quemadura	2
Monte Cristo	Dispensario	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Monte Cristo	Hospital	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Monte Cristo	Dispensario	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Monte Cristo	Dispensario	traumatismo de cráneo	2
Monte Cristo	Dispensario	traumatismo de cráneo	2
Obispo Trejo	Hospital Municipal	deshidratacion grave	2
Obispo Trejo	Hospital Municipal	fractura de miembro inferior	2
Piquillín	médico	diarrea y vómitos	1
Piquillín	médico	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Río Primero	dispensario municipal	abdomen agudo	1
Río Primero	dispensario municipal	convulsiones	1

Río Primero	dispensario municipal	diarrea y vómitos	1
Río Primero	dispensario municipal	fiebre y vómitos	1
Río Primero	dispensario municipal	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Río Primero	dispensario municipal	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Río Primero	dispensario municipal	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Santa Rosa Río Primero	Hosp. Ramón B.Mestre	absceso periodontal	2
Santa Rosa Río Primero	Hosp. Ramón B.Mestre	dolor articular	2
Santa Rosa Río Primero	Hosp. Ramón B.Mestre	neumonia	2
Santa Rosa Río Primero	Hosp. Ramón B.Mestre	traumatismo de cráneo	2

Tabla 16: Derivaciones del Dpto. Cruz del Eje, detallando centro que derivó, nivel de complejidad y motivo de derivación

Depto Cuz del Eje	centro	motivo de derivación	nivel
Cruz del Eje	médico de Cruz del Eje	diarrea y vómitos	1
Cruz del Eje	médico de Cruz del Eje	litiasis vesicular	1
Cruz del Eje	Clínica Privada de Cruz del Eje	convulsiones	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	fractura miembro superior	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	fractura miembro superior	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	fractura miembro superior	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	fractura miembro superior	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	ingesta de caústicos	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	invaginación intestinal	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	traumatismo de cráneo	2
Cruz del Eje	Hospital Aurelio Crespo	traumatismo de cráneo	2

Tabla 17: Derivaciones del Dpto. Ischilín, especificando nombre del centro, nivel de complejidad y motivo de derivación

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Ischilín			
Deán Funes	Centro de salud Santa Inés	LLA	1
Deán Funes	Centro de salud Villa Matilde	Sme febril	1
Deán Funes	Hosp. Dr. E. Romagoza	cetoacidosis	2
Deán Funes	Hosp. Dr. E. Romagoza	cirugía programada	2
Deán Funes	Hosp. Dr. E. Romagoza	convulsiones	2
Deán Funes	Hosp. Dr. E. Romagoza	crisis de ausencia	2
Deán Funes	Clínica Privada	diarrea con sangre	2
Deán Funes	Hosp. Dr. E. Romagoza	retraso psicomotriz para estudio	2
Deán Funes	Hosp. Dr. E. Romagoza	Sindrome de dificultad respiratoria	2

Tabla 18: Derivaciones del Dpto. Río Seco, especificando nombre y nivel de complejidad del centro y motivo de derivación

Departamento Rio seco	centro	motivo de derivación	nivel
Villa María de Río Seco	Hospital Municipal del Norte	abdomen agudo	2

Tabla 19: Derivaciones provenientes del Dpto. Río Segundo, detallando el nombre y nivel de complejidad del centro y motivo de derivación.

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Río Segundo	Hospital San Isidro	bronconeumonía	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	cirugía programada	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	diarrea con sangre	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	dolor abdominal	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	fractura de miembro inferior	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	fractura miembro superior	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	gingivoestomatitis	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	hipoglucemia	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	para biopsia de tumor	2
Río Segundo	Hospital San Isidro	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Oncativo	Hosp. Munic San Isidro	pancreatitis aguda	2
Pilar	hospital	convulsiones	2
Pilar	Clínica Pasteur	dolor abdominal	2
Pilar	Clínica Pasteur	fiebre y vómitos	2
Pilar	Hospital Municipal	fractura miembro superior	2
Pilar	Hospital Municipal	ingesta de medicamentos	2
Pilar	Hospital Municipal	Sme febril	2
Pilar	Hospital Municipal	traumatismo de cráneo	2
Villa del Rosario	Hospital San V. de Paul	cirugía programada	2
Villa del Rosario	Hospital San V. de Paul	herida cortante	2
Villa del Rosario	Hospital San V. de Paul	politraumatismo	2
Villa del Rosario	Hospital San V. de Paul	politraumatismo	2
Villa del Rosario	Hospital San V. de Paul	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Villa del Rosario	Hospital San V. de Paul	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Villa del Rosario	Hospital San V. de Paul	Sindrome de dificultad respiratoria	2

Tabla 20: Derivaciones provenientes del Dpto. Santa María, detallando nombre y nivel de complejidad del centro y motivo de derivación

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Santa María			
Alta Gracia	médico de Alta Gracia	abdomen agudo	1
Alta Gracia	Dispensario de Alta Gracia	fiebre y vómitos	1

Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	apneas y cianosis	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	cirugía programada	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	convulsiones	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	deshidratacion grave	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	fractura miembro superior	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	neumonia	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	neumonia	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	politraumatismo	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	politraumatismo	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Alta Gracia	Hosp. Zonal Dr. A Illia	urticaria gigante	2
Despeñaderos	Hospital Muncipal	fractura miembro superior	2
Despeñaderos	Hospital Muncipal	maltrato infantil	2
Despeñaderos	Hospital Muncipal	politraumatismo	2
Malagueño	Dispensario Yocsina	dolor abdominal	1
Malagueño	Hospital	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Toledo	Centro Salud Jesus R. Carreño	politraumatismo	1
Toledo	Centro Salud Jesus R. Carreño	Sme confisional agudo	1

Tabla 21: Derivaciones del Dpto. Tercero Arriba, especificando nombre y nivel de complejidad del centro y motivo de derivación.

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Tercero Arriba			
Hernando	Hosp.Dr. P:Tirro	abdomen agudo	2
Oliva	Hospital Zonal	fractura miembro superior	2
Río Tercero	Dispensario Embalse	herida cortante	1
Río Tercero	Dispensario Embalse	PCR	1
Río Tercero	Hospital Regional	dolor abdominal	2
Río Tercero	Hospital Regional	dolor abdominal	2
Río Tercero	Hospital Regional	GEA	2
Río Tercero	Hospital Regional	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Río Tercero	Hospital Regional	traumatismo de cráneo	2
Tancacha	Hosp. Muncipal	cirugía programada	2

Tabla 22: Derivaciones del Dpto. San Alberto, especificando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
San Alberto			
Mina Clavero	Hospital Municipal	dolor abdominal	2
Mina Clavero	Hospital Municipal	fractura miembro superior	2
Mina Clavero	Hospital Municipal	IC c/ neurología	2

Mina Clavero	Hospital Municipal	ingesta de órgano fosforado	2
Mina Clavero	Hospital Municipal	politraumatismo	2
Pampa de Achala	médico	Sindrome de dificultad respiratoria	1

Tabla 23: Derivaciones del Dpto. San Javier, especificando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
San Javier			
Villa Dolores	Hosp. De Villa Dolores	cirugía programada	2
Villa Dolores	Hosp. De Villa Dolores	estridor para estudio	2
Villa Dolores	Hosp. De Villa Dolores	politraumatismo	2
Villa Dolores	Hosp. De Villa Dolores	politraumatismo	2
Villa Dolores	Hosp. De Villa Dolores	quemadura	2
Villa Dolores	Hosp. De Villa Dolores	Sindrome de dificultad respiratoria	2

Tabla 24: derivaciones del Dpto. Calamuchita, detallando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Calamuchita			
Sta. Rosa de Calamuchita	Hosp. Eva Perón	abdomen agudo	2
Sta. Rosa de Calamuchita	Hosp. Eva Perón	cirugía programada	2
Sta. Rosa de Calamuchita	Hosp. Eva Perón	quemadura	2
Sta. Rosa de Calamuchita	Hosp. Eva Perón	Sme confisional agudo	2
Sta. Rosa de Calamuchita	Hosp. Eva Perón	sospecha SHU	2
Villa General Belgrano	centro de salud	edema	1
Villa General Belgrano	centro de salud	fractura miembro superior	1

Tabla 25: derivaciones provenientes del Dpto. Colón. Detallando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad del centro que derivó

Depto Colón	centro	motivo de derivación	nivel
Colonia Caroya	dispensario	dolor abdominal	1
Colonia Tirolesa	Dispensario de Colonia tirolesa	fractura miembro superior	1
Jesus Maria	Hospital Vicente Agüero	fractura miembro superior	2
Jesus Maria	Hospital Vicente Agüero	fractura miembro superior	2
Jesus Maria	Hospital Vicente Agüero	Hipertensión endocraneana	2
Jesus Maria	Hospital Vicente Agüero	hipoglucemia	2
Jesus Maria	Hospital Vicente Agüero	pancreatitis aguda	2
Jesus Maria	Hospital Vicente Agüero	politraumatismo	2
Jesus Maria	Hospital Vicente Agüero	Sindrome de dificultad respiratoria	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	abuso sexual	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	convulsiones	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	convulsiones	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	diarrea y vómitos	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	diarrea y vómitos	2

La Calera	Hospital Municipal de La Calera	dolor abdominal	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	dolor abdominal	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	dolor testicular	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	ingesta de cuerpo extraño	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	linfangioma de cuello	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	mordedura de perro	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	politraumatismo	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	Sindrome de dificultad respiratoria	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	Sindrome de dificultad respiratoria	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	Sindrome de dificultad respiratoria	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	Sindrome de dificultad respiratoria	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	Sindrome de dificultad respiratoria	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	Sme febril	2
La Calera	Hospital Municipal de La Calera	Sme febril	2
El Manzano	Dispensario Dr. Bregante	crisis de cianosis	1
Malvinas Argentinas	Dispensario	abdomen agudo	1
Malvinas Argentinas	Dispensario	cirugía programada	1
Malvinas Argentinas	Dispensario	crisis de ahogo	1
Malvinas Argentinas	Dispensario	neumonia	1
Malvinas Argentinas	Dispensario	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Mendiolaza	Servicio de Emergencias	edema	1
Mendiolaza	Servicio de Emergencias	traumatismo de cráneo	1
Mi Granja	Dispensario de Mi Granja	diarrea y vómitos	1
Mi Granja	Dispensario de Mi Granja	traumatismo de cráneo	1
Río Ceballos	dispensario	diarrea con sangre	1
Río Ceballos	dispensario	fractura miembro superior	1
Río Ceballos	dispensario	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Río Ceballos	Centro de salud	hipoglucemia	2
Río Ceballos	Centro de salud	leucocitosis	2
Rivera Indarte	Dispensario	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Saldán	Dispensario	abuso sexual	1
Saldán	Dispensario	ingesta de caústicos	1
Saldán	Dispensario	para biopsia de tumor	1
Saldán	Dispensario	politraumatismo	1
Saldán	Dispensario	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Saldán	Dispensario	traumatismo de cráneo	1
Unquillo	Centro de Salud	convulsiones	1
Unquillo	Centro de Salud	edema	1
Unquillo	Hosp. Prof.J.M. Urrutia	fractura miembro superior	2
Unquillo	Hosp. Prof.J.M. Urrutia	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Unquillo	Hosp. Prof.J.M. Urrutia	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Unquillo	Hosp. Prof.J.M. Urrutia	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Unquillo	Hosp. Prof.J.M. Urrutia	traumatismo de cráneo	2
Villa Allende	Dispensario	fractura de miembro inferior	1
Villa Allende	Dispensario	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Villa Allende	Hospital Regional	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Villa Allende	Hospital Regional	Sme febril	2

Tabla 26: Derivaciones provenientes del Dpto. Gral. San Martín, especificando el motivo de derivación y el nombre y nivel de complejidad del centro.

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
General San Martín			
Villa María	Hospital Pasteur	convulsiones	2
Villa María	Hospital Pasteur	diarrea y vómitos	2
Villa María	Hospital Pasteur	dolor abdominal	2
Villa María	Hospital Pasteur	leucocitosis	2
Villa María	Hospital Pasteur	sospecha PTI	2
Villa María	Hospital Pasteur	sospecha tumor de cerebro	2
Villa María	Hospital Pasteur	trauma ocular	2
Villa María	Hospital Pasteur	traumatismo de cráneo	2

Tabla 27: Derivaciones del Dpto. Marcos Juárez, especificando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Marcos Juárez			
Leones	Hosp. Vecinal San Roque	cirugía programada	2
Marcos Juarez	Hosp.Abel Ayerza	cirugía programada	2
Marcos Juarez	Hosp.Abel Ayerza	convulsiones	2
Marcos Juarez	Hosp.Abel Ayerza	trauma facial	2

Tabla 28: Derivaciones del Dpto. Río Cuarto, detallando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Río Cuarto			
Río Cuarto	Instituto Priv de Neo y Ped.	crisis de cianosis	2
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	cardiopatía congenita	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	cirugía programada	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	cirugía programada	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	cirugía programada	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	dolor abdominal	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	dolor abdominal	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	estridor para estudio	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	fractura miembro superior	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	malformación cerebral	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	Sindrome de dificultad respiratoria	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	sospecha de cardiopatía congenita	3
Río Cuarto	Hosp. San Antonio de Padua	sospecha SHU	3

Tabla 29: Derivaciones provenientes del Dpto. Juárez Celman, especificando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Juárez Celman			
General Deheza	dispensario	várices esofágicas p/ estudio	1
La Carlota	Hospital San Antonio	abdomen agudo	2
General Cabrera	Hospital Municipal	convulsiones	2

Tabla 30: Derivaciones del Dpto. Sáenz Peña, especificando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Pte. Roque Saenz Peña			
Laboulaye	medico	trauma facial	1
Laboulaye	Hosp. Ramón J. Cárcano	convulsiones	2

Tabla 31: Derivaciones del Dpto. General Roca, especificando motivo de derivación, nombre y nivel de complejidad de la institución derivante.

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
General Roca			
Villa Huidobro	Hospital Dr. Arnaldo Garófalo	IC salud mental	2

Tabla 32: Derivaciones del Dpto. Unión. Detallando nombre y nivel de complejidad del centro y motivo de derivación

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Unión			
Bell Ville	Juzgado de Menores	maltrato infantil	1
Bell Ville	Complejo Asistencial Bell Ville	dolor abdominal	2
Bell Ville	Complejo Asistencial Bell Ville	epilepsia	2
Bell Ville	Complejo Asistencial Bell Ville	trauma facial	2
Canals	Hosp Munic San Juan de Dios	diarrea y vómitos	2
Justiniano Posse	médico	neumonia	1

Tabla 33: Derivaciones del Dpto. Punilla, especificando nombre y nivel de complejidad del centro y motivo de derivación

departamento	centro	motivo de derivación	nivel

Punilla			
Bialet Massé	dispensario	Sindrome de dificultad respiratoria	1
Capilla del Monte	Hosp. Municipal O.Luqui	sospecha de cardiopatía congenita	2
Capilla del Monte	Hosp. Municipal O.Luqui	traumatismo de cráneo	2
Carlos Paz	Dispensario La Quinta	fiebre	1
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	cefalea	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	cetoacidosis diabética	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	crisis de ahogo	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	dolor abdominal	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	fractura miembro superior	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	quemadura	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	Sme febril	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	sospecha PTI	2
Carlos Paz	Hospital Municipal Sayago	traumatismo de cráneo	2
Cosquín	Disp. Ramón Carrillo	sospecha tumor de cerebro	1
La Cumbre	Hospital Municipal	traumatismo de cráneo	1
La Falda	Hosp. Munic. La Falda	abdomen agudo	2
La Falda	Hosp. Munic. La Falda	celulitis periorbitaria	2
La Falda	Hosp. Munic. La Falda	control neumonología	2
La Falda	Hosp. Munic. La Falda	fractura miembro superior	2
La Falda	Hosp. Munic. La Falda	neumonia	2
La Falda	Hosp. Munic. La Falda	sospecha PTI	2
La Falda	Hosp. Munic. La Falda	traumatismo de cráneo	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	CRIA	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	diarrea con sangre	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	neumonia	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	Sindrome de dificultad respiratoria	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	Sindrome metabólico p/ estudio	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	Sme coqueluchoide	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	Sme febril	2
Villa Caeiro	Hosp.Domingo Funes	tratamiento quimioterapia	2

Tabla 34: pacientes derivados de otras provincias, según motivo de derivación y nivel de complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Otras provincias			

Catamarca	centro de salud	cirugía programada	1
Catamarca	Hospital de Niños	cirugía programada	3
Catamarca	Hospital de Niños	cirugía programada	3
Catamarca	Hospital de Niños	cirugía programada	3
Catamarca	Hospital de Niños	convulsiones	3
Catamarca	Hospital de Niños	convulsiones	3
Catamarca	Hospital de Niños	LLA	3
Catamarca	Hospital de Niños	Sindrome de dificultad respiratoria	3
Catamarca	Hospital de Niños	tto de gammaglobulina	3
La Plata-Bs As	Hosp.I. Sor María Ludovica	p/ colocación de stent	3
La Rioja	Hospital de Niños	cardiopatía congenita	3
La Rioja	Hosp.Enrique Vera Barros	cirugía programada	3
La Rioja	Hosp.Enrique Vera Barros	convulsiones	3
La Rioja	Hosp.Enrique Vera Barros	crisis de ahogo	3
La Rioja	Hosp.Enrique Vera Barros	Crisis de cianosis	3
La Rioja	Hospital de Niños	cuerpo extraño en pulmón	3
La Rioja	Hosp.Enrique Vera Barros	leucocitosis	3
La Rioja	Hosp.Enrique Vera Barros	quemadura	3
La Rioja	Hosp.Enrique Vera Barros	Sindrome de dificultad respiratoria	3
La Rioja	Hosp.Enrique Vera Barros	Sindrome de dificultad respiratoria	3
La Rioja-Chilecito	centro de salud	hernia inguinal bilateral	1
La Rioja-Chilecito	centro de Salud	cirugía programada	1
Misiones	Hospital Misiones	tratamiento quimioterapia	3
Ojo de Agua	Hospital Regional	Sme febril	2
Ojo de Agua-Stgo del Estero	Hospital Regional	bronconeumonía	2
Ojo de Agua-Stgo del Estero	Hospital Regional	bronquitis obstructiva	2
Ojo de Agua-Stgo del Estero	Hospital Regional	cirugía programada	2
Ojo de Agua-Stgo del Estero	Hospital Regional	cirugía programada	2
Ojo de Agua-Stgo del Estero	Hospital Regional	diarrea y vómitos	2
Ojo de Agua-Stgo del Estero	Hospital Regional	neumonía con derrame	2
Ojo de Agua-Stgo del Estero	Hospital Regional	sospecha de cardiopatía congenita	2
Ojo de Agua-Stgo del Estero	Hospital Regional	vómitos	2
San Luis	Hospital de San Luis	crisis hemolítica	3
San Luis	Hospital de San Luis	p/colangiografía intrahepatica	3
Santa Fe	centro de salud	Sindrome de dificultad respiratoria	1

Tabla 35: Pacientes derivados de hospitales de la Ciudad de Córdoba, según motivo de derivación y complejidad del centro que derivó

departamento	centro	motivo de derivación	nivel
Capital			

Ciudad de Cordoba	Sanatorio Allende	artritis sèptica	3
Ciudad de Cordoba	Sanatorio Allende	diarrea con sangre	3
Ciudad de Córdoba	Clínica del Niño	Sindrome metabólico p/ estudio	2
Ciudad de Córdoba	Hospital Pediátrico del Niño Jesús	hipoglucemia	3
Ciudad de Córdoba	Hospital Pediátrico del Niño Jesús	Sindrome de dificultad respiratoria	3
Ciudad de Córdoba	Hospital Infantil Municipal	sospecha de cardiopatía congenita	3
Ciudad de Córdoba	Hospital Pediátrico del Niño Jesús	traumatismo de cráneo	3
Ciudad de Córdoba	Hosp.Materno Provincial	tumor sacrococcígeo	3
Ciudad de Còrdoba	Hosp. Materno Neonatal	crisis de cianosis	3
Ciudad de Còrdoba	Hospital Misericordia	edema	3
Ciudad de Còrdoba	Hosp. Materno Neonatal	Sindrome de dificultad respiratoria	3
Ciudad de Còrdoba	Hosp. Materno Neonatal	sospecha encefalitis CMV	3

Tabla 36: Pacientes que requirieron asistencia respiratoria, según diagnóstico, edad y días totales de internación

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	ARM	EDAD/MESES	DDI
laringomalasia	36	6 meses	147
quemadura de vía digestiva por cáusticos	20	2 años	62
cardiopatía congénita	15	3 meses	42
bronquiolitis por VRS	13	3 meses	97
Meduloblastoma	12	10 años	65
politraumatismo	12	13 años	33
bronconeumonía	12	2 meses	25
cardiopatía congénita	9	1 mes	10
bronquiolitis por VRS	8	1 mes	33
cardiopatía congénita	6	3 meses	50
encefalitis aguda	6	4 meses	22
Síndrome genético	5	2 meses	84
meningitis bact aguda	5	5 meses	60
broncoaspiración	5	2 años	55
politraumatismo	5	14 años	45
CRIA	5	3 meses	21
cardiopatía congénita	4	4 meses	29
Estenosis subglótica	4	10 meses	13
HED HSD hemorragia IC	3	13 años	31
bronquiolitis por VRS	3	3 meses	9
HED HSD hemorragia IC	3	13 años	8
meningitis bact aguda	2	5 meses	58
Síndrome colestásico	2	12 años	31
Epilepsia	1	10 años	32
cardiopatía congénita	1	4 meses	14
cardiopatía congénita	1	4 meses	10

Transtornos de la deglución	1	1 año	6
HED HSD hemorragia IC	1	6 años	5
politraumatismo	1	4 años	1
MODA	**1**		**33**
MEDIANA	**5**		**31**
PROMEDIO	**6,93**		**37,86**

Tabla 37: Primeros 15 tratamientos

TRATAMIENTO	CANTIDAD
antibiòticoterapia	122
analgesia	77
kinesioterapia respiratoria	49
corticoides	42
anticonvulsivantes	38
oxigenoterapia	29
hidratación parenteral	27
vía central	26
broncodilatadores	25
sedoanalgesia	17
transfusiones	14
protección gástrica	11
control	10
diuréticos	9
yeso pelvipédico	7

Tabla 38: Porcentaje de resolución

RESOLUCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
control p/CE	165	50,6%
control med cab	145	44,8%
alta	8	2,6%
alta voluntaria	5	1,6%
Muerte	2	0,6%
retirado x J de M	1	0,3%
suspensión cirugía	1	0,3%
TOTAL	**327**	**100%**

Tabla 39: Pacientes que fueron atendidos por más de un especialista, de acuerdo a la edad y el diagnóstico principal.

ESPECIALISTA	interconsultas	EDAD/MESES	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
cardiología	cardiocirugía	1 mes	cardiopatía congénita
cardiología	cardiocirugía	4 meses	cardiopatía congénita
cardiología	cardiocirugía	5 meses	cardiopatía congénita
cardiología	genética	9 meses	cardiopatía congénita
cardiología	hemodinamia	4 meses	cardiopatía congénita
cardiología	infectología	1 mes	cardiopatía congénita
cardiología	infectología	3 meses	cardiopatía congénita
cardiología	infectología	3 meses	cardiopatía congénita
cardiología	infectología	4 meses	cardiopatía congénita
cardiología	neurología	1 mes	ALTE
cardiología	nutrición	3 meses	cardiopatía congénita
cardiología	nutrición	8 meses	cardiopatía congénita
cardiología	oncohematología	2 meses	cardiopatía congénita
CEMECO	nefrología	3 meses	Síndrome metabólico
CEMECO	neurología	3 meses	Síndrome metabólico
cirugía	anestesia	10 meses	Estenosis subglótica
cirugía	cirugía plástica	10 años	politraumatismo
cirugía	cirugía plástica	3 años	Trauma facial
cirugía	cirugía plástica	3 años	herida cortante
cirugía	cirugía plástica	8 años	Trauma facial
cirugía	gastroenterología	11 años	pacreatitis aguda
cirugía	infectología	12 años	Síndrome colestásico
cirugía	infectología	13 años	politraumatismo
cirugía	infectología	2 años	quemadura de vía digestiva por cáusticos
cirugía	neumonología	1 año	bronquitis obstructiva recurrente
cirugía	neurocirugía	5 años	politraumatismo
cirugía	neurocirugía	7 años	politraumatismo
cirugía	neurología	1 mes	laringomalasia
cirugía	neurología	8 años	Apendicitis aguda
cirugía	nutrición	10 años	peritonitis apendicular
cirugía	nutrición	2 años	quemadura de vía digestiva por cáusticos
cirugía	odontopediatría	8 años	Trauma facial
cirugía	oncología	11 años	Apendicitis aguda
cirugía	ortopedia y traumatología	13 años	trauma abdominal
cirugía	ortopedia y traumatología	15 años	herida cortante
cirugía	toxicología	4 años	esofagitis por ingesta de cáusticos
cirugía plástica	infectología	1 año	quemadura
cirugía plástica	nutrición	9 años	quemadura
cirugía plástica	odontopediatría	12 años	Trauma facial
cirugía plástica	odontopediatría	4 meses	labio leporino
cirugía plástica	oftalmología	2 años	herida cortante
diabetología	endocrinología	13 años	Debut diabético

diabetología	fonoaudiología	3 años	Enfermedad metabólica
diabetología	nutrición	4 años	Debut diabético
diabetología	psicología	13 años	diabetes descompensada
diabetología	salud mental	11 años	Debut diabético
diabetología	servicio social	11 años	Debut diabético
endocrinología	CEMECO	2 años	Enfermedad metabólica
gastroenterología	nutrición	8 años	enfermedad celíaca
nefrología	cardiología	2 años	Síndrome nefrótico
nefrología	nutrición	1 año	Síndrome urémico hemolítico
nefrología	nutrición	14 años	Síndrome nefrítico
neumonología	neurología	7 años	Fibrosis quística
neumonología	nutrición	7 años	Fibrosis quística
neumonología	oftalmología	7 años	Fibrosis quística
neurocirugía	cardiología	3 años	traumatismo craneoencefálico
neurocirugía	cirugía	10 años	Apendicitis aguda
neurocirugía	infectología	10 años	Epilepsia
neurocirugía	infectología	11 años	Absceso cerebral
neurocirugía	infectología	13 años	HED HSD hemorragia IC
neurocirugía	neurología	11 años	Absceso cerebral
neurocirugía	neurología	3 meses	Síndrome de Arcaldi
neurocirugía	neurorehabilitación	10 años	Apendicitis aguda
neurocirugía	neurorehabilitación	13 años	HED HSD hemorragia IC
neurocirugía	neurorehabilitación	5 meses	meningitis bact aguda
neurocirugía	oftalmología	5 meses	meningitis bact aguda
neurocirugía	oncohematología	10 años	Meduloblastoma
neurocirugía	oncología	11 años	Tumor cerebral
neurocirugía	ORL	11 años	traumatismo craneoencefálico
neurocirugía	servicio social	10 meses	HED HSD hemorragia IC
neurología	cirugía	2 meses	Síndrome genético
neurología	genética	2 meses	Síndrome genético
neurología	infectología	2 meses	síndrome convulsivo
neurología	infectología	5 meses	meningitis bact aguda
neurología	neurocirugía	11 años	Síndrorme vertiginoso
neurología	neurocirugía	2 meses	Síndrome genético
neurología	neurorehabilitación	4 meses	encefalitis aguda
neurología	neurorehabilitación	5 meses	meningitis bact aguda
neurología	oftalmología	5 meses	síndrome convulsivo
neurología	oftalmología	6 años	Síndrome de Maltrato Infantil
oftalmología	cirugía	6 años	trauma ocular
oftalmología	nutrición	2 meses	hidrocefalia
oncohematología	antomía patológica	1 mes	rabdomiosarcoma
oncohematología	infectología	16 años	sobreinfección de tumor
oncohematología	infectología	3 años	Leucemia linfocítica aguda
oncohematología	nutrición	13 años	Neumonía bacteriana aguda
oncohematología	odontología	9 años	Leucemia mieloide
oncohematología	ORL	16 años	sobreinfección de tumor
oncohematología	psicología	6 años	Leucemia linfocítica aguda

oncohematología	salud mental	12 años	Leucemia mieloide
oncohematología	Salud mental	3 años	Leucemia linfocítica aguda
ortopedia y traumatología	cardiología	5 años	fractura supracondílea
ortopedia y traumatología	neurocirugía	14 años	politraumatismo
ortopedia y traumatología	oftalmología	2 años	politraumatismo
ortopedia y traumatología	oncohematología	1 año	osteosarcoma
ortopedia y traumatología	oncohematología	11 años	Fractura miembro inferior
ortopedia y traumatología	salud mental	6 años	Fractura miembro inferior
ortopedia y traumatología	Servicio Social	6 años	Fractura miembro inferior
pediatría	cardiología	2 meses	Transtornos de la deglución
pediatría	cardiología	3 años	pericarditis
pediatría	cardiología	3 meses	bronquiolitis por VRS
pediatría	cardiología	4 meses	ALTE
pediatría	cardiología	7 meses	Neumonía bacteriana aguda
pediatría	CEMECO	3 años	Neumonía bacteriana aguda
pediatría	CEMECO	3 meses	Síndrome metabólico
pediatría	cirgía	5 años	Trauma facial
pediatría	cirugía	1 año	Transtornos de la deglución
pediatría	cirugía	1 año	neumonía con derrame
pediatría	cirugía	1 año	neumonía con derrame
pediatría	cirugía	2 años	neumonía con derrame
pediatría	cirugía	2 años	peritonitis apendicular
pediatría	cirugía	2 años	neumonía con derrame
pediatría	cirugía	3 años	pericarditis
pediatría	cirugía	5 años	politraumatismo
pediatría	cirugía	6 años	peritonitis
pediatría	cirugía	6 años	neumonía con derrame
pediatría	cirugía	6 meses	laringomalasia
pediatría	cirugía	7 años	peritonitis
pediatría	cirugía	7 años	Trauma facial
pediatría	cirugía	8 años	Síndrome anémico
pediatría	cirugía plástica	2 años	quemadura
pediatría	cirugía plástica	5 años	Trauma facial
pediatría	fonoaudiología	1 año	quemadura
pediatría	fonoaudiología	2 meses	Transtornos de la deglución
pediatría	fonoaudiología	2 meses	Reflujo gastroesofágico
pediatría	gastroenterología	2 años	enterorragia
pediatría	ginecología	5 años	Abuso sexual
pediatría	infectología	12 años	celulitis
pediatría	infectología	14 años	politraumatismo
pediatría	infectología	1mes	bronquiolitis por VRS
pediatría	infectología	2 años	neumonía con derrame
pediatría	infectología	2 años	peritonitis apendicular
pediatría	infectología	2 meses	bronconeumonía
pediatría	infectología	3 meses	CRIA
pediatría	infectología	5 años	artritis séptica
pediatría	infectología	6 meses	laringomalasia
pediatría	infectología	9 meses	Síndrome anémico

pediatría	nefrología	1 año	Síndrome urémico hemolítico
pediatría	nefrología	1 año	Gastroenteritis aguda
pediatría	nefrología	3 meses	Síndrome metabólico
pediatría	nefrología	6 años	peritonitis
pediatría	nefrología	8 meses	enteropatía perdedora de proteínas
pediatría	neumonología	1 año	neumonía intrahospitalaria
pediatría	neumonología	11 meses	bronquiolitis
pediatría	neumonología	6 años	Crisis asmática
pediatría	neumonología	6 años	Crisis asmática
pediatría	neurocirugía	1 año	fractura de cráneo
pediatría	neurocirugía	1 mes	fractura de cráneo
pediatría	neurocirugía	12 años	politraumatismo
pediatría	neurocirugía	14 años	politraumatismo
pediatría	neurocirugía	3 años	traumatismo craneoencefálico
pediatría	neurocirugía	3años	traumatismo craneoencefálico
pediatría	neurología	1 año	Síndrome de West
pediatría	neurología	1 año	Síndrome de West
pediatría	neurología	10 años	bronquitis obstructiva recurrente
pediatría	neurología	11 años	Gastroenteritis aguda
pediatría	neurología	2 años	broncoaspiración
pediatría	neurología	3 años	convulsión afebril
pediatría	neurología	3 años	neumonía atípica
pediatría	neurología	3 meses	bronquiolitis por VRS
pediatría	neurología	4 años	convulsión afebril
pediatría	neurología	4 años	Infección urinaria
pediatría	neurología	4 meses	ALTE
pediatría	neurología	5 años	bronquitis obstructiva recurrente
pediatría	neurología	6 años	Lipotimia
pediatría	neurología	7 años	neumonía atípica
pediatría	neurología	9 años	Síndrome Rasmiussen
pediatría	neurología	9 años	síndrome convulsivo
pediatría	nutrición	1 año	Gastroenteritis aguda
pediatría	nutrición	3 meses	CRIA
pediatría	nutrición	3 meses	bronquiolitis por VRS
pediatría	odontología	3 años	gingivoestomatitis herpètica
pediatría	oftalmología	2 años	quemadura
pediatría	oncohematología	4 años	Neumonía bacteriana aguda
pediatría	psicomotricidad	1 año	Neumonía bacteriana aguda
pediatría	reumatología	3 años	pericarditis
pediatría	reumatoloía	2 años	Enfermedad de Kawasaki
pediatría	salud mental	5 años	Abuso sexual
pediatría	salud mental	9 años	Síndrome Rasmiussen
pediatría	servicio social	5 años	Abuso sexual
psiquiatría	neurología	14 años	transtorno psiquiátrico
psiquiatría	neurología	9 años	transtorno psiquiátrico
Servicio Social	neurocirugía	10 meses	Síndrome de Maltrato Infantil
Servicio Social	salud mental	12 años	Abuso sexual
toxicología	neurología	14 años	intoxicación por monóxido de carbono

toxicología	psiquiatría	15 años	intento de suicidio
toxicología	servicio social	6 años	intoxicacion

Tabla 40: pacientes que presentaron complicaciones, discriminando motivo de derivación y días de internación.

MOTIVO DE DERIVACION	complicaciones	DDI
dolor abdominal	abceso de pared	9
dolor abdominal	abceso de pared	8
deshidratacion grave	abceso douglas	13
politraumatismo	abceso intraabd	33
crisis de cianosis	atelectasia	20
Sindrome de dificultad respiratoria	atelectasia	7
Síndrome meníngeo	Bronquiolitis x VRS	60
Sindrome de dificultad respiratoria	Bronquiolitis x VRS	50
politraumatismo	candidiasis x catéter vesical	45
edema	desnutrición	27
Sindrome de dificultad respiratoria	desnutrición	97
Sindrome de dificultad respiratoria	estenosis subglótica	29
politraumatismo	GEA	33
cardiopatía congenita	inf asoc a catéter	42
leucocitosis	inf x SV	28
sindrome meningeo	inf.relac a vía central	58
sospecha tumor de cerebro	infección asociada a catéter´central	65
ingesta de caústicos	infección asociada a catéter´central	62
deshidratacion grave	insuf renal aguda	13
Sindrome de dificultad respiratoria	neumonía asoc ARM	147
sospecha tumor de cerebro	neumonía asoc ARM	65
Sindrome de dificultad respiratoria	neumonía asoc ARM	97
politraumatismo	neumonía c/derrame	33
ingesta de caústicos	neumonía intrahospitalaria	62
CRIA	neumotórax	21
apneas y cianosis	NIH	84
cardiopatía congenita	NIH	42
convulsiones	NIH	14
estridor para estudio	NIH	13
politraumatismo	NIH	45
Sindrome de dificultad respiratoria	NIH	147
Sindrome de dificultad respiratoria	NIH	50
Sindrome de dificultad respiratoria	NIH	26
Sindrome de dificultad respiratoria	NIH	13
Sindrome de dificultad respiratoria	NIH	33
Sindrome de dificultad respiratoria	NIH	57
Sindrome de dificultad respiratoria	NIH	44
Síndrome meníngeo	NIH	58
sospecha de cardiopatía congenita	NIH	10

sospecha de cardiopatía congenita	PCR	10
politraumatismo	peritonitis	33
sindrome meningeo	recambio válvula V-P	58
cardiopatía congenita	sepsis	42
CRIA	sepsis	21
dolor abdominal	sepsis	5
politraumatismo	sepsis	33
sospecha de cardiopatía congenita	sepsis	14
sospecha de cardiopatía congenita	sepsis	10
Hipertensión endocraneana	sinusitis	10
sindrome meningeo	tetraplejía espástica	58
sindrome meningeo	tetraplejía espástica	60

Tabla 41: Pacientes derivados según motivo de derivación, según edad y sexo y especialista tratante.

Motivo de derivación	Especialista	cantidad	mujeres	EDAD	hombres	EDAD
46 INGRESOS	cardiología	2			2	entre 0 y 6 meses
	neumonología	1			1	7 años
	neurología	2	1	2 meses	1	4 meses
Sindrome de dificultad respitratoria	pediatría	41	11	entre 0 y 6 meses	8	entre 0 y 6 meses
			6	entre 7 y 12 meses	6	entre 7 y 12 meses
			7	entre 2 y 6 años	3	entre 2 y 6 años
22 INGRESOS	ortopedia y traumatología	22	4		18	
Fractura de miembro superior			1	entre 7 y 12 meses	6	entre 2 y 6 años
			3	entre 2 y 6 años	12	entre 6 y 14 años
21 INGRESOS	cardiología	1			1	4 meses
	cirugía	2	1	6 años	1	3 años
Cirugía programada	cirugía plástica	2	1	4 meses	1	5 años
	neurocirugía	2			2	entre 2 y 6 años
	oftalmología	1	1	2 meses		
	ortopedia y traumatología	13	1	entre 0 y 6 meses	2	entre 2 y 6 años
			5	entre 2 y 6 años	5	entre 6 y 14 años
18 INGRESOS	neurología	12	6		6	
			5	entre 2 y 6 años	2	entre 7 y 12 meses
			1	11 años	4	entre 2 y 6 años
Convulsiones	pediatría	5	3	entre 2 y 6 años	1	1 año
					1	9 años
	psiquiatría	1			1	6 años

18 INGRESOS	neurocirugía	14	1 3 5	1 año entre 2 y 6 años entre 7 y 14 años	2 1 2	entre 7 y 12 meses 2 años entre 6 y 14 años
Traumatismo de cráneo	pediatría	4	1 1	1 mes 3 años	1 1	1 año 3 años
15 INGRESOS	cirugía	10	5	entre 6 y 15 años	5	entre 6 y 14 años
	nefrología	1			1	4 años
Dolor abdominal	pediatría	4	2	entre 2 y 6 años	2	entre 6 y 14 años
14 INGRESOS	cirugía	7	1	10 años	6	entre 6 y 14 años
	neurocirugía	1	1	4 años		
Politraumatismo	ortopedia y traumatología	3			1 2	2 años entre 6 y 14 años
	pediatría	3	1	14 años	2	entre 6 y 14 años
10 INGRESOS **Diarrea y Vómitos**	pediatría	10	2 3	entre 7 y 12 meses entre 2 y 6 años	5	2 años

Tabla 42: Pacientes que requirieron asistencia respiratoria, según diagnóstico, edad y días totales de internación

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	ARM	EDAD/MESES	DDI
laringomalasia	36	6 meses	147
quemadura de vía digestiva por cáusticos	20	2 años	62
cardiopatía congénita	15	3 meses	42
bronquiolitis por VRS	13	3 meses	97
Meduloblastoma	12	10 años	65
politraumatismo	12	13 años	33
bronconeumonía	12	2 meses	25
cardiopatía congénita	9	1 mes	10
bronquiolitis por VRS	8	1 mes	33
cardiopatía congénita	6	3 meses	50
encefalitis aguda	6	4 meses	22
Síndrome genético	5	2 meses	84
meningitis bact aguda	5	5 meses	60
broncoaspiración	5	2 años	55
politraumatismo	5	14 años	45
CRIA	5	3 meses	21
cardiopatía congénita	4	4 meses	29
Estenosis subglótica	4	10 meses	13
HED HSD hemorragia IC	3	13 años	31
bronquiolitis por VRS	3	3 meses	9

HED HSD hemorragia IC	3	13 años	8
meningitis bact aguda	2	5 meses	58
Síndrome colestásico	2	12 años	31
Epilepsia	1	10 años	32
cardiopatía congénita	1	4 meses	14
cardiopatía congénita	1	4 meses	10
Transtornos de la deglución	1	1 año	6
HED HSD hemorragia IC	1	6 años	5
politraumatismo	1	4 años	1
MODA	**1**		**33**
MEDIANA	**5**		**31**
PROMEDIO	**6,93**		**37,86**

Tabla 43: pacientes derivados que recibieron tratamiento quirúrgico. De acuerdo al especialista tratante, motivo de derivación, tipo de cirugía, cantidad de días desde el ingreso en que se realizó la cirugía, días de internación. Discriminados por mes del año.

ESPECIALISTA	MOTIVO DE INTERNACION	TIPO DE CIRUGIA	Dia CIRUGIA	DDI	Total
Neurocirugía	malformación cerebral	tumorectomía	5	19	
cirugía	abdomen agudo	apendicectomía	1	3	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	2	5	enero
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	3	
cirugía	dolor testicular	Destorsión testicular	1	0	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	extracción de catéter implantable	1	2	
cirugía	pancreatitis aguda	videolaparoscopía	3	14	
cirugía	deshidratacion grave	laparatomía	1	13	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	6	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	toilette quirúrgica	1	6	10
cardiología	cirugía programada	cirugía cardiovascular	1	10	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	3	
cirugía	dolor abdominal	apendicectomía	1	3	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	5	10	febrero
cirugía	dolor abdominal	laparatomía	1	9	
oftalmología	trauma ocular	cirugía ocular	1	3	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	2	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	3	

cirugía	trauma facial	cirugía exploradora +sutura	1	0	
cirugía	abuso sexual	sutura	1	4	
cardiología	sospecha de cardiopatía congenita	hemodinamia	10	18	11
cirugía	dolor abdominal	apendicectomía	1	8	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	7	abril
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	4	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	2	3	
cirugía	diarrea y vómitos	laparatomía	2	9	
ortopedia y traumatología	fractura de miembro inferior	biopsia de tumor	1	12	
cirugía	trauma facial	sutura sublingual+fijación maxilar	1	4	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	Corrección de lux. Cong. Cadera	1	1	
cirugía	abdomen agudo	laparatomía	2	8	
cirugía	ingesta de caústicos	drenje y pleurotomía faringoesofagogastrectomía traqueostomía	15 1 10	0 0 62	
cirugía	cirugía programada	extracción de catéter implantable	1	1	13
cardiología	sospecha de cardiopatía congenita	hemodinamia	1	14	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	Corrección de lux. Cong. Cadera	2	4	
cirugía	hernia inguinal bilateral	herniorrafia	1	3	mayo
cirugía	ingesta de caústicos dolor abdominal	cirugía exploradora +sutura laparatomía	3 2	0 7	
cirugía	Sindrome metabólico p/ estudio	colocacíon catéter díalisis peritoneal	4	41	
cirugía	dolor abdominal	apendicectomía	1	3	
neurocirugía	sospecha tumor de cerebro	colocación valvula V-P traqueostomía tumorectomía	28 14 10	0 0 65	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	3	
cirugía	dolor abdominal	apendicectomía	1	3	
neurocirugía	Síndrome meníngeo	colocación valvula V-P drenaje ventricular externo Recambio válvula V-P	30 15 58	0 0 60	
neurología	Síndrome meníngeo	colocación valvula V-P drenaje ventricular externo	25 11	0 58	
ortopedia y traumatología	fractura de miembro inferior	reducción y osteosíntesis	8	11	
Cirugía estética	quemadura	curación quemadura	1	6	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	Corrección pie bot bilateral	1	3	
cirugía	abdomen agudo	apendicectomía	1	3	20
cardiología	Sindrome de dificultad respiratoria	cirugía cardiovascular	6	50	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	2	
cirugía	neumonia	drenje y pleurotomía	4	17	junio
ortopedia y traumatología	fractura de miembro inferior	reducción y osteosíntesis	1	3	

ortopedia y traumatología	para biopsia de tumor	biopsia de tumor	1	3	
cirugía	politraumatismo	reconstructiva facial	6	0	
		reconstructiva nasal	10	0	
		reduccíon fx columna	3	0	
		reducción y osteosíntesis	5	45	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	4	
cirugía	hernia inguinal bilateral	herniorrafia	2	12	
cirugía	politraumatismo	drenje y pleurotomía	20	0	
		laparatomía	5	33	
neurocirugía	traumatismo de cráneo	Evacuación hematoma extradural	1	8	14
cardiología	sospecha de cardiopatía congenita	cirugía cardiovascular	9	10	
cirugía	Sme febril	drenje y pleurotomía	2	9	
oftalmología	cirugía programada	cirugía ocular	5	9	julio
neurología	apneas y cianosis	colocación valvula V-P	48	0	
		herniorrafia	50	84	
neurocirugía	cirugía programada	drenaje ventricular externo	3	32	
oncohematología	leucocitosis	colocacíon catéter díalisis peritoneal	180	34	
cirugía	várices esofágicas p/ estudio	fibroesofagogastroduodenoscopía	1	3	
cirugía	ingesta de caústicos	fibroesofagogastroduodenoscopía	0	3	
cirugía	abdomen agudo	laparatomía	1	10	10
cirugía plástica	quemadura	curación quemadura	3	31	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	4	
cirugía	linfangioma de cuello	tumorectomía	1	3	agosto
cirugía	Sindrome de dificultad respiratoria	gastrostomía	47	0	
		traqueostomía	34	147	
cirugía	dolor abdominal	apendicectomía	2	5	
cirugía	dolor abdominal	apendicectomía	1	3	
cirugía	politraumatismo	laparatomía	1	10	
cirugía	neumonia	drenaje pleural	3	13	
cirugía plástica	herida cortante	sutura	1	3	10
cirugía	politraumatismo	toilette quirúrgica	1	10	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	4	septiem
cirugía plástica	cirugía programada	palatoplastia	1	3	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	liberación de sindactilia	1	3	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	Corrección pie bot bilateral	1	3	
cirugía	litiasis vesicular	videolaparoscopía	2	7	6
cirugía plástica	cirugía programada	palatoplastia	1	3	
cirugía	politraumatismo	toilette scalp inguinocrural	1	13	octubre
ortopedia y traumatología	politraumatismo	reducción y osteosíntesis	1	5	
cirugía	abdomen agudo	apendicectomía	1	3	
nefrología	sospecha SHU	colocacíon catéter díalisis peritoneal	2	14	
cirugía	invaginación intestinal	desinvaginación	1	5	

cardiología	cardiopatía congenita	cirugía cardiovascular	3	42	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	Corrección de lux. Cong. Cadera	1	3	
cirugía	politraumatismo	reducción y osteosíntesis	1	5	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	Corrección de lux. Cong. Cadera	1	3	
neurocirugía	traumatismo de cráneo	Evacuación hematoma extradural	1	5	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	Corrección de lux. Cong. Cadera	4	5	
oncohematología	tumor sacrococcígeo	colostomía	4	0	
oncohematología	tumor sacrococcígeo	tumorectomía	31	45	14
cirugía	abdomen agudo	apendicectomía	1	2	
cirugía	ingesta de cuerpo extraño	fibroesofagogastroduodenoscopía	1	2	
cirugía	dolor abdominal	laparatomía	1	6	noviem
cirugía	p/colangiografía intrahepatica	laparatomía	10	31	
cirugía	cirugía programada	palatoplastia	1	3	
cirugía	herida cortante	toilette quirúrgica	1	12	
hemodinamia	p/ colocación de stent	colocación stent	2	5	
neurocirugía	cirugía programada	craneosinostosis	1	8	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	liberación de sindactilia	1	2	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	osteotomía y colocación de prótesis en cadera	1	3	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	2	
cirugía	neumonía con derrame	drenaje pleural	1	13	12
cirugía	abdomen agudo	apendicectomía	1	3	
cirugía	abdomen agudo	laparatomía	1	5	diciem
cirugía	mordedura de perro	toilette quirúrgica	1	3	
cirugía plástica	quemadura	curación quemadura	3	15	
cirugía plástica	quemadura	curación quemadura	3	3	
neurocirugía	traumatismo de cráneo	Evacuación hematoma extradural	1	31	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	2	4	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	2	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	3	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	2	3	
ortopedia y traumatología	fractura miembro superior	reducción y osteosíntesis	1	3	
ortopedia y traumatología	cirugía programada	tenorrafia + neurorrafia	1	2	12
					134

Tabla 44: días de espera para la cirugía

días a la cirugía	1	2	3	4	5	6 a 10	10 a 20	20 a 30	30 y mas	
total	76	15	9	4	5	9	5	3	8	134
porcentaje	56,7	11.19	6,7	2.98	3,73	6,7	3,73	2,23	5.97	100

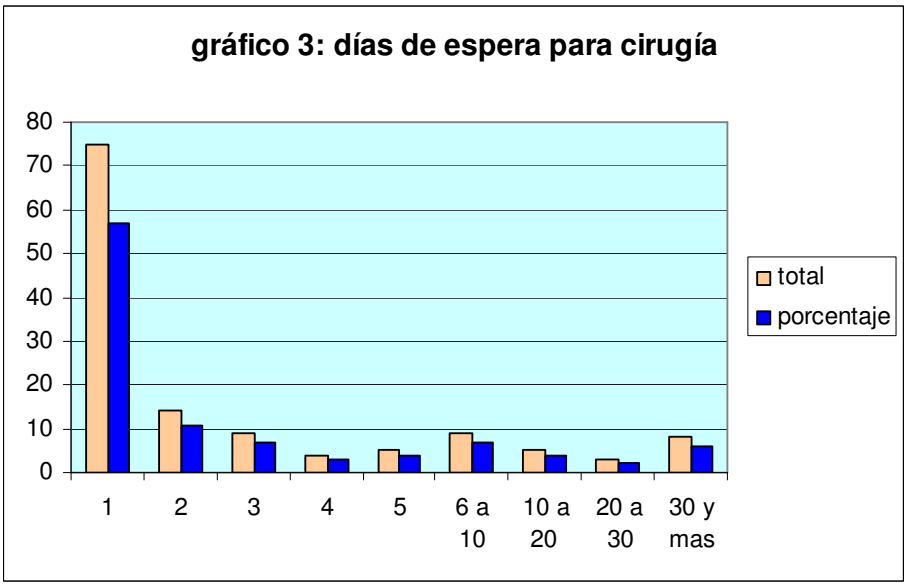


gráfico 3: días de espera para cirugía
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6 a 10
10 a 20
20 a 30
30 y mas
total
porcentaje

Tabla 45: número de cirugías según edad del paciente y tipo de cirugía.

EDAD/MESES	TIPO DE CIRUGIA	cantidad	total
1 mes	cirugía cardiovascular	1	4
1 mes	colostomía	1	
1 mes	herniorrafia	1	
1 mes	tumorectomía	1	
2 meses	cirugía ocular	1	3
2 meses	colocación valvula V-P	1	
2 meses	herniorrafia	1	
3 meses	cirugía cardiovascular	2	4
3 meses	colocacíon catéter díalisis peritoneal	1	
3 meses	tumorectomía	1	
4 meses	cirugía cardiovascular	1	4
4 meses	desinvaginación	1	
4 meses	hemodinamia	1	
4 meses	palatoplastia	1	
5 meses	colocación valvula V-P	2	7
5 meses	Corrección pie bot bilateral	1	
5 meses	drenaje ventricular externo	2	
5 meses	hemodinamia	1	
5 meses	Recambio válvula V-P	1	
6 meses	gastrostomía	1	2
6 meses	traqueostomía	1	
1 año	apendicectomía	1	6
1 año	biopsia de tumor	1	
1 año	colocacíon catéter díalisis peritoneal	1	
1 año	curación quemadura	1	
1 año	drenje y pleurotomía	1	
1 año	reducción y osteosíntesis	1	
2 años	Corrección de lux. Cong. Cadera	1	13
2 años	craneosinostosis	1	
2 años	curación quemadura	1	
2 años	drenje y pleurotomía	3	

2 años	sutura	2	
2 años	traqueostomía	1	
3 años	apendicectomía	1	5
3 años	palatoplastia	1	
3 años	sutura sublingual+fijación maxilar	1	
3 años	toilette quirúrgica	1	
3 años	tumorectomía	1	
4 años	apendicectomía	1	5
4 años	Corrección de lux. Cong. Cadera	1	
4 años	curación quemadura	1	
4 años	fibroesofagogastroduodenoscopía	1	
4 años	liberación de sindactilia	1	
5 años	palatoplastia	1	8
5 años	reducción y osteosíntesis	5	
5 años	sutura	1	
5 años	toilette quirúrgica	1	
6 años	cirugía ocular	1	12
6 años	colocacíon catéter díalisis peritoneal	1	
6 años	Corrección de lux. Cong. Cadera	1	
6 años	drenaje pleural	1	
6 años	Evacuación hematoma extradural	1	
6 años	extracción de catéter implantable	1	
6 años	laparatomía	1	
6 años	reducción y osteosíntesis	4	
6 años	tenorrafia + neurorrafia	1	
7 años	cirugía exploradora +sutura	1	8
7 años	laparatomía	3	
7 años	reducción y osteosíntesis	4	
8 años	apendicectomía	1	10
8 años	colocación stent	1	
8 años	extracción de catéter implantable	1	
8 años	laparatomía	1	
8 años	reducción y osteosíntesis	5	
8 años	toilette quirúrgica	1	
9 años	Corrección de lux. Cong. Cadera	1	5
9 años	curación quemadura	1	
9 años	reducción y osteosíntesis	3	
10 años	apendicectomía	1	9
10 años	colocación valvula V-P	1	
10 años	Corrección pie bot bilateral	1	

10 años	drenaje ventricular externo	1	
10 años	laparatomía	1	
10 años	toilette scalp inguinocrural	1	
10 años	traqueostomía	2	
10 años	videolaparoscopía	1	
11 años	apendicectomía	3	9

Tabla 46: tipos de cirugías, según edad y sexo del paciente

TIPO DE CIRUGIA	EDAD	SEXO	cantidad
apendicectomía	1 año	masculino	
apendicectomía	10 años	femenino	
apendicectomía	11 años	Femenino	
apendicectomía	11 años	femenino	
apendicectomía	11 años	Masculino	
apendicectomía	13 años	Masculino	
apendicectomía	14 años	Femenino	
apendicectomía	14 años	Masculino	
apendicectomía	3 años	femenino	
apendicectomía	4 años	Masculino	
apendicectomía	8 años	masculino	11
biopsia de tumor	1 año	masculino	
biopsia de tumor	11 años	Masculino	2
cirugía cardiovascular	1 mes	femenino	
cirugía cardiovascular	3 meses	femenino	
cirugía cardiovascular	3 meses	Masculino	
cirugía cardiovascular	4 meses	Masculino	4
cirugía exploradora +sutura	2 años	Masculino	
cirugía exploradora +sutura	7 años	masculino	2
cirugía ocular	2 meses	femenino	
cirugía ocular	6 años	Masculino	2
colocacíon catéter díalisis peritoneal	1 año	femenino	
colocacíon catéter díalisis peritoneal	3 meses	masculino	
colocacíon catéter díalisis peritoneal	6 años	femenino	3
colocación stent	8 años	femenino	1
colocación valvula V-P	10 años	Femenino	
colocación valvula V-P	2 meses	masculino	
colocación valvula V-P	5 meses	Femenino	
colocación valvula V-P	5 meses	femenino	4
colostomía	1 mes	masculino	1
Corrección de lux. Cong. Cadera	11 años	masculino	
Corrección de lux. Cong. Cadera	2 años	Femenino-	
Corrección de lux. Cong. Cadera	4 años	femenino	
Corrección de lux. Cong. Cadera	6 años	Femenino	

Corrección de lux. Cong. Cadera	9 años	masculino	5
Corrección pie bot bilateral	10 años	masculino	
Corrección pie bot bilateral	5 meses	Femenino	2
craneosinostosis	2 años	masculino	
curación quemadura	1 año	masculino	
curación quemadura	2 años	Masculino	
curación quemadura	4 años	femenino	
curación quemadura	9 años	masculino	5
desinvaginación	4 meses	femenino	1
Destorsión testicular	13 años	Masculino	1
drenaje ventricular externo	10 años	masculino	
drenaje ventricular externo	5 meses	Femenino	
drenaje ventricular externo	5 meses	femenino	3
drenje y pleurotomía	1 año	femenino	
drenje y pleurotomía	13 años	Masculino	
drenje y pleurotomía	2 años	masculino	
drenje y pleurotomía	2 años	masculino	
drenje y pleurotomía	2 años	Masculino	
drenje y pleurotomía	6 años	masculino	6
Evacuación hematoma extradural	13 años	femenino	
Evacuación hematoma extradural	13 años	femenino	
Evacuación hematoma extradural	6 años	femenino	3
extracción de catéter implantable	6 años	Femenino	
extracción de catéter implantable	8 años	Masculino	2
faringoesofagogastrectomía	2 años	Masculino	1
fibroesofagogastroduodenoscopía	11 años	masculino	
fibroesofagogastroduodenoscopía	12 años	femenino	
fibroesofagogastroduodenoscopía	4 años	femenino	3
gastrostomía	6 meses	femenino	1
hemodinamia	4 meses	Masculino	
hemodinamia	5 meses	Femenino	2
herniorrafia	1 mes	masculino	
herniorrafia	2 meses	masculino	2
laparatomía	10 años	masculino	
laparatomía	11 años	femenino	
laparatomía	11 años	femenino	
laparatomía	12 años	femenino	
laparatomía	13 años	Masculino	
laparatomía	2 años	Masculino	
laparatomía	6 años	Femenino	
laparatomía	7 años	masculino	
laparatomía	7 años	Masculino	
laparatomía	7 años	Masculino	
laparatomía	8 años	Femenino	11
liberación de sindactilia	2 años	femenino	

liberación de sindactilia	4 años	femenino	2
osteotomía y colocación de prótesis en cadera	9 años	masculino	1
palatoplastia	3 años	masculino	
palatoplastia	4 meses	femenino	
palatoplastia	5 años	masculino	3
Recambio válvula V-P	5 meses	femenino	1
reconstructiva facial	14 años	femenino	1
reconstructiva nasal	14 años	femenino	1
reduccíon fx columna	14 años	femenino	1
reducción y osteosíntesis	1 año	Femenino	
reducción y osteosíntesis	12 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	13 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	14 años	femenino	
reducción y osteosíntesis	14 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	2 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	5 años	femenino	
reducción y osteosíntesis	5 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	5 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	5 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	5 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	6 años	Femenino	
reducción y osteosíntesis	6 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	6 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	6 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	7 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	7 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	7 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	7 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	8 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	8 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	8 años	Masculino	
reducción y osteosíntesis	8 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	8 años	masculino	
reducción y osteosíntesis	9 años	femenino	
reducción y osteosíntesis	9 años	masculino	26
sutura	2 años	masculino	
sutura	5 años	femenino	2
sutura sublingual+fijación maxilar	3 años	masculino	1
tenorrafia + neurorrafia	6 años	masculino	1
toilette quirúrgica	15 años	masculino	
toilette quirúrgica	3 años	femenino	
toilette quirúrgica	5 años	masculino	
toilette quirúrgica	8 años	Masculino	4
toilette scalp inguinocrural	10 años	femenino	1

traqueostomía	10 años	Femenino	
traqueostomía	2 años	Masculino	
traqueostomía	6 meses	femenino	3
tumorectomía	1 mes	masculino	
tumorectomía	10 años	Femenino	
tumorectomía	3 años	femenino	
tumorectomía	3 meses	Feminino	4
videolaparoscopía	10 años	masculino	
videolaparoscopía	11 años	Femenino	2

Tabla 47: cantidad y tipo de cirugías, según diagnóstico del paciente

TIPO DE CIRUGIA	cantidad	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	cantidad
apendicectomía	11	abdomen agudo	1
		Apendicitis aguda	10
biopsia de tumor	2	Fractura miembro inferior	1
		osteosarcoma	1
cirugía cardiovascular	4	cardiopatía congénita	4
cirugía exploradora +sutura	2	quemadura de vía digestiva por cáusticos	1
		Trauma facial	1
cirugía ocular	2	hidrocefalia	1
		trauma ocular	1
colocacíon catéter díalisis peritoneal	3	Leucemia linfocítica aguda	1
		Síndrome metabólico	1
		Síndrome urémico hemolítico	1
colocación stent	1	cardiopatía congénita	1
colocación valvula V-P	4	Meduloblastoma	1
		meningitis bact aguda	2
		Síndrome genético	1
colostomía	1	rabdomiosarcoma	1
Corrección de lux. Cong. Cadera	5	Corrección luxación congénita de cadera	5
Corrección pie bot bilateral	2	corrección pie bot bilateral	2
craneosinostosis	1	craneosinostosis	1
curación quemadura	4	quemadura	4
desinvaginación	1	invaginación intestinal	1
Destorsión testicular	1	Torsión testicular	1
drenaje pleural	2	neumonía con derrame	2
drenaje ventricular externo	3	Epilepsia	1
		meningitis bact aguda	2
drenje y pleurotomía	4	neumonía con derrame	3
		politraumatismo	1

Evacuación hematoma extradural	3	HED HSD hemorragia IC	3
extracción de catéter implantable	2	fractura expuesta miembro superior	1
		Leucemia linfocítica aguda	1
faringoesofagogastrectomía	1	quemadura de vía digestiva por cáusticos	1
fibroesofagogastroduodenoscopía	3	broncoaspiración	1
		esofagitis por ingesta de cáusticos	1
		várices esofágicas	1
gastrostomía	1	laringomalasia	1
hemodinamia	2	cardiopatía congénita	2
herniorrafia	3	Hernia atascada	2
		Síndrome genético	1
laparatomía	11	peritonitis apendicular	4
		oclusión intestinal	1
		peritonitis	3
		politraumatismo	2
		Síndrome colestásico	1
liberación de sindactilia	2	Corrección sindactilia	2
osteotomía y colocación de prótesis en cadera	1	Corrección de cadera	1
palatoplastia	3	fisura palatina	2
palatoplastia		labio leporino	1
Recambio válvula V-P	1	meningitis bact aguda	1
reconstructiva facial	1	politraumatismo	1
reconstructiva nasal	1	politraumatismo	1
reduccíon fx columna	1	politraumatismo	1
reducción y osteosíntesis	26	fractura expuesta miembro superior	4
		Fractura miembro inferior	4
		fractura supracondílea	16
		politraumatismo	1
		trauma abdominal	1
sutura	2	Abuso sexual	1
		herida cortante	1
sutura sublingual+fijación maxilar	1	Trauma facial	1
tenorrafia + neurorrafia	1	herida cortante	1
toilette quirúrgica	4	fractura expuesta miembro superior	1
		herida cortante	2
		politraumatismo	1
toilette scalp inguinocrural	1	politraumatismo	1
traqueostomía	3	laringomalasia	1
		Meduloblastoma	1
		quemadura de vía digestiva por cáusticos	1
tumorectomía	4	Meduloblastoma	1
		rabdomiosarcoma	1
		Síndrome de Arcaldi	1

		sobreinfección de tumor	1
videolaparoscopía	2	Litiasis biliar	1
		pacreatitis aguda	1

Tabla 48: tipo de cirugía, según diagnóstico del pacientes, días de espera para la cirugía, días de internación.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TIPO DE CIRUGIA	Dia CIRUGIA	DDI
peritonitis apendicular	laparatomía	1	10
peritonitis apendicular	laparatomía	2	8
peritonitis apendicular	laparatomía	2	7
peritonitis apendicular	laparatomía	1	6
abdomen agudo	apendicectomía	1	8
Apendicitis aguda	apendicectomía	2	5
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	3
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	3
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	3
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	3
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	3
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	3
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	3
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	3
Apendicitis aguda	apendicectomía	1	2
broncoaspiración	fibroesofagogastroduodenoscopía	1	2
esofagitis por ingesta de cáusticos	fibroesofagogastroduodenoscopía	0	3
fisura palatina	palatoplastia	1	3
herida cortante	toilette quirúrgica	1	12
herida cortante	toilette quirúrgica	1	3
Hernia atascada	herniorrafia	2	12
invaginación intestinal	desinvaginación	1	5
Leucemia linfocítica aguda	extracción de catéter implantable	1	1
Litiasis biliar	videolaparoscopía	2	7
oclusión intestinal	laparatomía	1	5
pacreatitis aguda	videolaparoscopía	3	14
politraumatismo	laparatomía	5	33
politraumatismo	toilette scalp inguinocrural	1	13
politraumatismo	laparatomía	1	10
politraumatismo	toilette quirúrgica	1	10
quemadura de vía digestiva por cáusticos	cirugía exploradora +sutura	3	62
quemadura de vía digestiva por cáusticos	drenje y pleurotomía	15	62

quemadura de vía digestiva por cáusticos	faringoesofagogastrectomía	1	62
quemadura de vía digestiva por cáusticos	traqueostomía	10	62
Síndrome colestásico	laparatomía	10	31
sobreinfección de tumor	tumorectomía	1	3
Torsión testicular	Destorsión testicular	1	2
trauma abdominal	reducción y osteosíntesis	1	5
Trauma facial	sutura sublingual+fijación maxilar	1	4
várices esofágicas	fibroesofagogastroduodenoscopía	1	3
			499
	MODA	**1**	**3**
	MEDIANA	**1**	**5**
	PROMEDIO	**2,1**	**12,48**

Tabla 49: Pacientes tratados por pediatría general que necesitaron tratamiento quirúrgico, según los días de espera para la cirugía y los días totales de internación

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TIPO DE CIRUGIA	Dia CIRUGIA	DDI
Abuso sexual	sutura	1	4
laringomalasia	traqueostomía	34	147
neumonía con derrame	drenaje pleural	1	13
neumonía con derrame	drenaje pleural	3	13
neumonía con derrame	drenje y pleurotomía	2	9
neumonía con derrame	drenje y pleurotomía	4	17
peritonitis	laparatomía	1	13
peritonitis	laparatomía	1	9
peritonitis	laparatomía	2	9
politraumatismo	reduccíon fx columna	3	45
quemadura	curación quemadura	1	6
Trauma facial	cirugía exploradora +sutura	1	5
MODA		**1**	**13**
MEDIANA		**1,5**	**11**
PROMEDIO		**4,5**	**24,2**

Tabla 50: Pacientes tratados por pediatría general, según motivo de derivación, diagnósticos y edad del paciente

MOTIVO DE DERIVACIÓN	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGOSTICOS	edad
abuso sexual	Abuso sexual		5 años
artritis sèptica	artritis séptica		5 años
bronconeumonía	bronconeumonía		9 años
bronconeumonía	neumonía atípica	convulsión afebril	3 años

bronquitis obstructiva	bronquiolitis por coqueluche		3 meses
celulitis periorbitaria	celulitis		12 años
celulitis periorbitaria	celulitis		14 años
convulsiones	convulsión afebril		3 años
convulsiones	convulsión afebril		4 años
convulsiones	síndrome convulsivo		9 años
convulsiones	Síndrome de West	bronquiolitis por VRS	1 año
convulsiones	Síndrome de West		1 año
CRIA	CRIA	neumonía con derrame	3 meses
crisis de ahogo	ALTE	bronquiolitis por coqueluche	1 mes
crisis de ahogo	bronquiolitis		4 meses
crisis de ahogo	Reflujo gastroesofágico		2 meses
crisis de cianosis	ALTE		4 meses
crisis de cianosis	Transtornos de la deglución	neumonía atípica	1 año
Crisis de cianosis	Transtornos de la deglución		2 meses
crisis hemolítica	Síndrome anémico	pacreatitis aguda	8 años
deshidratacion grave	Gastroenteritis aguda	bronquiolitis	1año
deshidratacion grave	peritonitis	neumonía con derrame	6 años
diarrea con sangre	enterorragia		2 años
diarrea con sangre	Gastroenteritis aguda		2 años
diarrea con sangre	Gastroenteritis aguda		2 años
diarrea con sangre	gingivoestomatitis herpètica		1 año
diarrea con sangre	Síndrome urémico hemolítico		1 año
diarrea y vómitos	peritonitis apendicular		2 años
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda		1 año
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda		2 años
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda		2 años
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda		2 años
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda		2 años
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda		2 años
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda		2 años
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda	Deshidratación grave	7 años
diarrea y vómitos	Gastroenteritis aguda		7 meses
dolor abdominal	Gastroenteritis aguda		11 años
dolor abdominal	Infección urinaria		4 años
dolor abdominal	pericarditis		3 años
dolor abdominal	peritonitis		7 años
edema	Enfermedad de Kawasaki		2 años
edema	enteropatía perdedora de proteínas	Síndrome anémico	8 meses
fiebre y vómitos	Neumonía bacteriana aguda		2 años
fiebre y vómitos	Neumonía bacteriana aguda		6 años
fiebre y vómitos	Neumonía bacteriana aguda	cardiopatía congénita	7 meses

GEA	Gastroenteritis aguda		1 año
gingivoestomatitis	gingivoestomatitis herpètica		3 años
neumonia	neumonía atípica		1 año
neumonia	neumonía atípica		8 años
neumonia	Neumonía bacteriana aguda		10 años
neumonia	Neumonía bacteriana aguda		3 años
neumonia	neumonía con derrame		2 años
neumonia	neumonía con derrame		6 años
neumonia	neumonía intrahospitalaria		1 año
neumonía con derrame	neumonía con derrame		2 años
pancreatitis aguda	Síndrome colestásico		5 años
PCR	broncoaspiración	CRIA	2 años
politraumatismo	politraumatismo		12 años
politraumatismo	politraumatismo	Trauma facial	14 años
politraumatismo	politraumatismo		5 años
quemadura	quemadura		2 años
quemadura	quemadura		2 años
Sindrome de dificultad respiratoria	bronconeumonía		2 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronconeumonía		9 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		1 año
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		1 mes
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		10 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		10 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		11 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		2 años
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		2 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		2 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		3 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		5 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		8 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis	Síndrome anémico	8 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis		9 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis por adenovirus		2 años
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis por VRS		1 mes
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis por VRS		1 mes
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis por VRS	bronquiolitis por coqueluche	1mes

Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis por VRS	CRIA	3 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis por VRS		3 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquiolitis por VRS		3 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquitis obstructiva recurrente		1 año
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquitis obstructiva recurrente		5 años
Sindrome de dificultad respiratoria	bronquitis obstructiva recurrente		6 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	Crisis asmática		2 años
Sindrome de dificultad respiratoria	Crisis asmática		6 años
Sindrome de dificultad respiratoria	Crisis asmática		6 años
Sindrome de dificultad respiratoria	Crisis asmática		6 años
Sindrome de dificultad respiratoria	laringomalasia	sepsis	6 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	neumonía atípica		1 mes
Sindrome de dificultad respiratoria	neumonía atípica		2 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	neumonía atípica		7 años
Sindrome de dificultad respiratoria	Neumonía bacteriana aguda		1 año
Sindrome de dificultad respiratoria	Neumonía bacteriana aguda		1 año
Sindrome de dificultad respiratoria	Neumonía bacteriana aguda		2 años
Sindrome de dificultad respiratoria	Neumonía bacteriana aguda		4 años
Sindrome de dificultad respiratoria	Neumonía bacteriana aguda		4 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	neumonía con derrame		1 año
Sindrome de dificultad respiratoria	rinitis obstructiva		2 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	Síndrome metabólico	Desnutrición	3 meses
Sindrome de dificultad respiratoria	Transtornos de la deglución		6 meses
Sme coqueluchoide	bronquiolitis por coqueluche		2 meses
Sme febril	bronquitis obstructiva recurrente		10 años
Sme febril	Infección urinaria		7 meses
Sme febril	Lipotimia		6 años
Sme febril	Neumonía bacteriana aguda		1 año
Sme febril	Neumonía bacteriana aguda	Desnutrición	10 meses
Sme febril	Neumonía bacteriana aguda		4 años
Sme febril	neumonía con derrame		1 año
Sme febril	sepsis		1 mes
sospecha PTI	Pùrpura trombocitopénica aguda		4 años
sospecha PTI	Pùrpura trombocitopénica aguda		8 años
sospecha PTI	Síndrome anémico		9 meses
trauma facial	Trauma facial		5 años

trauma facial	Trauma facial		7 años
traumatismo de cráneo	fractura de cráneo		1 año
traumatismo de cráneo	fractura de cráneo		1 mes
traumatismo de cráneo	traumatismo craneoencefálico		3 años
traumatismo de cráneo	traumatismo craneoencefálico		3años
tto de gammaglobulina	Síndrome Rasmiussen		9 años
urticaria gigante	urticaria gigante		4 años
vómitos	Deshidratación grave		6 meses
vómitos	Gastroenteritis aguda		10 meses

Tabla 51: pacientes derivados para internación pediátrica según diagnóstico principal y edad del paciente

PEDIATRÍA			
EDAD/MESES	**DIAGNOSTICO PRINCIPAL**	**cantidad**	**Cantidad**
1 mes	**ALTE**	**1**	**8**
1 mes	**bronquiolitis**	**1**	
1 mes	**bronquiolitis por VRS**	**3**	
1 mes	**fractura de cráneo**	**1**	
1 mes	**neumonía atípica**	**1**	
1 mes	**sepsis**	**1**	
2 meses	**bronconeumonía**	**1**	**8**
2 meses	**bronquiolitis**	**2**	
2 meses	**bronquiolitis por coqueluche**	**1**	
2 meses	**neumonía atípica**	**1**	
2 meses	**Reflujo gastroesofágico**	**1**	
2 meses	**rinitis obstructiva**	**1**	
2 meses	**Transtornos de la deglución**	**1**	
3 meses	**bronquiolitis**	**1**	**7**
3 meses	**bronquiolitis por coqueluche**	**1**	
3 meses	**bronquiolitis por VRS**	**3**	
3 meses	**CRIA**	**1**	
3 meses	**Síndrome metabólico**	**1**	
4 meses	**ALTE**	**1**	**3**
4 meses	**bronquiolitis**	**1**	

4 meses	**Neumonía bacteriana aguda**	**1**	
5 meses	**bronquiolitis**	**1**	**1**
6 meses	**bronquitis obstructiva recurrente**	**1**	**4**
6 meses	**Deshidratación grave**	**1**	
6 meses	**laringomalasia**	**1**	
6 meses	**Transtornos de la deglución**	**1**	
7 meses	**Gastroenteritis aguda**	**1**	**3**
7 meses	**Infección urinaria**	**1**	
7 meses	**Neumonía bacteriana aguda**	**1**	
8 meses	**bronquiolitis**	**2**	**3**
8 meses	**enteropatía perdedora de proteínas**	**1**	
9 meses	**bronconeumonía**	**1**	**3**
9 meses	**bronquiolitis**	**1**	
9 meses	**Síndrome anémico**	**1**	
10 meses	**bronquiolitis**	**2**	**4**
10 meses	**Gastroenteritis aguda**	**1**	
10 meses	**Neumonía bacteriana aguda**	**1**	
11 meses	**bronquiolitis**	**1**	**1**
1 año	**bronquitis obstructiva recurrente**	**2**	**18**
1 año	**fractura de cráneo**	**1**	
1 año	**Gastroenteritis aguda**	**3**	
1 año	**gingivoestomatitis herpètica**	**1**	
1 año	**neumonía atípica**	**1**	
1 año	**Neumonía bacteriana aguda**	**3**	
1 año	**neumonía con derrame**	**2**	
1 año	**neumonía intrahospitalaria**	**1**	
1 año	**Síndrome de West**	**2**	
1 año	**Síndrome urémico hemolítico**	**1**	
1 año	**Transtornos de la deglución**	**1**	
2 años	**peritonitis apendicular**	**1**	**21**
2 años	**broncoaspiración**	**1**	
2 años	**bronquiolitis**	**1**	
2 años	**bronquiolitis por adenovirus**	**1**	

2 años	**Crisis asmática**	**1**	
2 años	**Enfermedad de Kawasaki**	**1**	
2 años	**enterorragia**	**1**	
2 años	**Gastroenteritis aguda**	**8**	
2 años	**Neumonía bacteriana aguda**	**2**	
2 años	**neumonía con derrame**	**2**	
2 años	**quemadura**	**2**	
3 años	**convulsión afebril**	**1**	**7**
3 años	**gingivoestomatitis herpètica**	**1**	
3 años	**neumonía atípica**	**1**	
3 años	**Neumonía bacteriana aguda**	**1**	
3 años	**pericarditis**	**1**	
3 años	**traumatismo craneoencefálico**	**2**	
4 años	**convulsión afebril**	**1**	**6**
4 años	**Infección urinaria**	**1**	
4 años	**Neumonía bacteriana aguda**	**2**	
4 años	**Pùrpura trombocitopénica aguda**	**1**	
4 años	**urticaria gigante**	**1**	
5 años	**Abuso sexual**	**1**	**6**
5 años	**artritis séptica**	**1**	
5 años	**bronquitis obstructiva recurrente**	**1**	
5 años	**politraumatismo**	**1**	
5 años	**Síndrome colestásico**	**1**	
5 años	**Trauma facial**	**1**	
6 años	**Crisis asmática**	**3**	**7**
6 años	**Lipotimia**	**1**	
6 años	**Neumonía bacteriana aguda**	**1**	
6 años	**neumonía con derrame**	**1**	
6 años	**peritonitis**	**1**	
7 años	**Gastroenteritis aguda**	**1**	**4**
7 años	**neumonía atípica**	**1**	
7 años	**peritonitis**	**1**	
7 años	**Trauma facial**	**1**	

8 años	**neumonía atípica**	**1**	**3**
8 años	**Pùrpura trombocitopénica aguda**	**1**	
8 años	**Síndrome anémico**	**1**	
9 años	**bronconeumonía**	**1**	**3**
9 años	**síndrome convulsivo**	**1**	
9 años	**Síndrome Rasmiussen**	**1**	
10 años	**bronquitis obstructiva recurrente**	**1**	**2**
10 años	**Neumonía bacteriana aguda**	**1**	
11 años	**Gastroenteritis aguda**	**1**	**1**
12 años	**celulitis**	**1**	**2**
12 años	**politraumatismo**	**1**	
14 años	**celulitis**	**1**	**2**
14 años	**politraumatismo**	**1**	
	TOTAL		**127**

Tabla 52: pacientes de neurocirugía, discriminando el motivo de derivación, el diagnóstico principal y otros diagnósticos y la edad del paciente.

MOTIVO DE INTERNACION	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGOSTICOS	EDAD
cirugía programada	craneosinostosis		2 años
cirugía programada	Epilepsia		10 años
malformación cerebral	Síndrome de Arcaldi		3 meses
para biopsia de tumor	Tumor cerebral		7 años
politraumatismo	politraumatismo	HED HSD hemorragia IC	4 años
Síndrome meníngeo	meningitis bact aguda	hidrocefalia	5 meses
Sme confisional agudo	Absceso cerebral		11 años
sospecha tumor de cerebro	Meduloblastoma	hidrocefalia	10 años
sospecha tumor de cerebro	Tumor cerebral		11 años
traumatismo de cráneo	fractura de cráneo	Síndrome de Maltrato Infantil	1 año
traumatismo de cráneo	fractura de cráneo	HED HSD hemorragia IC	8 años
traumatismo de cráneo	fractura de cráneo		9 años
traumatismo de cráneo	HED HSD hemorragia IC	Síndrome de Maltrato Infantil	10 meses
traumatismo de cráneo	HED HSD hemorragia IC	fractura de cráneo	13 años

traumatismo de cráneo	HED HSD hemorragia IC	fractura de cráneo	6 años
traumatismo de cráneo	HED HSD hemorragia IC		13 años
traumatismo de cráneo	politraumatismo	fractura de cráneo	12 años
traumatismo de cráneo	traumatismo craneoencefálico	fractura de cráneo	11 años
traumatismo de cráneo	traumatismo craneoencefálico	fractura de cráneo	2 meses
traumatismo de cráneo	traumatismo craneoencefálico		2 años
traumatismo de cráneo	traumatismo craneoencefálico		2 años
traumatismo de cráneo	traumatismo craneoencefálico		3 años
traumatismo de cráneo	traumatismo craneoencefálico		8 años

Tabla 53: Pacientes tratados por neurología clínica, discriminando el diagnóstico principal, el tipo de tratamiento, los días de internación y la resolución del proceso.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TRATAMIENTO	DDI	RESOLUCION
convulsión afebril	anticonvulsivantes	6	control p/CE
convulsión afebril	anticonvulsivantes	3	control p/CE
convulsión afebril	anticonvulsivantes	3	control p/CE
encefalitis aguda	sedoanalgesia	22	control p/CE
Epilepsia	anticonvulsivantes	8	contr med cab
Epilepsia	anticonvulsivantes	10	control p/CE
Epilepsia	anticonvulsivantes	4	control p/CE
meningitis bact aguda	antibiòticoterapia	58	control p/Ce
síndrome convulsivo	antibiòticoterapia	8	control pCE
síndrome convulsivo	antibiòticoterapia	5	control p/CE
síndrome convulsivo	anticonvulsivantes	3	control p/CE
síndrome convulsivo	anticonvulsivantes	2	control p/CE
síndrome convulsivo	anticonvulsivantes	57	control p/CE
síndrome convulsivo	anticonvulsivantes	3	control p/CE
síndrome convulsivo	corticoides	6	control p/CE
Síndrome de Maltrato Infantil	neurorehabilitación	10	control p/CE
Síndrome de West	anticonvulsivantes	12	control p/CE
Síndrome genético	sedoanalgesia	84	control p/CE
Síndrome Rasmiussen	antibiòticoterapia	43	control p/CE
Síndrome Rasmiussen	anticonvulsivantes	5	control p/CE
Síndrorme vertiginoso	anticonvulsivantes	8	control p/CE

Tabla 54: pacientes tratados por ortopedia y traumatología, de acuerdo al motivo de derivación, el diagnóstico y la edad del paciente.

MOTIVO DE DERIVACION	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGOSTICOS	EDAD

cirugía programada	Corrección luxación congénita cadera		9 años
cirugía programada	Corrección luxación congénita cadera		9 años
cirugía programada	Corrección luxación congénita cadera		6 años
cirugía programada	Corrección luxación congénita cadera		4 años
cirugía programada	Corrección luxación congénita cadera		2 años
cirugía programada	Corrección luxación congénita cadera		11 años
cirugía programada	corrección pie bot bilateral		5 meses
cirugía programada	corrección pie bot bilateral		10 años
cirugía programada	Corrección sindactilia		4 años
cirugía programada	Corrección sindactilia		2 años
cirugía programada	Corrección sindactilia		2 años
cirugía programada	fractura expuesta miembro superior		8 años
cirugía programada	herida cortante		6 años
dolor articular	artritis séptica		4 años
fractura de miembro inferior	Fractura miembro inferior		8 años
fractura de miembro inferior	Fractura miembro inferior		5 años
fractura de miembro inferior	Fractura miembro inferior		12 años
fractura de miembro inferior	Fractura miembro inferior		11 años
fractura miembro superior	fractura expuesta miembro superior		9 años
fractura miembro superior	fractura expuesta miembro superior		8 años
fractura miembro superior	fractura expuesta miembro superior		7 años
fractura miembro superior	fractura expuesta miembro superior		6 años
fractura miembro superior	fractura expuesta miembro superior		12 años
fractura miembro superior	fractura expuesta miembro superior	Síndrome Maltrato Infantil	6 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		9 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		8 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		8 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		8 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		8 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		7 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		7 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		6 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		6 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		5 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea	cardiopatía congénita	5 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		5 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		5 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		2 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		14 años
fractura miembro superior	fractura supracondílea		1 año
para biopsia de tumor	osteosarcoma		1 año
politraumatismo	Fractura miembro inferior		7 años

politraumatismo	**politraumatismo**		**2 años**
politraumatismo	**politraumatismo**		**14 años**

marco normativo

LEY DE GARANTIAS SALUDABLES

Articulo 1°: CREASE el SISTEMA INTEGRADO PROVINCIAL DE ATENCION DE LA SALUD, a cuyo marco el Estado Provincial deberá ajustar el desarrollo de sus acciones en garantía del derecho a la salud de todos los habitantes de la Provincia, sobre la base de la igualdad en el acceso a las prestaciones, de la equidad en la asignación de los recursos y la difusión y promoción del autocuidado

de la persona, el que estará integrado por la totalidad de los prestadores habilitados por la Autoridad Sanitaria Provincial.

Articulo 2º: EL SISTEMA INTEGRADO PROVINCIAL DE ATENCION DE LA SALUD se organiza conforme los siguientes parámetros:
a) Integración y articulación de los prestadores en torno al desarrollo de una estrategia de Atención Primaria de la Salud, actuando bajo este concepto en todos los niveles de complejidad asistencial; b) Determinación de la cobertura básica universal, mediante la fijación por parte de la Autoridad de Aplicación, de una canasta básica prestacional, general o particularmente determinada por región en función de aspectos geográficas y/o epidemiológicos, todos ellos basados en principios de evidencias médicas;
c) Asignación creciente de los recursos disponibles hacia aquellos programas de acción que otorguen prioridad absoluta a la promoción y prevención de la salud;
d) Accesibilidad adecuada a los servicios de salud, teniéndose en cuenta para ello la localización geográfica de los prestadores. En tal sentido, el Sistema deberá respetar la descentralización de los servicios en los niveles de responsabilidad a cargo de los gobiernos locales, Municipales o Comunales, complementado con redes de derivación de complejidad creciente; y
e) Exigencia del cumplimiento de las acciones de salud mediante el criterio denominado de población bajo responsabilidad nominada, que comprende a todos los habitantes de la Provincia de Córdoba. Cuando así corresponda, la Autoridad de Aplicación asignará, en los distintos niveles de complejidad asistencial disponibles, la responsabilidad de aquellas personas no incluidas en el sector de la seguridad social o de cualquier otro sistema de cobertura publico o privado reconocido, siendo responsable de su sostenimiento la entidad o sector público (nacional, provincial o municipal), semi-público, de obra sociales y/o privados en general, que tenga a su cargo el financiamiento de la cobertura de salud de la persona.

Articulo 3°: El Poder Ejecutivo adoptará las medida necesarias a los fines de la producción de medicamentos genéricos, con intervención de organismos del

sector público provincial centralizado y descentralizado y, en su caso, de otras jurisdicciones y del sector privado.

Articulo 4°: Para el funcionamiento del SISTEMA INTEGRADO PROVINCIAL DE ATENCION DE LA SALUD, la Autoridad de Aplicación deberá implementar:
a) La clave única de identificación sanitaria de personas, a los fines de la implementación de Historia Clínica Unica y de la correspondencia con análisis de referencia y contra-referencia;
b) Un esquema de Evaluación de factores de riesgo del estado de Salud de las personas, tendiente a lograr, entre otras cosas, la detección temprana de patologías prevalentes en regiones o zonas determinadas; la determinación del nivel de impacto y alcance de los planes de vacunación de personas; la determinación del alcance de programas de salud tales como: de control de tabaco, prevención y control del consumo de alcohol, alimentación y nutrición, hipertensión, diabetes, sida y enfermedades de transmisión sexual, prevención de lesiones, salud materno-infantil, salud sexual reproductiva y de procreación responsables, control de vectores y enfermedades infecciosas, salud bucal, salud mental, de accesibilidad a medicamentos; de cobertura de enfermedades de baja frecuencia y alto impacto económico, de detección temprana y contención de enfermedades oncológicas, y todo otro programa o plan que se proponga instrumentar en beneficio del mantenimiento de la salud de la población, y
c) Un plan de asignación, con equidad, de recursos sanitarios provinciales a las distintas regiones de la Provincia, complementado con una adecuada coordinación de las inversiones que las distintas jurisdicciones locales y los sectores privados realicen para mejorar la complejidad o tecnología de servicios.

GOBIERNO DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD

RUGePreSa Córdoba, 25 de enero de 2007
RESUMEN DE INFORME NORMATIVO
DERIVACIONES DE PACIENTES A
INTERNACION Y PRACTICAS EXTRAHOSPITALARIAS

REQUISITOS A CUMPLIMENTAR POR PARTE DEL HOSPITAL DERIVANTE
ANTE UNA INTERNACION

A) Solicitud de Derivación en original, en la cual deberá constar en casillero correspondiente, el N° de Derivación solicitado a la Central de Derivación de Pacientes. Esta Solicitud, cuya copia se envía nuevamente, será a partir de la fecha, la única válida , puesto que es la que forma parte del Decreto N° 1262/05. Debe confeccionarse siempre, sin excepción y estará firmada y sellada por Médico tratante (solicitante) Jefe de Servicio (si lo hubiere), Jefe de Guardia (si correspondiese el caso clínico y su situación) Médico Auditor (si lo hubiere) y Director del Hospital (este último requisito resulta indispensable). La misma debe completarse en su totalidad (hora, estudios realizados y sus resultados, epicrisis, etc).
B) Fotocopia de DNI del paciente ,únicamente, autenticada (firmada y sellada por Asistente Social del Hospital derivante).
C) Informe Socio-económico del paciente, únicamente, autenticado (firmado y sellado por Asistente Social del Hospital derivante).
D) Informe de Anses o Superintendencia del paciente, únicamente, autenticado (firmado y sellado por Asistente Social del Hospital derivante).
Para mayores detalles de la operatoria, en casos donde el día y el horario de atención y derivación sean fuera de los administrativos, etc, ver anexo adjunto que es copia fiel de lo incluido en el Decreto N° 1262/05. No debe agregarse ninguna otra documentación. esto es muy importante, puesto que toda otra documentación, causa diversos problemas en su tratamiento posterior.
ANTE UNA PRACTICA Se deben cumplimentar todos los requisitos anteriores; pero en la Solicitud correspondiente, única válida a partir de la fecha. Ver los modelos adjuntados. ANTE EL TRASLADO DE UN MENOR (SEA TANTO PARA INTERNACION COMO PARA PRACTICA) SIEMPRE DEBE CONFECCIONARSE LA PLANILLA RESPECTIVA, CUYO NUMERO DE DERIVACION, ES EL MISMO QUE SE SOLICITO A LA CENTRAL DE DERIVACION DE PACIENTES. VALE DECIR QUE NO ES NECESARIO SOLICITAR OTRO NUEVO. Esta, debe ser firmada por el Médico derivante y dentro del horario administrativo, por Jefe de Servicio y Director. Además, por persona mayor a cargo del menor (padre, madre o tutor) . Ver anexo adjunto.
DERIVACION PARA HEMODIALISIS Se deben cumplimentar todos los requisitos anteriores, tanto para Hemodiálisis aguda, como crónica y peritoneal.
En Solicitud de Derivación (en epicrisis) se debe constar estado clínico y laboratorio del paciente, que justifiquen su ingreso a diálisis.
DERIVACIONES Y / O SOLICITUDES FUERA DE HORARIO ADMINISTRATIVO
El Jefe de Guardia será el responsable de requerir la derivación para internación y / o práctica, debiéndose confeccionar la Solicitud original correspondiente, y en caso de no ser posible el resto de la documentación, el Hospital derivante, dispone de 72 (setenta y dos) horas hábiles para entregar al prestador privado todo lo exigido en el Decreto N° 1262/05, incluyendo la Solicitud de Derivación original, firmada y sellada por el Director. Para cumplimentar lo anterior, deberá tenerse la información actualizada desde la Guardia del Hospital y tener contacto con la Institución privada a la cual se derivó.

DERIVACIONES QUE OCURREN DESDE MUNICIPIOS, CENTROS DE SALUD, O POR SISTEMAS DE AMBULANCIAS.
En el caso de no disponer de capacidad de internación y encontrarse con la necesidad de derivar al sector privado, el Hospital Público Provincial, debe cumplir con todos los requisitos citados anteriormente. Si se tratase fuera de horario administrativo, se procederá como se especifica arriba , en apartado anterior.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA PRESTADORES DE INSTITUCIONES RECEPCIONANTES.

Los pacientes deben ser derivados exclusivamente por el Hospital Publico Provincial. Este mantendrá las funciones de unidad derivante, siendo el responsable primario del ingreso al sistema. La Solicitud de Derivación – Recepción de Pacientes, la Solicitud para Traslado y Retiro de Pacientes Menores de Edad o la Solicitud de Prácticas Especializadas Extrahospitalarias, que integra indefectiblemente la documentación , debe estar conformada con todos los datos completos sin excepción para poder originar una correcta facturación. La documentación constará de :

A. La solicitud correspondiente, con NÚMERO DE DERIVACIÓN otorgado por DERIVACION DE PACIENTES.(CONDICION EXCLUYENTE).

B. Fotocopia de D.N.I. del paciente. En caso de recién nacido , del D.N.I. de la madre.

C. Informe de ANSES, donde conste la situación de cobertura social del paciente. En caso de ser positiva con respecto a que posee Obra Social, se iniciarán las acciones para el recupero de gasto, por parte del Hospital de origen.

D. Informe socio económico, efectuada por asistente Social del Hospital Provincial de origen.

E. La facturación, deberá ser realizada por la Razón Social y con el número de cuit que constan en el convenio firmado, al Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba, y consignando SIN EXCEPCION, el nombre del Hospital de origen y su respectiva Localidad.

F. La facturación, será presentada, ante el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, por Mesa de Entradas, del 1º al 10 de cada mes, SIN EXCEPCION, en donde se otorgará el correspondiente Número de Expediente , donde se tramitará exclusivamente el pago de esas facturas. Mesa de Entradas, hará el pase al Area de Auditoría Médica o la dependencia que en el futuro la reemplace, para su actuación.

G. Auditoría Médica remitirá la documentación, auditada a la Dirección General de Servicios de Salud. La Dirección General de Servicios de Salud, la autorizará y remitirá a la Dirección de Administración, para la liquidación y posterior pago.

H. La Institución Receptora, en caso de derivación para internación, deberá comunicar a Derivación de Pacientes o dependencia que en el futuro la reemplace, el alta o el fallecimiento del paciente derivado.

I. Derivación de Pacientes, comunicará a Auditoría Médica estas novedades de tomar conocimiento para contar con información fidedigna al momento de controlar la facturación.

J. Auditoría Médica, podrá realizar auditorías de terreno y, en caso de ser factible, comunicará a Derivación de Pacientes la posibilidad de reingreso del paciente al sector público en Hospital Provincial, para la culminación de su recuperación / tratamiento. En este caso, la Institución Receptora, entregará fotocopia completa de la Historia Clínica(evolución diaria del paciente, con planilla de controles de enfermería, indicaciones, estudios realizados, sus informes y Epicrisis) firmada por responsable de Nosocomio, a los fines de que el Hospital Provincial cuente con el conocimiento acabado de lo actuado con el paciente.

K. Hemodiálisis: la facturación corresponderá a módulo completo, cuando al paciente se le hayan practicado todas las sesiones correspondientes al mes, entiéndase del 1º al último día del mismo. Cuando el paciente haya ingresado (alta en prestador de Hemodiálisis) en fecha posterior o se produzca su baja por diferentes motivos, antes de la culminación del mes, se facturará por sesiones, concluyendo que esto no es módulo completo. El módulo completo consta de trece (13) sesiones. En caso de

variación de las mismas, por necesidad del cuadro clínico, Auditoría Médica realizará el informe técnico correspondiente, para la correcta facturación.

INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE DERIVACION -RECEPCION DE PACIENTES DEL MINISTERIO DE SALUD

El presente Instructivo, será de cumplimiento obligatorio para la Derivación - Recepción de Pacientes del Ministerio de Salud, en los términos del Decreto que aprueba los convenios a suscribir con los efectores privados, la Solicitud de Derivación – Recepción de Pacientes , la Solicitud para Traslado y Retiro de Pacientes Menores de Edad, la Solicitud de Practicas Especializadas Extrahospitalarias y la documentación correspondiente que figura como Anexos del presente. Su incumplimiento total o parcial, promoverá la iniciación de acciones tendientes a la aplicación de los regímenes disciplinarios establecidos en los estatutos para el personal dependiente del Estado Provincial. Por ello, bajo ningún concepto se derivaran pacientes de Hospitales Públicos a Instituciones Privadas sin intervención de Derivación de Pacientes, dependiente de la Gerencia de Emergencia Sanitaria Derivación de Pacientes, de la Dirección General de Servicios de Salud. En caso de violar estas disposiciones, el Hospital derivante será el responsable de las erogaciones por las prestaciones efectuadas en la entidad privada.

Los Hospitales Provinciales que realizan diversas practicas, deberán notificar a Derivación de Pacientes y al Area de Auditoría Medica, sobre la salida de servicio temporaria de aparatología específica de alta complejidad: Tomografía, Resonancia Magnética Nuclear, Hemodinamia y Litotricia, para la correcta justificación de prestaciones con efectores privados.

PROCEDIMIENTO:

1. Los Servicios de los establecimientos asistenciales, Hospitales dependientes del Ministerio de Salud, asistirán a toda persona que concurra a los mismos, cumpliendo el procedimiento de Recepción fijado , y en caso de contar con Obra Social, arbitrarán los medios necesarios para procurar su recupero de gasto.

2. Este hecho pondrá en marcha el procedimiento asistencial que tiene por objeto las prestaciones médicas y ubicación del paciente en el establecimiento de que se trate. En caso de encontrarse saturada la capacidad del establecimiento publico, o cuando la complejidad de la prestación no pueda efectuarse en el mismo ámbito se procederá a solicitar Su derivación. Para la realización de la misma, deberá confeccionarse la Solicitud Correspondiente (N° 1, N° 2 y N° 3; adultos, Menores o Prácticas Extrahospitalarias, respectivamente) y se iniciará comunicándose el Establecimiento, con Derivación de Pacientes o la dependencia que en el futuro la reemplace a los teléfonos…….. o por el sistema de red nros……, quien otorgará el Número correspondiente a la misma. (Debe leerse: siempre existirá el Nro. de Derivación, tanto en lo que respecta al sector publico como al privado, considerando internaciones, o solamente la practica solicitada). Este solo hecho, no autoriza a los prestadores privados a realizar la facturación, sino con toda la requisitoria cumplimentada.

Derivación de Pacientes o dependencia que en el futuro la reemplace, procederá a la ubicación del paciente, primitivamente, en los efectores públicos provinciales. De resultar negativo, continuará de igual modo, ubicando al paciente en la Institución privada mas próxima al Hospital de origen, y cuya complejidad se adapte a la necesidad de atención de ese momento. Una vez aprobada la derivación, otorgando el Correspondiente numero de autorización, Derivación de Pacientes indicara el efector donde será derivado, debiéndose completar la Solicitud de Derivación - Recepción de pacientes, o la Solicitud para Traslado y Retiro de Pacientes Menores de Edad, o la

solicitud de Practica Extrahospitalaria (anexo N°) sin omitir ninguno de los Items que figuran en las mismas, adjuntando estadios realizados y todos los elementos de juicio (resúmenes de los informes en cuanto a resaltados positivos /negativos) que optimicen el conocimiento de la situación del paciente para su correcto tratamiento. En caso de las practicas Extrahospitalarias, una vez conocido el lugar asignado por Derivación de Pacientes, el Hospital de origen se encargara de solicitar el turno correspondiente.

3.-Sin perjuicio de los registros de Derivación de Pacientes o la dependencia que en el futuro la reemplace, cada establecimiento dependiente del Ministerio de Salud, deberá Llevar un libro de Registro foliado, donde se asentaran cada una de las derivaciones llevadas a cabo por el mismo y su destino (estos, son libros de actas foliados, con firma de Director, a su inicio y final), donde debe coincidir el Numero de Derivación, con el otorgado por Derivación de Pacientes.

4. Para el caso de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal aguda o crónica terminal, que deban ser derivados a instituciones privadas para su tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal, el procedimiento será el descripto anteriormente y Derivación de Pacientes otorgara el nombre del Establecimiento efector al que corresponda, de acuerdo al domicilio mas próximo del paciente. El Hospital de origen, gestionará ante el efector privado indicado por Derivación de Pacientes, la recepción del paciente. El efector privado informara mensualmente a Derivación de pacientes o la dependencia que en el futuro la reemplace, y al Area de Auditoria Medica o la dependencia que en el futuro la reemplace, la supervivencia del paciente derivado.

5. Los establecimientos del área capital y del interior provincial, dependientes del Ministerio de Salud informarán a Derivación de Pacientes o la dependencia que en el futuro la reemplace, a las 12.00 hs. y a las 20.00 hs. de cada día, la disponibilidad de camas de todos los Servicios.

INSTRUCTIVO PARA LA CONFECCION DE LAS SOLICITUDES DE DERIVACIÓN:

(Confeccionar con letra claramente legible, en imprenta).

En ángulo superior derecho: Numero de autorización de Derivación otorgado por Derivación de Pacientes o la dependencia que en el futuro la reemplace.

Nombre completo del Establecimiento de Origen y ubicación geográfica del mismo. Datos personales del paciente: Deberá hacerse conocer al paciente (u otro responsable), el carácter de declaración jurada de los datos aportados, quien suscribirá (firmará) la solicitud en el casillero Correspondiente. De no saber firmar, o no poder hacerlo por algún impedimento, colocará la impresión dígito pulgar. Para el caso de mujeres deberá colocarse siempre el apellido de soltera. En referencia a neonatos, se consignará RN con el apellido de la madre y numero de documento Nacional de Identidad (D.N.I.) de la misma, hasta los primeros cuarenta y cinco (45) días del nacimiento. Cuando como consecuencia de la derivación de un parto/cesárea a un establecimiento privado, se origine la necesidad de una prestación al / los recién nacido/s (RN), dicho establecimiento deberá gestionar un numero de derivación para cada uno, aparte del de la madre, a Derivación de Pacientes En este caso, el citado efector acompañará la facturación correspondiente a cada paciente con dicho Numero de Derivación. Cuando un menor (transcurridos los primeros 45 días de vida), careciere de documento de Identidad, se registrará el numero de documento de Identidad de la madre, al cual se le agregará después de una barra, los dígitos correspondientes al año de su nacimiento, debiendo el Establecimiento solicitar la correspondiente identificación a la Policía Provincial -

Departamento Documentación Personal Casillero Informe Hospitalario: Consignar la causa o motivo de la derivación, el servicio a que se deriva marcándolo en el casillero correspondiente; además del numero de Historia Clínica, Diagnóstico, Epicrisis,

exámenes y estudios ya realizados, con su correspondiente resultado (lo destacable de positivo o negativo, que se estime necesario para la Correcta atención y/*o* procedente resolución del caso). Casillero Establecimiento Derivante *I* Establecimiento Receptor: consignar nombre del establecimiento al cual se deriva el paciente. Completar casillero si corresponde a sector publico o privado y la localidad perteneciente al mismo. Especificar en forma clara la fecha de autorización, con indicación de hora y minutos, debiendo suscribir la solicitud los responsables actuantes de acuerdo a la situación del paciente y el servicio donde se encuentra (guardia, sala común, etc.) con sello personal aclaratorio de cada uno y el del Establecimiento. El Area de Auditoria Médica, tendrá conocimiento sobre las Instituciones Publicas que no tienen Jefe de Servicio o Medico Auditor y auditará la documentación en consecuencia, considerando entonces las demás Reparticiones que deban obrar posteriormente con las documentaciones, que las mismas al ser tratadas bajo ese procedimiento se encuentran en forma correcta. Casillero Establecimiento Receptor: Se completara el casillero correspondiente a la recepción o la negativa , con fecha , hora y minutos.
En caso de no ser aceptada la derivación deberá consignarse en el espacio "observaciones", la causa o motivo invocados por el establecimiento. Finalmente, el responsable de la Institución receptora, suscribirá (firmará) dando conformidad a lo actuado.