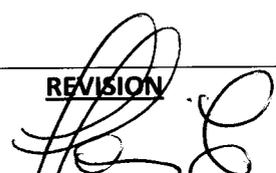
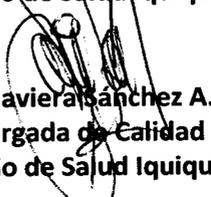
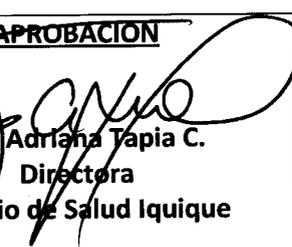




GOBIERNO DE
CHILE

**PROTOCOLO
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
TRASTORNO HIPERCINÉTICO
2011 - 2014**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
<p>Dra. Lorena Fariña K. Médico Psiquiatra COSAM Ex – Infante Juvenil</p>  <p>Ps. Luzila Pizarro L. Jefe U. Salud Mental Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dr. Álvaro Campos O. Médico EDF CGR Pozo Almonte</p>	<p> Dra. Lorena Salinas F. Encargada U. Planificación Servicio de Salud Iquique</p> <p> Dra. Javiera Sánchez A. Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p>	<p> Dra. Adriana Tapia C. Directora Servicio de Salud Iquique</p>  <p>MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD IQUIQUE</p>
Fecha: Agosto 2011	Fecha: Septiembre 2011	Fecha: Octubre 2011



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PSQ-002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Septiembre 2011

Páginas: 2 de 6

Vigencia: 3 años

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT ATENCIONAL

1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías del área de salud mental y psiquiatría con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional:
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo integral y derivación oportuna frente a pacientes con trastorno de déficit atencional e hiperactividad.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias dicha patología.

3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.
- A todo paciente con TDAH, en cuya evaluación y tratamiento integral por equipos de APS, se haya detectado refractariedad a tratamiento, alto compromiso biosicosocial y/o comorbilidad.

4. BIBLIOGRAFIA

- *Guía Clínica "Atención Integral de niñas/os y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo /Trastorno de la Atención (HTA)", Ministerio de Salud de Chile, 200.*
- *Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud (OMS), 10ª Edición, apartado de psiquiatría.*

5. RESPONSABILIDADES.

5.1. Responsable de ejecución.

- Médico y psicólogo de APS son responsables de pesquisar, iniciar tratamiento y derivar pacientes que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Médico Especialista de COSAM es responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico, indicar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS.

5.2. Responsable del monitoreo y evaluación:

- Médico de interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación el nivel secundario y terciario.
- Profesional encargado de interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones e informar al Director del Centro Comunitario de Salud Mental correspondiente.
- Director del Centro Comunitario de Salud Mental efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del Servicio de Salud Iquique para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y defina acciones de mejora.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PSQ-002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Septiembre 2011

Páginas: 3 de 6

Vigencia: 3 años

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT ATENCIONAL

6. DEFINICIONES

- Trastorno caracterizado por falta de atención, hiperactividad o impulsividad en forma persistente.
- El cuadro afecta el funcionamiento del niño/a en al menos 2 de sus ambientes de vida, por ejemplo, el ámbito escolar y/o familiar (incluye todos los cuadros descritos en DSM IV y CIE 10 en categorías correspondientes).
- Entre las complicaciones secundarias se encuentran: comportamiento asocial y la baja autoestima

6.1. CLASIFICACION

- Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los trastornos Hiperkinéticos integran el código F90, existiendo cuatro subcategorías de los trastornos de la actividad y la atención, que se presentan a continuación:

CLASIFICACIÓN CIE-10	CÓDIGO CIE-10
Trastorno de la Actividad y la Atención	F90.0
Trastorno hiperkinético disocial	F90.1
Otros Trastornos Hiperkinéticos	F90.8
Trastorno hiperkinético sin especificación	F90.9

6.2. SITUACIONES PARA PLANTEAR SOSPECHA DIAGNOSTICA A NIVEL DE APS:

- Niños que son llevados, por familiares o tutores a control de salud, a consulta de morbilidad o consulta de especialidad no psiquiátrica, en los que se detectan síntomas de trastorno hiperkinético.
- Niños referidos por el sistema escolar (Programa de Salud Escolar) por síntomas de probable trastorno hiperkinético.
- Niños atendidos en servicios de urgencia por accidentes recurrentes o probables maltrato asociados a hiperactividad, derivados a atención de salud mental en APS por probable trastorno hiperkinético.

6.3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- Inicio precoz, < 6 años.
- Más frecuente en género masculino.
- Comportamiento no acorde a lo esperado para la edad y el nivel intelectual del niño:
 - Déficit de Atención: interrupción prematura de tareas, cambios frecuentes de actividad, no termina lo que comienza, actividad desorganizada mal regulada y excesiva.
 - Hiperactividad: actividad excesiva, especialmente en situaciones que requieren de relativa calma, imposibilidad de permanecer sentado, verborrea, alboroto, saltos, carreras, gesticulaciones, comportamiento pobremente modulado.
 - Desinhibición en la relación social: carentes de la reserva y la precaución normales. Son importantes entre los demás niños y pueden quedar socialmente aislados.
 - Imprudencia e impulsividad, presentan a menudo. Falta de precaución en situaciones de peligro.
 - Quebrantamiento impulsivo de normas sociales. Propensos a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas.
 - Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes.



UNIDAD DE PLANIFICACION SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Septiembre 2011

Páginas: 4 de 5

Vigencia: 3 años

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT ATENCIONAL

7. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

7.1. Conducta a seguir por equipo de salud mental de APS:

- En caso de sospecha o confirmación diagnóstica, se debe realizar una intervención con enfoque integral – sistémico, que incluye una evaluación médica y un diagnóstico psicosocial, el equipo de APS deberá:
 - Solicitar informe escolar (conductual y de rendimiento académico).
 - Solicitar aplicación de Escala de Conner abreviada a padres y profesores.
 - Evaluación de antecedentes (o sospecha) de patologías psiquiátricas tales como trastornos de conductas, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos del aprendizaje (ante la sospecha de trastorno del aprendizaje solicitar evaluación psicopedagógica al sistema escolar)
- Ante la confirmación diagnóstica el médico APS deberá iniciar tratamiento con METILFENIDATO, de acuerdo a las indicaciones las “Orientaciones Técnicas: atención de adolescentes con problemas de salud mental” (Capítulo V).
- Criterios de Exclusión:
 - Niños y niñas con retardo mental severo.
 - Niños y niñas en que los síntomas sean secundarios a situaciones de maltrato infantil, abuso sexual y violación y otras situaciones psicosociales y familiares adversas graves como abandono y sicopatología parental severa. Estos deben ser derivados a los programas respectivos.

7.2. Derivación de pacientes desde APS de la Región de Tarapacá o Servicio de Corta Estadía Infanto-Adolescentes de Hospitales públicos del país a COSAM respectivo:

- Refractoriedad a tratamiento (mínimo 6 meses)
- Compromiso bio- psico-social severo.
- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Recordar que la referencia a atención secundaria deberá ocurrir una vez que se ha hecho el correspondiente estudio de caso y se ha realizado un programa de intervención específico a nivel de APS para el niño/a.

Por lo tanto corresponde derivar a un centro de nivel secundario, aquellos pacientes no han sido resueltas adecuadamente en APS, pese al plan efectuado.

7.3. Exámenes solicitados por médico de APS previo a la derivación y que debe presentar el paciente en COSAM al momento de su atención con el médico especialista:

- Se deben solicitar: Examen parasitológico seriado en deposiciones, Pruebas tiroideas (T4 libre y TSH, en caso exista disponibilidad).



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PSQ-002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Septiembre 2011

Páginas: 5 de 6

Vigencia: 3 años

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT ATENCIONAL

7.4. Documentos emitidos por el profesional tratante de APS:

- El profesional de APS deberá derivar mediante formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
 - Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
 - Anamnesis pertinente.
 - Examen físico si corresponde
 - Tratamientos, especificando tipo y tiempo de intervención, farmacoterapia.
 - Exámenes y resultados.
 - Hipótesis diagnóstica con enfoque bio-psico-social y según sistematización multiaxial CIE-10.
 - Nombre, rut, firma, timbre.

8. CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico especialista tratante a la APS.

- Se debe contrarreferir a:
 - Todo paciente que no cumpla con criterios diagnósticos o de derivación, señalando diagnóstico y recomendaciones de tratamiento en APS.
 - Asimismo, a todo paciente en que se confirme diagnóstico y se mantenga en control a nivel secundario para conocimiento del equipo de salud mental de APS.
- El médico especialista remitirá el formulario de Contrarreferencia señalando obligatoriamente los siguientes campos:
 - Datos personales del usuario: nombre completo, N° de rut, edad, fecha de nacimiento, fecha y hora de confección de documento.
 - Datos clínicos del usuario: diagnóstico multiaxial (CIE-10), fundamentos de diagnóstico.
 - Datos del tratamiento: sugerencias de tratamiento con criterio de intervención biopsicosocial, intervención farmacológica, psicoterapéutica y de trabajo social convenientes a aplicar.
 - Señalar si corresponde control de caso en actividad de consultoría.
 - Identificación completa de centro de referencia.
 - Nombre completo, N° Rut, timbre y firma.
- El encargado de Consultoría de nivel secundario debe realizar seguimiento semanalmente del cumplimiento de este protocolo, informando mensualmente en Consultarías y en Reuniones técnicas de Equipos.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-PSQ-002

Edición: Primera

Fecha: 7 de Septiembre 2011

Páginas: 6 de 6

Vigencia: 3 años

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT ATENCIONAL

9. INDICADORES

- **Numerador:** Nº de pacientes evaluados a nivel secundario en Centro Comunitario de Salud Mental que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo para TDAH.

Denominador: Nº total de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a Centro Comunitario de Salud Mental con diagnóstico de TDAH.

Nº de pacientes evaluados a nivel secundario en Centro Comunitario de Salud Mental que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo para TDAH.

Nº total de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a Centro Comunitario de Salud Mental con diagnóstico de TDAH.

10. DISTRIBUCIÓN

- Dirección SSI
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Unidad de Salud Mental, SSI
- Oficina de Calidad, SSI.
- Centros Comunitarios de Salud Mental, Región de Tarapacá
- Red de salud mental de la Región de Tarapacá.
- Red Atención Primaria Salud Región de Tarapacá.
- Dirección, HETG.
- Subdirección Médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG