



GOBIERNO DE  
**CHILE**

**PROTOCOLO**  
**REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**  
**TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**  
**2011-2014**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
<p>Dra. Marta Saldaña Peñaloza Médico Neurólogo Infantil Hospital Dr. Ernesto Torres G.</p> <p>Dr. Francisco Mahaluf Recabens. Médico EDF Posta Salud Rural, Colchane.</p>	<p>Mat. Yukiko Kuwahara Aballay. Referente Prog. Infantil y Adolescente Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dra. Lorena Salinas Fernández Encargada U. Planificación Servicio Salud Iquique.</p> <p>Dra. Javiera Sánchez Alfaro Encargada Calidad Servicio Salud Iquique.</p>	<p>Dra. Adriana Tapia Cifuentes. Directora Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Noviembre 2011	Fecha: Noviembre 2011	Fecha: Diciembre 2011



**UNIDAD DE PLANIFICACION  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – N.INF - 002

Edición: Primera

Fecha: 30 de Noviembre 2011

Páginas: 2 de 7

Vigencia: 3 años

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

**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 de neurología infantil 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 y derivación oportuna frente a pacientes con alteración del desarrollo psicomotor.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a 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), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

**4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA**

- *Tratado de pediatría, NELSON, 17 edición en español*
- *Manual CTO de pediatría*
- *Manual PUC de pediatría*
- *Apuntes tomados en capacitación de desarrollo psicomotor realizada por el Servicio de Salud de Iquique, el día 7 de Noviembre 2011.*

**5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.**

**5.1. Responsables de ejecución.**

- Médico APS es responsable realizar el diagnóstico, iniciar tratamiento y seguimiento según el tipo de alteración del Desarrollo Psicomotor (DSM).
- Médico APS es responsable de derivar a policlínico de Neurología del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, según los criterios de referencia señalados en este protocolo.
- Médico Especialista es responsable de confirmar el diagnóstico, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS.

**5.2. Responsable del monitoreo y evaluación:**

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación el nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones al y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al Jefe del CAE, HETG.



**UNIDAD DE PLANIFICACION  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – N.INF - 002

Edición: Primera

Fecha: 30 de Noviembre 2011

Páginas: 3 de 7

Vigencia: 3 años

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora

**6. DEFINICIONES**

- El desarrollo psicomotor o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC).
- La proliferación de las dendritas y la mielinización de los axones son los responsables fisiológicos de los progresos observados en el niño.
- La maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido cefalo-caudal y de proximal a distal.
- Si un niño nace antes de término, la maduración del cerebro continúa su progreso casi igual que en el útero. Es por esto que al prematuro menor de 36 semanas de edad gestacional se le "corrige" su edad, restándole a la edad cronológica aquellas semanas que le faltaron para llegar a término.
- Los niños prematuros se espera que alcancen el nivel de desarrollo psicomotor de los niños no prematuros al año de edad, lo que no siempre se observa en la práctica clínica. La importancia radica en diferenciar cada uno de los subgrupos de niños prematuros según su desarrollo psicomotor. Hay un grupo que se desarrolla según su edad cronológica, otro grupo de acuerdo a edad corregida y un tercer grupo que presenta alteraciones fuera de lo esperado para la edad corregida. Estos últimos son los que tienen riesgo de retraso DSM y en los cuales el médico debe mantener máxima atención para identificarlos y derivarlos prontamente.

**6.1. EVALUACION CLINICA**

- El desarrollo psicomotor se debe evaluar en todo niño cada vez que acude a supervisión de salud o control sano.
- Se recomienda registrar el progreso del niño, detallando los logros observados desde el último control.
- En la primera consulta se deben averiguar los antecedentes de la madre, el padre y hermanos; del embarazo y de las patologías perinatales que pudieran alterar el desarrollo.
- Las áreas a evaluar son: Motor grueso, motor fino, lenguaje y social.

**a. Principales hitos del desarrollo normal**

- **Recién nacido:** tono muscular y postura flexora, reflejos arcaicos presentes y simétricos, levanta la mejilla en posición prona
- **1 mes:** fija la mirada en el examinador y sigue a 90 grados, alerta al sonido, se sobresalta, vocaliza en suspensión ventral y mantiene cabeza a nivel del tronco.
- **2 meses:** sonríe en respuesta al examinador, vocaliza levanta cabeza por varios segundos en posición prona, mantiene manos empuñadas gran parte del tiempo y el pulgar aún incluido, se sobresalta con sonidos fuertes. A partir de este tiempo, la mayoría de los niños tiene control cefálico.
- **3 meses:** abre sus manos con pulgar excluido y las observa con atención, mantiene levantada la cabeza en prono, sigue objetos en plano vertical y horizontal, observa los rostros, afirma por segundos un objeto puesto en su mano, incorpora sonido de consonante "G" (agú) y vocalizan.



**UNIDAD DE PLANIFICACION  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – N.INF - 002

Edición: Primera

Fecha: 30 de Noviembre 2011

Páginas: 4 de 7

Vigencia: 3 años

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

- **4-5 meses:** se ríe fuerte, a carcajadas mantiene la cabeza firme al mantenerlo sentado, alcanza un objeto, lo coge con la palma y lo lleva a la boca, gira la cabeza en busca del sonido, sonrío espontáneamente.
- **6 meses:** es capaz de mantenerse sentado sin apoyo, levanta cabeza y tronco y se gira a supino, manotea objetos, los agarra y transfiere de una mano a la otra, balbucea y e inicia el silabeo (ta,ma, pa), atienden al nombre.
- **7-8 meses:** debe mantenerse sentarse solo, apoyando sus manos adelante (trípode) apoya su peso en los pies y flexa sus piernas con energía golpea fuertemente objetos contra la mesa, los lleva a la boca se gira de supino a prono, estira los brazos para ser tomado.
- **9-10 meses:** se sienta solo por largo rato, sin ningún apoyo, se pone de pie afirmado de muebles, hace adiós con la mano, aplaude, como con los dedos, desconoce a extraños, dice "papa" o "mama", busca el objeto caído (permanencia del objeto). Inicia gatear (esto último entre 9 a 12 meses).
- **11-12 meses:** camina solo o de una mano (12 meses), usa pinza fina índice pulgar perfectamente, dice 1-3 palabras con significado, gatea bien, comprende órdenes simples.
- **13-15 meses:** camina sin apoyo (hasta los 15 meses), se agacha en cuclillas, dice varias palabras (mucho jerigonza), hace rayas con un lápiz, apunta con el índice para pedir lo que necesita.
- **18 meses:** sube las escaleras gateando con ayuda, se sube a una silla, ayuda a desvestirse, comienza a comer solo, tira una pelota, apunta a 3 partes de su cuerpo, pide cosas por el nombre, dice varias palabras en forma incorrecta, trepan.
- **24 meses:** sube y baja escaleras de pie solo (ambos pies en un peldaño), corre e intenta saltar con los dos pies juntos, se comunica diciendo dos o tres palabras formando frases simples hace torre de 6 cubos, pateo una pelota, dice su nombre.

**b. Reflejos arcaicos:**

REFLEJO ARCAICO	EDAD APARICION	EDAD DESAPARICION
MORO	RN	4 a 6 meses
MARCHA AUTOMATICA	RN	2 a 3 meses
PRENSION PALMAR	RN	3 meses
PRENSION PLANTAR	RN	9 a 10 meses
TONICO-NUCAL	RN	4 a 6 meses
BUSQUEDA	RN	3 meses

REACCIONES DE MADURACION	EDAD APARICION	EDAD DESAPARICION
PARACAIDAS VERTICAL	8 a 10 meses	persiste
PARACAIDAS HORIZONTAL	2 meses	Persiste



**UNIDAD DE PLANIFICACION  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – N.INF - 002

Edición: Primera

Fecha: 30 de Noviembre 2011

Páginas: 5 de 7

Vigencia: 3 años

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

**c. Evaluación del tono, postura y reflejos osteotendíneos:**

- Existe una hipertonía fisiológica entre los 2 y 8 meses.
- La presencia de hipertonía antes de los 2 meses es anormal.

NIÑO	TONO	REFLEJOS ARCAICOS
< 3 meses	Hipertonía N (difícil de producir)	Presentes
> 4 meses	NN	Ausentes
Parálisis cerebral	Hipertonía aumentados	Persistentes

**a. Signos de alarma de alteración del desarrollo psicomotor**

- No hace contacto visual a los 2-3 meses
- No afirma la cabeza o no excluye el pulgar a los 3 meses
- No se sienta sin apoyo o no pasa objetos de una mano a otra –no cruza la línea media- a los 6-7 meses
- No gatea a los 10-11 meses
- No hace pinzas a los 11 meses
- Camina afirmado de dos manos al año
- No camina solo al año 3 meses
- No dice 6 palabras con sentido a los 18 meses
- No existe “explosión del lenguaje” o se refiere a si mismo en tercera persona a los 36 meses

**7. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

**7.1. Conducta a desarrollar por médico APS:**

- Evaluación clínica completa.

**7.2. Derivación de pacientes desde APS a Policlínico de Neurología Infantil del Consultorio de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Ante la identificación de paciente prematuro que no mantenga sus controles en el nivel secundario, debe ser derivado inmediatamente.
- Cualquier anomalía con respecto a los tiempos de aparición de los hitos del desarrollo.
- Cualquier anomalía con respecto a los tiempos de aparición
- Ausencia de reflejos arcaicos en el primer mes de vida
- Cualquier anomalía con respecto a los tiempos y características del tono muscular, la postura y los reflejos osteotendíneos.
- Presencia de dismorfias.

**7.3. Exámenes solicitados por profesional APS previo a derivación:**

- No se requiere.
- Adjuntar pautas de evaluación si corresponde, de haber sido aplicadas por profesional capacitado. (EEDP, TEPSI).

**7.4. Documentos emitidos por médico tratante de APS**

- El médico de APS deberá derivar con 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.



**UNIDAD DE PLANIFICACION  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – N.INF - 002

Edición: Primera

Fecha: 30 de Noviembre 2011

Páginas: 6 de 7

Vigencia: 3 años

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

- Anamnesis completa: antecedentes perinatales, antecedentes familiares, fármacos, etc.
- Hallazgos del examen físico detallado.
- Hipótesis diagnóstica
- Tratamientos administrados o previos.
- Exámenes y resultados (indicar fechas).
- Nombre, rut, firma, timbre del profesional.

**7.5. Criterios de priorización para atención en Policlínico de Neurología Infantil:**

- Ante sospecha de genopatía.
- Ante sospecha de organicidad.
- Síndrome hipotónico o hipertónico.
- Cualquier alteración en desarrollo psicomotor esfera social, motor grueso, motor fino o lenguaje.
- Será atendido entre 0 a 60 días según la disponibilidad de horario.

**7.6 Conducta a realizar médico en Policlínico de Neurología Infantil:**

- Evaluación clínica completa.
- Exámenes complementarios
- Trabajo multidisciplinario y derivación a otras especialidades según se requiera.
- Contrarreferencia.

**8. CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico especialista de atención secundaria.**

- Una vez que se confirme un diagnóstico se mantendrá en control en el nivel secundario.
- El médico especialista deberá enviar el formulario oficial de contrarreferencia, señalando: diagnóstico definitivo, indicaciones, tratamiento indicado, controles en nivel primario y/o secundario, según corresponda.
- Siempre señalando nombre, rut, timbre y firma

**9. INDICADOR**

- **Numerador:** Nº de pacientes con diagnóstico alteración del desarrollo psicomotor tratados y contrarreferidos desde el Policlínico de Neurología Infantil a médico APS, que cumplen criterios derivación establecidos en este protocolo de RYCR.
- **Denominador:** Nº de pacientes referidos desde médico APS hacia Policlínico de Neurología Infantil por alteración del Desarrollo psicomotor en estudio, que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RYCR.

Nº de pacientes con diagnóstico alteración del desarrollo psicomotor tratados y contrarreferidos desde el Policlínico de Neurología Infantil a médico APS, que cumplen criterios derivación establecidos en este protocolo de RYCR.

Nº de pacientes referidos desde médico APS hacia Policlínico de Neurología Infantil por alteración del Desarrollo psicomotor



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
UNIDAD DE PLANIFICACION**

**Código: RCR – DER-001**

**Edición: primera**

**Fecha: 24 de Agosto 2011**

**Páginas: 7 de 7**

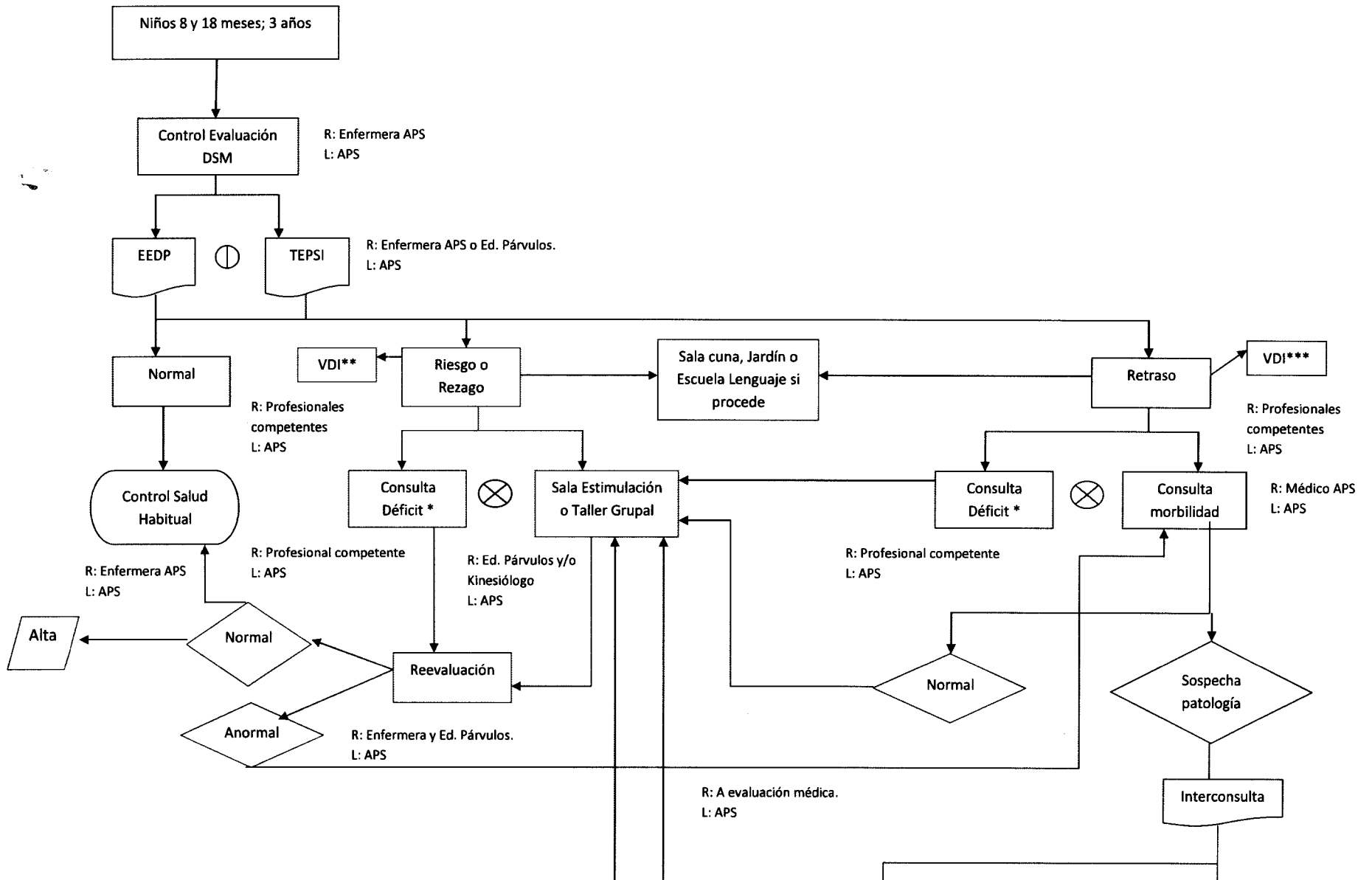
**Vigencia: 3 años**

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

**10. DISTRIBUCIÓN**

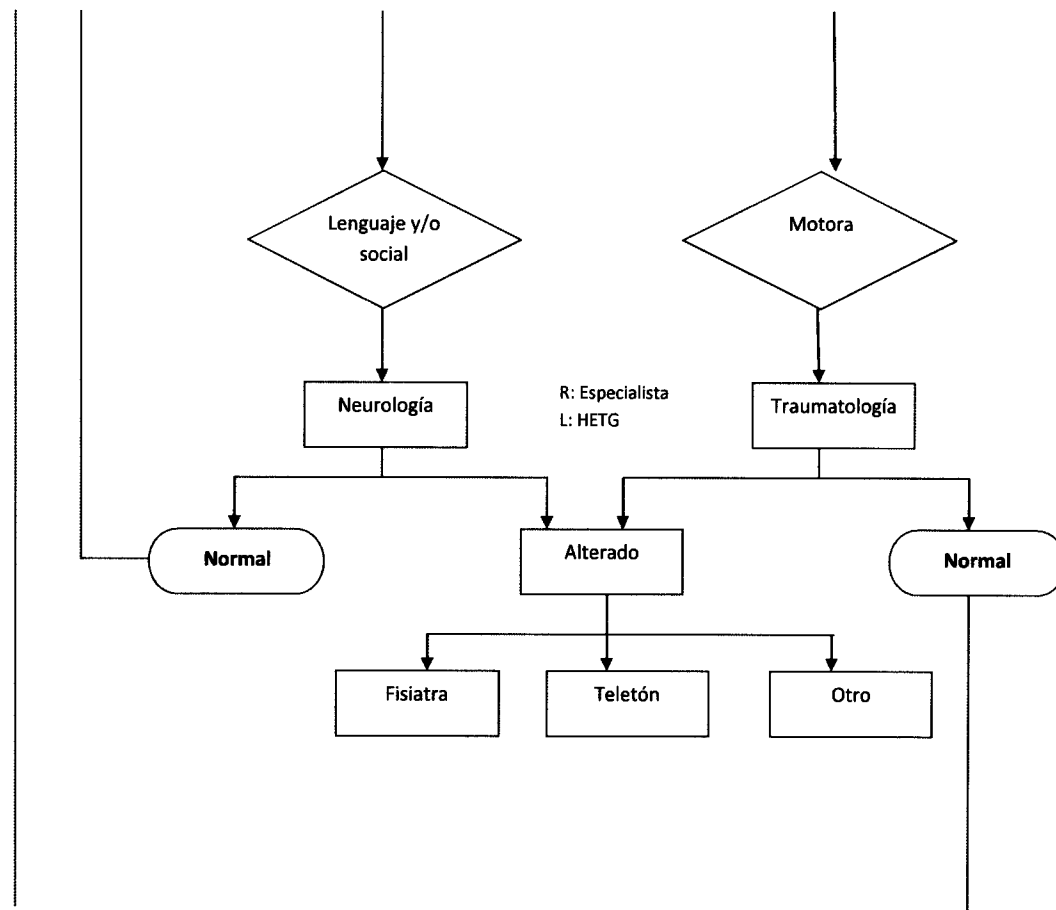
- Dirección Servicio de Salud Iquique
- Dirección del HETG
- Subdirección médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- Consultorio Adosado a Especialidades (CAE), HETG
- Policlínico Pediatría, CAE.
- Policlínico de Neurología Infantil, CAE.
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Unidad de Calidad, SSI.
- Red de Atención Primaria de Salud de la Región de Tarapacá.

EVALUACIÓN DESARROLLO PSICOMOTOR.





Contra referencia APS

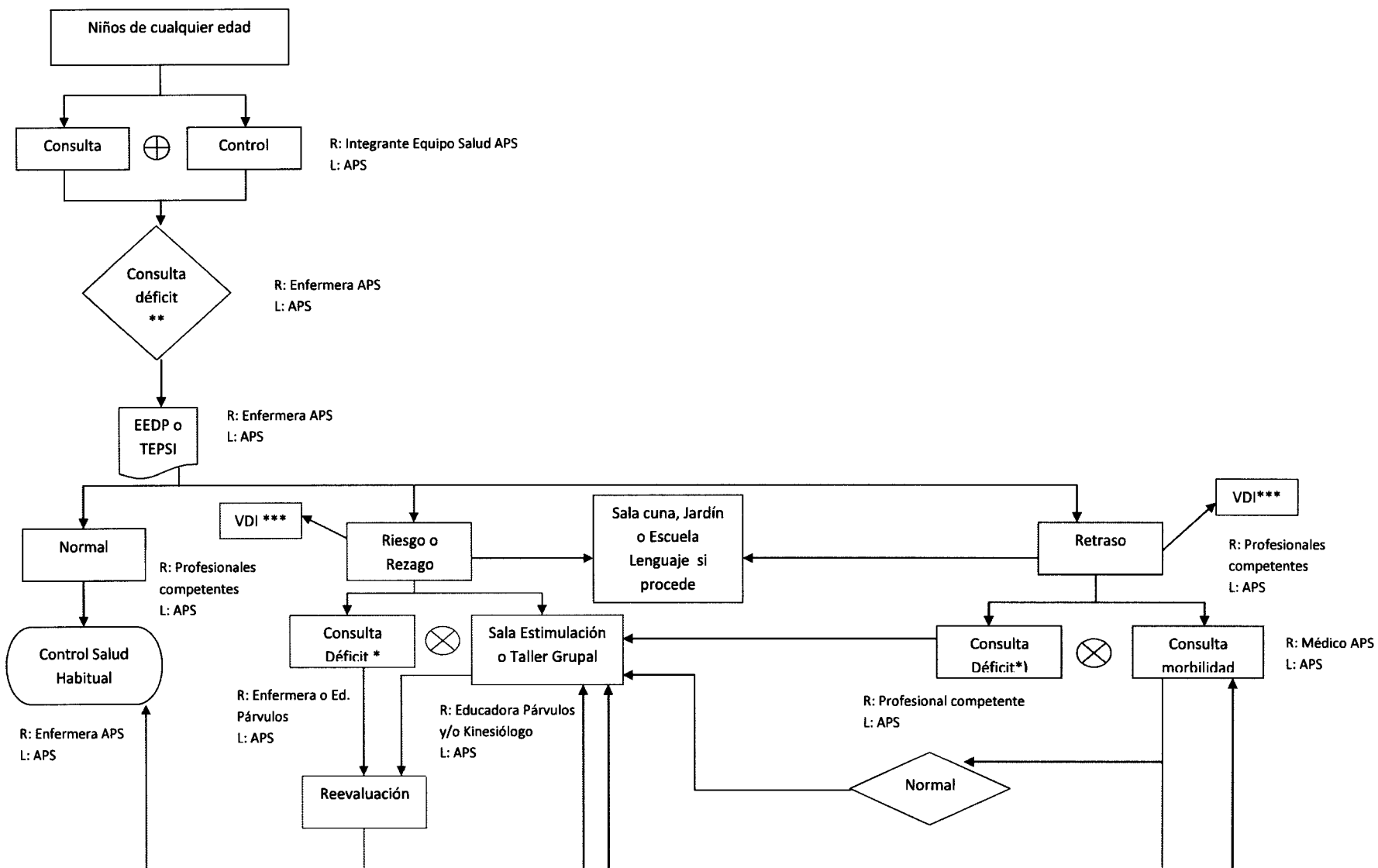


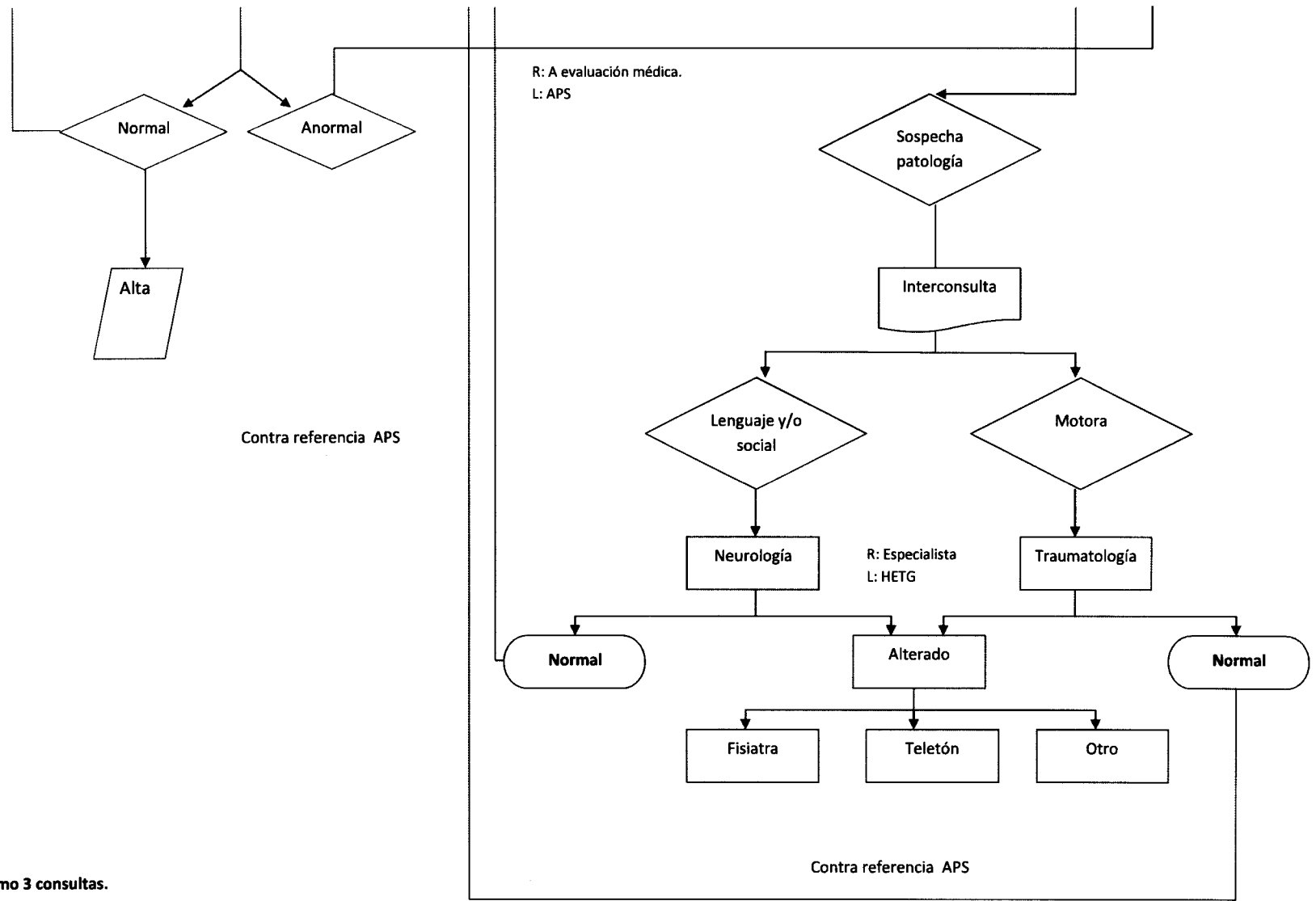
Contra referencia APS

\*= Período hasta 3 meses. Mínimo 3 consultas.

\*\*= Visita domiciliaria integral, durante periodo seguimiento.

**SOSPECHA RIESGO DESARROLLO PSICOMOTOR.**





\*= Período hasta 3 meses. Mínimo 3 consultas.

\*\*= Pauta Breve: si es anormal, se aplica instrumento adecuado a la edad (EEDP-TEPSI)

\*\*\*= Visita domiciliaria integral, durante periodo seguimiento.