


| | | |
|---|---|---|
|  | SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA | Cód: PRO-RCR-33 |
| | SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL | Versión : 01 |
| | PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE TRASTORNO BIPOLAR | F. Emisión : 29/09/11 F. Revisión : 29/09/13 Página 1 de 13 |

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE NEUROPSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
2011-2013

| Elaborado por | Revisado por | Autorizado por |
|--|---|---------------------------|
| Dr. Mauricio Fernández Ps. Eduardo Barral | Dr. Francisco Armijo Dra. Sandra Lanza | Dra. Margarita Estefan S. |
| Firma: | Firma: | Firma: |
| Fecha: 01/09/2011 | Fecha: 29/09/11 | Fecha: 29/09/11 |



Introducción

Las políticas actuales de salud buscan transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente además de proporcionar una atención al usuario de máxima calidad. Un énfasis especial se ha puesto por parte de las últimas políticas de estado, en relación al trabajo en red en el ámbito de salud, siendo este aspecto uno de los temas centrales en el actual proceso de acreditación.

Esto último, junto a las demandas crecientes de atención médica, la necesidad de incrementar la calidad de la atención ofrecida al usuario y el crecimiento y complejización de la red de infancia en la región, han instalado el tema de la “referencia y contrareferencia” como un elemento central en relación a la eficacia, celeridad y precisión de los servicios brindados a la comunidad.

Este instrumento representa una serie de lineamientos elaborados por profesionales de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, surgidos de la enriquecedora experiencia del trabajo conjunto con la atención primaria.

1. Objetivo general

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”.

2. Objetivos específicos

- 2.1. Mejorar la accesibilidad y continuidad a la atención dispensada desde un nivel primario hasta un nivel secundario y terciario y viceversa.
- 2.2. Determinar las condiciones y operatividad de los mecanismos de transferencia de pacientes.
- 2.3. Promover la prestación médico asistencial adecuada al usuario, en el nivel de atención de acuerdo con sus necesidades de salud con la debida oportunidad, eficiencia y eficacia.
- 2.4. Optimizar tiempos de espera.
- 2.5. Generar mecanismos de seguimiento del paciente.
- 2.6. Promover un trabajo en red con criterios uniformes de diagnóstico y atención.

3. Alcance

El alcance de este documento se asocia al proceso de referencia y contrarreferencia entre Hospital Dr. Gustavo Fricke y los dispositivos de atención primaria de la comuna.

4. Documentos Aplicables

- Documento de referencia y contra-referencia (interconsulta). Completar los datos es responsabilidad del médico quien **debe** escribir con letra legible.

- **Requerimientos de la Interconsulta de Referencia**
 - Datos de identificación del paciente completos.
 - Diagnóstico.
 - Motivo de derivación.
 - Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.
 - Nombre y timbre del médico.

5. Definiciones

- **Referencia:** Se entiende como la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive 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 respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada.
- **Contrarreferencia:** se entiende como 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. También se interpreta como referencia, cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel, en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología, o cuando se busca descongestionar los niveles de alta complejidad, sobre todo cuando se le vincula con los costos de atención dispensada.
- **Remisión de pacientes:** procedimiento por el cual se transfiere la atención de la salud de un usuario a otro profesional o establecimiento, con la consiguiente transferencia de responsabilidades sobre el cuidado del mismo.
- **Cadena de Transferencia:** se refiere a la sucesión de profesionales o instituciones por la que pasa un paciente, al recorrer diversos y distintos establecimientos en búsqueda de que le sean satisfechas sus necesidades médicas.
- **Tiempo de Espera:** el tiempo que se sucede, desde que el paciente llega a la consulta, para la cual fue citado, una vez cumplidos los requisitos exigidos, para ser atendido por el personal correspondiente (asignado).
- **Lista de Espera:** cuando el paciente solicita servicios que se le ofertan y estos no se le pueden brindar oportunamente en el momento que lo solicitó, para lo cual se le inscribe en un documento (lista) y se le cita para su atención, en lugar, fecha y hora, previo su consentimiento y aceptación.

- Cita: procedimiento administrativo-asistencial que se establece cuando el establecimiento, servicio o consulta otorga al usuario una fecha y hora para ser atendido y asistido.
- Capacidad resolutive: grado de respuesta satisfactoria que las unidades prestadoras y productoras de servicio le brindan al usuario una asistencia oportuna y de calidad, para resolver sus necesidades y expectativas percibidas.

6. Responsable

- 6.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- 6.2. Director de Hospital Dr. Gustavo Fricke
- 6.3. Médico Jefe CAE
- 6.4. Médico Atención Primaria de Salud
- 6.5. Médico Jefe del Servicio correspondiente
- 6.6. Médicos de Servicios de Urgencia APS y Hospitalaria

7. Fundamento:

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 resolutive de los establecimientos, de forma que ambas estrategias – referencia y contrareferencia - resulten relevantes.

El sistema, modelo o estrategia, permite el flujo y contraflujo de pacientes, de exámenes y hasta de personal de apoyo, siempre que se corresponda y se fortalezca la cooperación y comunicación entre los establecimiento y sus niveles de atención. Lo que permite a su vez la generación de conocimientos, el intercambio de experiencias, recursos, tecnologías y racionalización de los recursos en función del paciente, lo que bien podría instrumentarse e institucionalizarse como un Sistema Gestionado de Salud o como una Gestión Compartida entre los establecimientos que conforman la red médico asistencial

Requisitos para el funcionamiento:

- Establecer normas y procedimientos (manual) que faciliten el uso adecuado de las estrategias de referencia-contrarreferencia.
- Diseño, elaboración y uso obligatorio de formatos tanto para la referencia, como la contrarreferencia, que aseguren la continuidad asistencial.
- Oportuna información y comunicación entre los establecimientos que conforman la Red, coordinando los recursos asistenciales (oferta) de acuerdo a la demanda y necesidades de la población
- Evaluación permanente del funcionamiento del Sistema.
- Acogerse a las normas y respetar los criterios de Urgencia, Emergencia e interconsultas.
- Considerar y respetar los criterios sociales y culturales del paciente y justificar la remisión, siempre y cuando se ajuste a sus condiciones patológicas.
- Control y evaluación de los responsables operativos del sistema, en cuanto a las condiciones que obligan a la referencia del paciente.
- Mantener un listado de las patologías que se deben referir, distribuidos según los recursos disponibles de cada nivel de atención.
- Optimizar los recursos para ajustarse a las exigencias del paciente de acuerdo a sus necesidades de salud.
- Contar con recursos financieros necesarios para su funcionamiento, de acuerdo al tipo y cantidad de servicios que se ofertan.

Los Lineamientos para la Referencia y Contra referencia de Pacientes constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes instancias de salud pública involucradas, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a la población mediante una atención integral, oportuna y la optimización de los recursos existentes.

El presente documento permite incidir directamente en los problemas más comunes del sistema de referencia y contra referencia de pacientes, tales como:

- Falta de oportunidad en la Atención
- Duplicidad de Recursos y Esfuerzos
- Incremento de los costos de atención
- Interrupción de tratamientos
- Desplazamiento innecesario de pacientes

El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población



MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota
Int. N° 337 de 05.10.2011

RESOLUCIÓN EXENTA N° 5106

VIÑA DEL MAR, 13 OCT. 2011

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

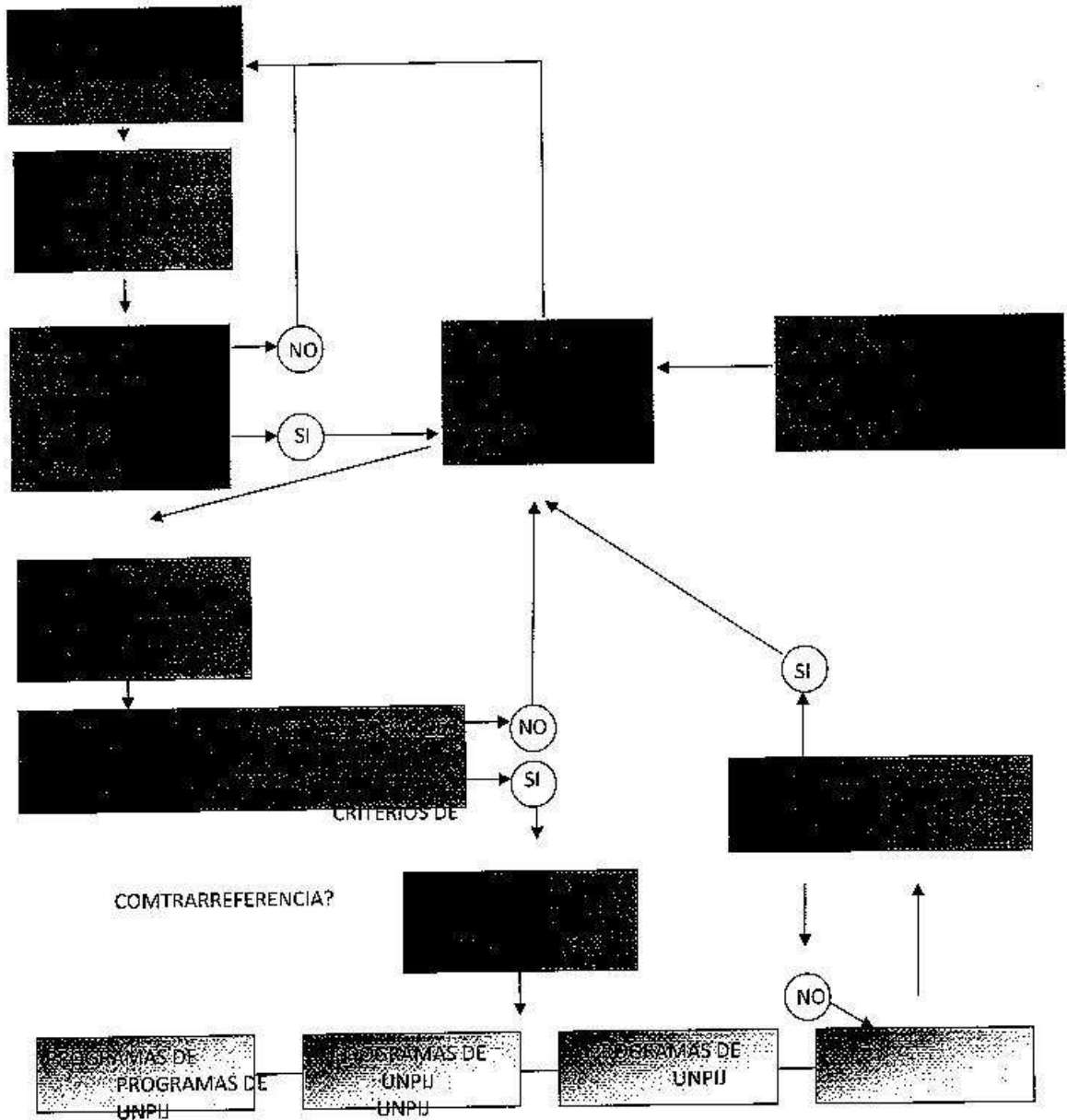
1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al mejoramiento de la capacidad resolutoria de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.



BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

- BENBENASTE, Verónica. Intercambio de derivaciones e información en la red infanto-juvenil de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Hologramática. 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
Visitado en Julio de 2011.
- GARCIA SERVEN, José R.-Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Disponible en World Wide web: <http://garciaserven.blogspot.com/2006/10/sistema-de-referenciaycontrarreferencia.htm>
Visitado en Julio de 2011.
- Protocolo de referencia y contrarreferencia en psiquiatría infanto juvenil, del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Disponible en World Wide web: <http://www.ssmso.cl/protocolos/psiquiatria.pdf>
Visitado en Julio de 2011

Flujograma 2: Flujograma complejo, incluyendo interconsultas desde otras unidades del Hospital Gustavo Fricke y los consultorios de atención primaria.



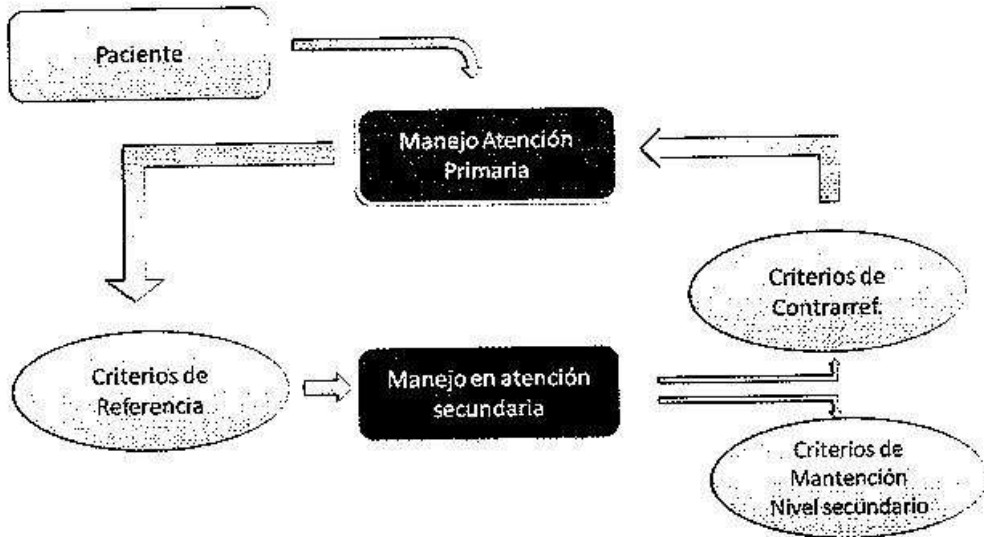
| | | | |
|----|--|--|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

| FECHA | CORRECCION | PUBLICADO | N° DOCUMENTO |
|-------|------------|-----------|--------------|
|-------|------------|-----------|--------------|

- De no haber hora para ingreso, paciente ingresa a lista de espera.

Flujograma 1: Flujograma simplificado en relación a la referencia y contrarreferencia desde y hacia atención primaria



⊙ **Referencia:**

- Toda situación que no cumpla con criterios de judicialización y que se encuentre asociada en su origen o consecuencia a alguna patología de salud mental, rigiéndose el ingreso y contrarreferencia, a los criterios previstos para esta.

10.9 Trastornos de la conducta alimentaria:

⊙ **Referencia:**

- Niños, niñas o adolescentes hasta 18 años que presentan Anorexia nerviosa o Bulimia y que como consecuencia del TCA evidencian una pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- Existencias de conductas compensatorias inapropiadas que se presentan de manera repetida con el fin de no ganar peso, como vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos, enemas u otros, fármacos, ayuno y ejercicio excesivo y que tiene una duración superior a los tres meses

⊙ **Contrarreferencia:**

10. Flujograma

- ⊙ Todos los casos derivados a nivel secundario, deben ser evaluados previamente por el equipo de salud mental de cada consultorio, quienes estimarán la pertinencia de la derivación a atención secundaria.
- ⊙ Una vez que los casos sean evaluados por los equipos de salud mental de cada consultorio, los que lo ameriten, serán revisados en la instancia mensual de consultoría, donde se decidirá en conjunto la derivación a atención secundaria.
- ⊙ En aquellos casos donde se requiera una atención de urgencia, de manera paralela a la ejecución del proceso formal de derivación (interconsulta) en la consultoría mensual, el equipo consultor se encargará de brindar una hora de atención de manera pertinente a la urgencia.
- ⊙ Sin perjuicio de lo anterior, la mantención de consultores estables para cada consultorio, tiene como objetivo también que exista la posibilidad de coordinación constante entre la atención primaria y secundaria, por lo tanto ante cualquier emergencia o duda, existe siempre la posibilidad de coordinación mediante mail o teléfono.
- ⊙ Una vez ingresada la interconsulta vía SOME, es auditada por encargado.
- ⊙ Se coordina con información entregada por consultor de consultorio correspondiente y se asigna dupla para ingreso.

10.5 Trastornos del ánimo

⊙ Referencia:

- Todo trastorno del ánimo depresivo severo en menores de 15 años.
- Todo trastorno del ánimo bipolar o ciclotimia.
- En mayores de 15 años: trastorno del ánimo depresivo severo o refractario a tratamiento según normas GES.

⊙ Contrarreferencia:

- Trastornos de adaptación con síntomas anímicos.
- En mayores de 15 años: trastornos del ánimo leves y moderados o pseudorefractarios a tratamiento, según normas GES

10.6 Trastorno Generalizado del Desarrollo

⊙ Referencia:

- Cualquier trastorno generalizado del desarrollo

⊙ Contrarreferencia:

- Se realiza a otras instancias de atención especializada.

10.7 Conducta e ideación suicida

⊙ Referencia a Atención Secundaria:

- Todo intento de suicidio que no cumpla con los criterios hospitalización.
- En caso de ideación, evaluar según criterios de patología a la base.

⊙ Criterios de Referencia a Hospitalización:

- Método de gran letalidad.
- Uso de varios métodos simultáneos.
- Intentos repetidos de suicidio.
- Ideación suicida persistente.
- Intento de suicidio planificado.
- Trastorno psiquiátrico severo.
- Violencia familiar.
- Incapacidad de protección parental.
- Psicopatología severa de los padres.

10.8 Maltrato:

La Red de Servicios debe ofrecer lo que la Ley establece como sus derechos, en términos de calidad, oportunidad y eficiencia. Para que estas características del servicio de salud se den, depende entre otras muchas cosas, del adecuado tránsito de los usuarios a través de la Red de salud, y para ello se requiere de un Régimen de Referencia y Contrarreferencia, que sea susceptible de vigilancia y control en forma eficiente y efectiva, con relaciones entre los intermediarios de la red de carácter formal, o dicho de otro modo, claramente establecidas y adoptadas por los organismos competentes.

8. Prioridad de la derivación:

Prioridad 1: Trastorno psiquiátrico Severo, Conducta e ideación Suicida.

Prioridad 2: Trastornos Hipercinéticos, Trastornos del Comportamiento, trastornos del ánimo, Trastorno generalizado del Desarrollo, Trastornos de la conducta alimentaria.

Prioridad 3: Maltrato, Trastornos de ansiedad.

9. Referencia y contrarreferencia

10.1 Trastornos Psiquiátricos Severos:

⊙ Referencia:

- Sospecha de primer brote de Esquizofrenia
- Otros trastornos con sintomatología Psicótica.
- Deterioro severo del funcionamiento del niño-adolescente en al menos dos contextos vitales, que aparezca de manera secundaria o como consecuencia de la patología psiquiátrica. Aplicación de escala de evaluación de actividad global. (50 o menos puntos)
- Descontrol de impulso severo.

⊙ Contrarreferencia:

- Estabilización de sintomatología aguda y mejora significativa y estable del nivel de adaptación global.

10.2 Trastornos Hipercinéticos

⊙ Referencia:

10.4 Trastornos de Ansiedad

⊙ Referencia:

- Fobia escolar refractaria a tratamiento durante 6 meses.
- Fobia social refractaria a tratamiento psicológico durante 6 meses.
- Trastorno de ansiedad generalizada refractario a tratamiento psicológico durante 6 meses.
- Todo trastorno obsesivo compulsivo.
- Todo trastorno de estrés postraumático.

⊙ Contrarreferencia:

- Remisión o estabilización de los síntomas, según corresponda en relación al plan de tratamiento individual correspondiente.

Visitado en Julio de 2011.

- GARCIA SERVEN, José R.-Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Disponible en World Wide web: <http://garciaserven.blogspot.com/2006/10/sistema-de-referenciaycontrarreferencia.htm>
Visitado en Julio de 2011.

- Protocolo de referencia y contrarreferencia en psiquiatría infanto juvenil, del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Disponible en World Wide web: <http://www.ssmso.cl/protocolos/psiquiatria.pdf>
Visitado en Julio de 2011

3. **ESTABLÉCESE**, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFIQUESE,



**DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN
SAGUA
DIRECTORA
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

DRA. EMES/DR. FPG/DRA. RGD/RSM/ACP/acp

DISTRIBUCION:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.



**TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE
S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

11. Indicadores de calidad

- 1.- 100% de casos derivados de atención primaria revisados en consultoría de manera previa al ingreso en la UNIPJ.
- 2.- 100% de interconsultas incompletas o con incumplimiento de requerimientos formales, devueltas a SOME.

PAUTA DE COTEJO

| ITEMS A EVALUAR | SI | NO | % Cumplimiento |
|-----------------|----|----|-------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

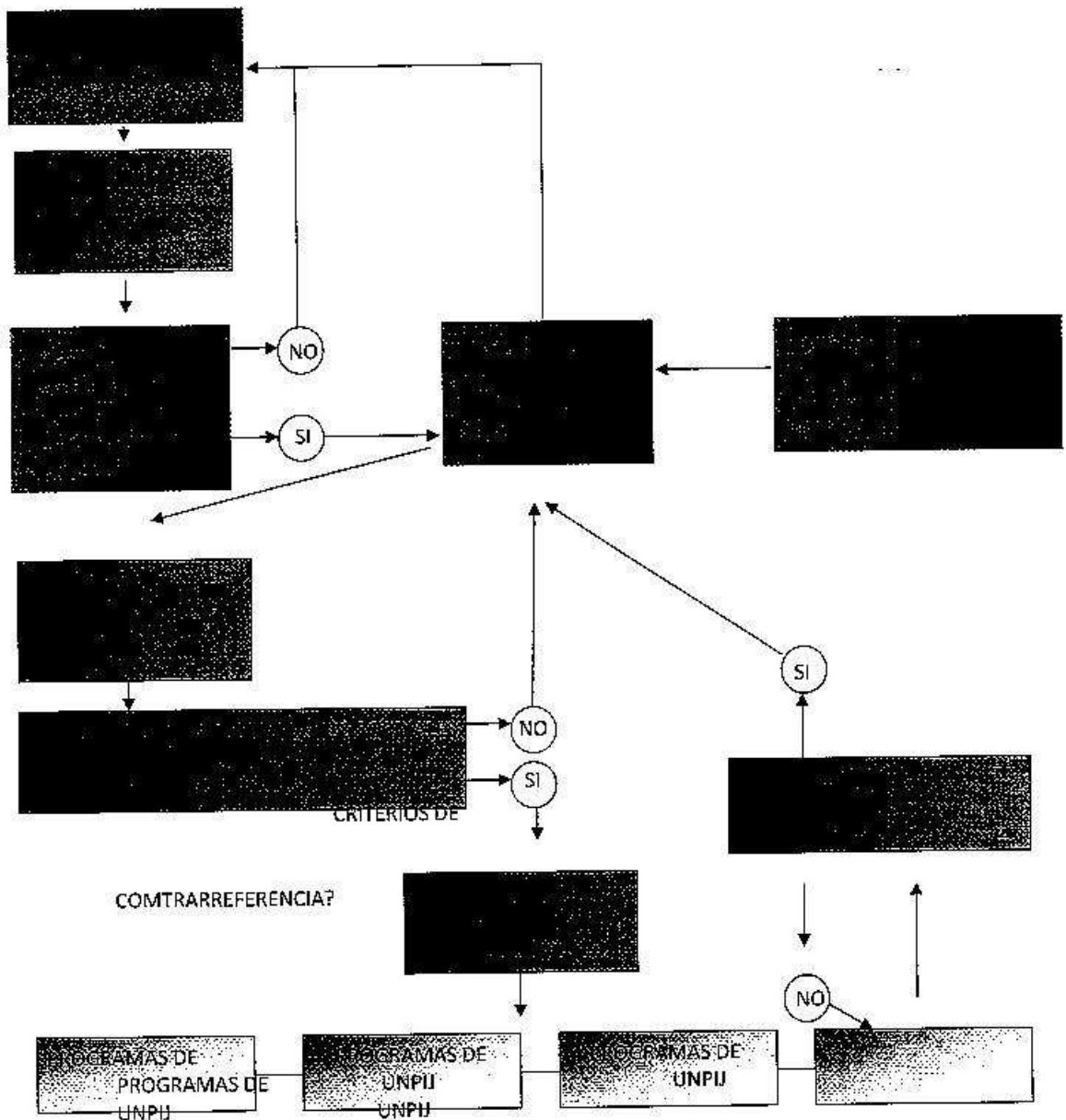
| FECHA | CORRECCION | PUBLICADO | N° DOCUMENTO |
|-------|------------|-----------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

- BENBENASTE, Verónica. Intercambio de derivaciones e información en la red infanto-juvenil de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Hologramática. 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/ustr/3/517/n7_vol3pp33_55.pdf

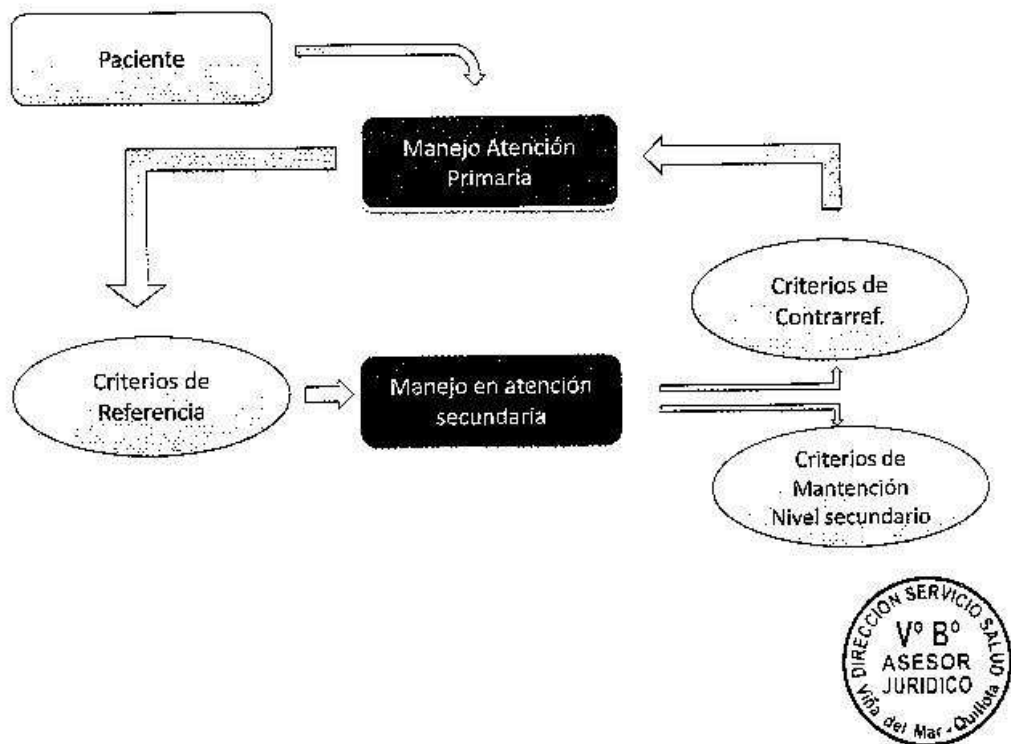


Flujograma 2: Flujograma complejo, incluyendo interconsultas desde otras unidades del Hospital Gustavo Fricke y los consultorios de atención primaria.



- Se coordina con información entregada por consultor de consultorio correspondiente y se asigna dupla para ingreso.
- De no haber hora para ingreso, paciente ingresa a lista de espera.

Flujograma 1: Flujograma simplificado en relación a la referencia y contrarreferencia desde y hacia atención primaria



- Incapacidad de protección parental.
- Psicopatología severa de los padres.

10.8 Maltrato:

☉ Referencia:

- Toda situación que no cumpla con criterios de judicialización y que se encuentre asociada en su origen o consecuencia a alguna patología de salud mental, rigiéndose el ingreso y contrarreferencia, a los criterios previstos para esta.

10.9 Trastornos de la conducta alimentaria:

☉ Referencia:

- Niños, niñas o adolescentes hasta 18 años que presentan Anorexia nerviosa o Bulimia y que como consecuencia del TCA evidencian una pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- Existencias de conductas compensatorias inapropiadas que se presentan de manera repetida con el fin de no ganar peso, como vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos, enemas u otros, fármacos, ayuno y ejercicio excesivo y que tiene una duración superior a los tres meses

☉ Contrarreferencia:

10. Flujograma

- ☉ Todos los casos derivados a nivel secundario, deben ser evaluados previamente por el equipo de salud mental de cada consultorio, quienes estimarán la pertinencia de la derivación a atención secundaria.
- ☉ Una vez que los casos sean evaluados por los equipos de salud mental de cada consultorio, los que lo ameriten, serán revisados en la instancia mensual de consultoría, donde se decidirá en conjunto la derivación a atención secundaria.
- ☉ En aquellos casos donde se requiera una atención de urgencia, de manera paralela a la ejecución del proceso formal de derivación (interconsulta) en la consultoría mensual, el equipo consultor se encargará de brindar una hora de atención de manera pertinente a la urgencia.
- ☉ Sin perjuicio de lo anterior, la mantención de consultores estables para cada consultorio, tiene como objetivo también que exista la posibilidad de coordinación constante entre la atención primaria y secundaria, por lo tanto ante cualquier emergencia o duda, existe siempre la posibilidad de coordinación mediante mail o teléfono.
- ☉ Una vez ingresada la interconsulta vía SOME, es auditada por encargado.



- Todo trastorno obsesivo compulsivo.
- Todo trastorno de estrés postraumático.

⊙ **Contrarreferencia:**

- Remisión o estabilización de los síntomas, según corresponda en relación al plan de tratamiento individual, en casos que requieran de seguimiento y control de variables psicosociales en atención primaria.

10.5 Trastornos del ánimo

⊙ **Referencia:**

- Todo trastorno del ánimo depresivo severo en menores de 15 años.
- Todo trastorno del ánimo bipolar o ciclotimia.
- En mayores de 15 años: trastorno del ánimo depresivo severo o refractario a tratamiento según normas GES.

⊙ **Contrarreferencia:**

- Trastornos de adaptación con síntomas anímicos.
- En mayores de 15 años: trastornos del ánimo leves y moderados o pseudorefractarios a tratamiento, según normas GES

10.6 Trastorno Generalizado del Desarrollo

⊙ **Referencia:**

- Cualquier trastorno generalizado del desarrollo

⊙ **Contrarreferencia:**

- Se realiza a otras instancias de atención especializada.

10.7 Conducta e ideación suicida

⊙ **Referencia a Atención Secundaria:**

- Todo intento de suicidio que no cumpla con los criterios hospitalización.
- En caso de ideación, evaluar según criterios de patología a la base.

⊙ **Criterios de Referencia a Hospitalización:**

- Método de gran letalidad.
- Uso de varios métodos simultáneos.
- Intentos repetidos de suicidio.
- Ideación suicida persistente.
- Intento de suicidio planificado.
- Trastorno psiquiátrico severo.
- Violencia familiar.



- Deterioro severo del funcionamiento del niño-adolescente en al menos dos contextos vitales, que aparezca de manera secundaria o como consecuencia de la patología psiquiátrica. Aplicación de escala de evaluación de actividad global. (50 o menos puntos)
- Descontrol de impulso severo.

⊙ **Contrareferencia:**

- Estabilización de sintomatología aguda y mejora significativa y estable del nivel de adaptación global.

10.2 Trastornos Hipercinéticos

⊙ **Referencia:**

a) Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos:

- Trastorno disocial.
- Trastorno del ánimo depresivo.
- Trastorno de ansiedad.

b) Refractariedad a tratamiento con metilfenidato o anfetaminas, mínimo durante 3 meses cada uno.

⊙ **Contrarreferencia:**

- Comorbilidad tratada.
- Pseudorefractariedad a tratamiento con fármacos mencionados.

10.3 Trastornos del Comportamiento.

⊙ **Referencia:**

a) Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

- Trastorno del ánimo depresivo.
- Trastorno de ansiedad.

b) Refractariedad al tratamiento (Tiempo)

c) Familia multiproblemática.

⊙ **Contrarreferencia:**

a) Comorbilidad tratada.

b) Nivel de funcionamiento individual//Familiar ajustado en relación a objetivos del tratamiento.

10.4 Trastornos de Ansiedad

⊙ **Referencia:**

- Fobia escolar refractaria a tratamiento durante 6 meses.
- Fobia social refractaria a tratamiento psicológico durante 6 meses.
- Trastorno de ansiedad generalizada refractario a tratamiento psicológico durante 6 meses.



- Contar con recursos financieros necesarios para su funcionamiento, de acuerdo al tipo y cantidad de servicios que se ofertan.

Los Lineamientos para la Referencia y Contra referencia de Pacientes constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes instancias de salud pública involucradas, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a la población mediante una atención integral, oportuna y la optimización de los recursos existentes.

El presente documento permite incidir directamente en los problemas más comunes del sistema de referencia y contra referencia de pacientes, tales como:

- Falta de oportunidad en la Atención
- Duplicidad de Recursos y Esfuerzos
- Incremento de los costos de atención
- Interrupción de tratamientos
- Desplazamiento innecesario de pacientes

El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población

La Red de Servicios debe ofrecer lo que la Ley establece como sus derechos, en términos de calidad, oportunidad y eficiencia. Para que estas características del servicio de salud se den, depende entre otras muchas cosas, del adecuado tránsito de los usuarios a través de la Red de salud, y para ello se requiere de un Régimen de Referencia y Contrareferencia, que sea susceptible de vigilancia y control en forma eficiente y efectiva, con relaciones entre los intermediarios de la red de carácter formal, o dicho de otro modo, claramente establecidas y adoptadas por los organismos competentes.

8. Prioridad de la derivación:

Prioridad 1: Trastorno psiquiátrico Severo, Conducta e ideación Suicida.

Prioridad 2: Trastornos Hipercinéticos, Trastornos del Comportamiento, trastornos del ánimo, Trastorno generalizado del Desarrollo, Trastornos de la conducta alimentaria.

Prioridad 3: Maltrato, Trastornos de ansiedad.

9. Referencia y contrareferencia

10.1 Trastornos Psiquiátricos Severos:

⊙ Referencia:

- Sospecha de primer brote de Esquizofrenia
- Otros trastornos con sintomatología Psicótica.



- 6.4. Médico Atención Primaria de Salud
- 6.5. Médico Jefe del Servicio correspondiente
- 6.6. Médicos de Servicios de Urgencia APS y Hospitalaria

7. Fundamento:

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 resolutoria de los establecimientos, de forma que ambas estrategias – referencia y contrareferencia - resulten relevantes.

El sistema, modelo o estrategia, permite el flujo y contraflujo de pacientes, de exámenes y hasta de personal de apoyo, siempre que se corresponda y se fortalezca la cooperación y comunicación entre los establecimiento y sus niveles de atención. Lo que permite a su vez la generación de conocimientos, el intercambio de experiencias, recursos, tecnologías y racionalización de los recursos en función del paciente, lo que bien podría instrumentarse e institucionalizarse como un Sistema Gestionado de Salud o como una Gestión compartida entre los establecimientos que conforman la red médico asistencial

Requisitos para el funcionamiento:

- Establecer normas y procedimientos (manual) que faciliten el uso adecuado de las estrategias de referencia-contrareferencia.
- Diseño, elaboración y uso obligatorio de formatos tanto para la referencia, como la contrareferencia, que aseguren la continuidad asistencial.
- Oportuna información y comunicación entre los establecimientos que conforman la Red, coordinando los recursos asistenciales (oferta) de acuerdo a la demanda y necesidades de la población
- Evaluación permanente del funcionamiento del Sistema.
- Acogerse a las normas y respetar los criterios de Urgencia, Emergencia e interconsultas.
- Considerar y respetar los criterios sociales y culturales del paciente y justificar la remisión, siempre y cuando se ajuste a sus condiciones patológicas.
- Control y evaluación de los responsables operativos del sistema, en cuanto a las condiciones que obligan a la referencia del paciente.
- Mantener un listado de las patologías que se deben referir, distribuidos según los recursos disponibles de cada nivel de atención.
- Optimizar los recursos para ajustarse a las exigencias del paciente de acuerdo a sus necesidades de salud.



- Motivo de derivación.
- Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.
- Nombre y timbre del médico.

5. Definiciones

- Referencia: Se entiende como la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive 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 respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada.
- Contrarreferencia: se entiende como 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. También se interpreta como referencia, cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel, en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología, o cuando se busca descongestionar los niveles de alta complejidad, sobre todo cuando se le vincula con los costos de atención dispensada.
- Remisión de pacientes: procedimiento por el cual se transfiere la atención de la salud de un usuario a otro profesional o establecimiento, con la consiguiente transferencia de responsabilidades sobre el cuidado del mismo.
- Cadena de Transferencia: se refiere a la sucesión de profesionales o instituciones por la que pasa un paciente, al recorrer diversos y distintos establecimientos en búsqueda de que le sean satisfechas sus necesidades médicas.
- Tiempo de Espera: el tiempo que se sucede, desde que el paciente llega a la consulta, para la cual fue citado, una vez cumplidos los requisitos exigidos, para ser atendido por el personal correspondiente (asignado).
- Lista de Espera: cuando el paciente solicita servicios que se le ofertan y estos no se le pueden brindar oportunamente en el momento que lo solicitó, para lo cual se le inscribe en un documento (lista) y se le cita para su atención, en lugar, fecha y hora, previo su consentimiento y aceptación.
- Cita: procedimiento administrativo-asistencial que se establece cuando el establecimiento, servicio o consulta otorga al usuario una fecha y hora para ser atendido y asistido.
- Capacidad resolutive: grado de repuesta satisfactoria que las unidades prestadoras y productoras de servicio le brindan al usuario una asistencia oportuna y de calidad, para resolver sus necesidades y expectativas percibidas.

6. Responsable

- 6.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- 6.2. Director de Hospital Dr. Gustavo Fricke
- 6.3. Médico Jefe CAE



últimas políticas de estado, en relación al trabajo en red en el ámbito de salud, siendo este aspecto uno de los temas centrales en el actual proceso de acreditación.

Esto último, junto a las demandas crecientes de atención médica, la necesidad de incrementar la calidad de la atención ofrecida al usuario y el crecimiento y complejización de la red de infancia en la región, han instalado el tema de la "referencia y contrareferencia" como un elemento central en relación a la eficacia, celeridad y precisión de los servicios brindados a la comunidad.

Este instrumento representa una serie de lineamientos elaborados por profesionales de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, surgidos de la enriquecedora experiencia del trabajo conjunto con la atención primaria.

1. Objetivo general

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".

2. Objetivos específicos

- 2.1. Mejorar la accesibilidad y continuidad a la atención dispensada desde un nivel primario hasta un nivel secundario y terciario y viceversa.
- 2.2. Determinar las condiciones y operatividad de los mecanismos de transferencia de pacientes.
- 2.3. Promover la prestación médico asistencial adecuada al usuario, en el nivel de atención de acuerdo con sus necesidades de salud con la debida oportunidad, eficiencia y eficacia.
- 2.4. Optimizar tiempos de espera.
- 2.5. Generar mecanismos de seguimiento del paciente.
- 2.6. Promover un trabajo en red con criterios uniformes de diagnóstico y atención.

3. Alcance

El alcance de este documento se asocia al proceso de referencia y contrareferencia entre Hospital Dr. Gustavo Fricke y los dispositivos de atención primaria de la comuna.

4. Documentos Aplicables

- Documento de referencia y contra-referencia (interconsulta). Completar los datos es responsabilidad del médico quien debe escribir con letra legible.
- **Requerimientos de la Interconsulta de Referencia**
 - Datos de identificación del paciente completos.
 - Diagnóstico.



2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

3.- El correo electrónico de fecha 05 de octubre de 2011, de la Sra. Jefe (S) del Subdepartamento de Atención Primaria de Salud y Programa, de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2100 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Derivación a Unidad Neuropsiquiatría Infanto - Juvenil, para el período 2011 – 2013, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Derivación a Unidad Neuropsiquiatría Infanto - Juvenil 2011 – 2013, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTO - JUVENIL REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2010 – 2013

Introducción

Las políticas actuales de salud buscan transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente además de proporcionar una atención al usuario de máxima calidad. Un énfasis especial se ha puesto por parte de las

