

 	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK PROTOCOLO DE REFERENCIA/CONTRA-REFERENCIA	Código:
		Versión: V1- 2017
		Fecha: 19 Diciembre 2017
		Vigencia: 2017 - 2019
		Fecha de Próxima actualización: DICIEMBRE 2019

PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA SALUD MENTAL ADULTO 2017 - 2019

	Responsable Elaboración	Revisó	Aprobó
Nombre Cargo	DR. EUGENIO OLEA JEFE DE CAE INST. PSIQUIÁTRICO A.SOC. ISABEL MORALES MERY COORDINADORA UGRL SALUD MENTAL ADULTO INST. PSIQUIÁTRICO	DRA. LILIAN SAN ROMÁN SUBDIRECTORA INST. PSIQUIÁTRICO	DR. JUAN MAASS DIRECTORA (S) INST. PSIQUIÁTRICO
Fecha	30/10/2017	27/12/2017	28/12/2017

1. INTRODUCCIÓN:

El trabajo coordinado con la Red Asistencial Local del Servicio de Salud Metropolitano Norte, se materializa con la Estrategia Local Clínico Participativa en Salud, denominada “Unidad de Gestión Red Local (UGRL) Salud Mental Adulto”, organización que data del año 2006. Su principio fundamental es “...apoyar el trabajo coordinado entre los equipos de los establecimientos, con un enfoque transversal y con el objetivo principal de aportar de manera continua al mejoramiento y efectividad de la atención asistencial de la población beneficiaria.”, Res. Exenta N° 0309, 03 marzo del 2014.

Una de sus tareas, es “la realización, confección y sanción de protocolos, (de acuerdo a nivel de complejidad y cartera de servicios de cada establecimiento), entre los equipos clínicos involucrados en la U.G.R.L”

En relación a quienes deben participar en su representación, Resolución Exenta N° 3187 del 30.12.2016, se define:

- Jefe CAE del Instituto Psiquiátrico o en quien delegue su representación.
- Coordinadora de UGRL Salud Mental adulto IPS.
- Director de cada uno de los Establecimientos CESFAM-APS de las ocho comunas de la jurisdicción del SSMN o en quien delegue su representación.
- Director de cada uno de los Establecimientos COSAM de las ocho comunas de la jurisdicción del SSMN o en quien delegue su representación.
- Representante del Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMNorte): Un profesional del Modelo del Sub-Departamento de Atención Primaria de Salud de la Sub-Dirección de Gestión Asistencial del SSMNorte.
- Según las temáticas a tratar y que sean relevantes para el buen funcionamiento de las redes específicas, participan ocasional o permanentemente en la UGRL los siguientes profesionales del SSMNorte: a) Encargados de Programa de Unidad de Ciclo Vital, b) Referentes GES – SSMN, c) Referente Lista Espera SSMN, d) Otros profesionales de acuerdo a temas programados en la Tabla.

Cabe hacer mención, que durante los años de implementación de la Estrategia UGRL Salud Mental Adulto (2006 a la fecha) se han incorporado gradualmente Instituciones, Fundaciones y/o Programas de la Red Local, por mencionar algunos de ellos: Comunidad Terapéutica Talita Kum, PRAIS, Programa Gente de la Calle, Unidad de Psicooncología del Instituto Nacional del Cáncer entre otros.

Respecto al procedimiento de Validación del Protocolo en Red, importante hacer mención que en lo dispuesto el Art. N° 1 de Resolución Exenta N° 3088 el 23 de diciembre de 2016 del SSMNorte autoriza una ampliación de funciones de la UGRL actuando en calidad de “... Consejo de Integración de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte exclusivamente para la sanción y aprobación de Protocolos de Referencia y Contra-referencia.”

Es por estas razones, antes expuestas que para el año 2017, el proceso de actualización del Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de la Red del SSMNorte para el periodo 2017 -2019, cumple con las siguientes etapas metodológicas de implementación.

Primera Etapa: Revisión Clínica del Protocolo según Patología.

Se acuerda el trabajo de Comisiones de Trabajo, para discutir Normativa vigente “Protocolo de Referencia y Contrarreferencia 2015 – 2017”, Guías Clínicas y Protocolos vigentes para la Red de Salud Mental SSMNorte. El objetivo de esta etapa fue proponer nuevas necesidades de salud mental a ser cubiertas y/o ajustes a propuestas existentes. Este Proceso se desarrolló durante el mes de Mayo del 2017, grupos liderados por los Jefes de Programas de atención del CAE y SETA del Instituto Psiquiátrico y con Representantes de la Red. Las conclusiones de los trabajos grupales fueron formalizadas en Actas de Trabajo que se presentaron en reuniones ampliadas de UGRL Salud Mental.

Segunda Etapa: Revisión y discusión en Reuniones Ampliadas UGRL.

Con el objeto de velar que los acuerdos de trabajos de grupos de tareas, fueran coherentes con la Capacidad Resolutiva de Red y los lineamientos MINSAL, se estableció como procedimiento la presentación, discusión y toma de acuerdos en temas según agenda programática, esta etapa se realizó entre Mayo a Septiembre 2017.

Tercera Etapa: Validación.

Documento Protocolo de Referencia y Contrarreferencia Salud Mental Adulto, periodo 2017-2019, fue sancionado en reunión UGRL Salud Mental Adulto modalidad CIRA, fecha 28 Noviembre 2017.

2. OBJETIVOS:

- Difundir el acceso a atención de salud mental ambulatoria en cada Nivel de Atención para SSMNorte.
- Optimizar los tiempos de espera de usuarios de la Red de Salud Mental, según plazos acordados en Red.
- Dar cumplimiento a las Garantías de usuarios GES.
- **Actualizar flujos atención de usuarios** de la Red del SSMNorte, mejorando la continuidad en la atención de salud en:
 - Patologías Psiquiátricas Ambulatorias.
 - Trastornos por Abuso de Sustancias (TUS).
 - Atención de Urgencia Psiquiátrica.

3. ALCANCE: SSMNorte.

- Atención Primaria de Salud (APS).
- Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).
- Atención Abierta del Instituto Psiquiátrico: Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos (SETA).
- Servicio de Urgencia del Instituto Psiquiátrico.
- Complejo Hospitalario San José (CHSJ).
- Hospital Roberto del Río.
- Instituto Nacional del Cáncer.
- Red Alcohol y Drogas del SSMNorte.

4. DEFINICIONES:

- **APS:** Atención Primaria en Salud
- **COSAM:** Centro de Salud Mental
- **IPS:** Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
- **CAE:** Consultorio Adosado Especialidad.
- **SETA:** Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos.
- **CHSJ:** Complejo Hospitalario San José.
- **PRAIS:** Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos Garantía de salud, que constituye un conjunto de beneficios garantizados por la ley a pacientes que acrediten la condición.
- **GES:** Garantías Explícitas en Salud.
- **Referencia:** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un usuario derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de salud.
- **SIC:** Solicitud de Interconsulta. Solicitud de una necesidad de salud que desea ser respondida en otro nivel de atención. Para la Red UGRL Salud Mental, el documento deberá ser digitada en la plataforma correspondiente por Establecimiento de origen dentro de las 48 hrs., previa visación de la categorización por el Médico Triador y/o Profesional definido por el Establecimiento quien realiza funciones de categorización de la SIC en Lista de Espera LE GES o No GES.
- **LE, GES:** Lista de Espera GES, Listado de usuarios con criterio de inclusión para patología GES con Decreto GES vigente que espera ser atendido en un nivel de atención.
- **LE, No GES,** Lista de Espera No GES: Listado de usuarios que en un momento dado se encuentran en

espera de ser atendidas para una consulta de especialidad médica.

- Lista de Espera SIGTE. Denominación de Lista de Espera, actualizada para el año 2017, por MINSAL. Siendo SSMNorte, unas de las comunas pilotos a nivel nacional, noviembre 2017.
- **RNLE:** Repositorio Nacional de Lista de Espera, base de datos de los pacientes en espera derivadas desde distintos puntos de la red del país.
- **LeWeb:** Base de datos usuarios en espera de atención, en pertenecientes a la jurisdicción del SSMN.
- **Consulta psiquiátrica:** es la atención otorgada por un médico especialista en forma ambulatoria, en un lugar destinado para estos fines, para diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un usuario. Este acto incluye anamnesis, examen físico, hipótesis y confirmación diagnóstica (con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas), control y seguimiento de indicaciones y evolución.
- **Consulta Nueva:** es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud y es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad, pero por otras causas.
- **Controles:** es la atención de seguimiento del proceso iniciado por un primer episodio de enfermedad, realizada por el equipo multidisciplinario, en forma ambulatoria y en un lugar destinado para estos fines.
- **Respuesta a SIC,** indicación de contrarreferencia a atención primaria y COSAM del IPS, así como también COSAM a APS y/o IPS atención abierta al Establecimiento de Origen.
- **Pertinencia Según Protocolo,** Indicador de seguimiento Trimestral y Anual para nivel Ambulatorio IPS y COSAM que mide la evaluación por especialista en box atención según criterios de diagnóstico de casos para ser atendidos en este nivel de especialidad con las categorías SI-NO pertinentes al recepcionar SIC Nueva en IPS.
- **Pertinencia Según Tiempo,** Indicador de seguimiento Trimestral y Anual para nivel Ambulatorio IPS que mide la tiempo determinado entre emisión de SIC y tiempo en que debe ser recepcionado por especialista en cada nivel de atención. Para la atención de especialidad se mide en 30 días.
- **Comisión de Lista de Espera:** Espacio técnico y/o clínico en cargado de gestionar listas de espera por Comuna y/o Establecimientos de la Red, de acuerdo a las disposiciones vigentes.
- **Acciones de Rescate:** Conjunto de acciones orientadas a la contactabilidad efectiva del usuario con un nivel atención el cual fue referido.
- **N° Acciones de Rescate Pacientes Nuevos:**
 - A) Contactos telefónico efectivos: 2 llamadas efectuadas en días horario hábil (8 a 17 hrs.) y 1 día horario inhábil, Registro de Actividad, Anexo N°3.
 - B) Visitas domiciliarias efectiva: 1 visita efectiva, actividad realizada en caso de no haber logrado contactar telefónicamente al usuario, pudiendo ser realizada por el centro derivador y/o centro de contrarreferencia, Registro de la Actividad, Anexo N°4.

- **En caso de no contactar** ni telefónicamente, ni en visita domiciliaria, se efectuará Carta Certificada Anexo N° 3, dejando en espera de atención entre el envío de la carta certificada y 3 meses para su cierre.
- **Cierre de Caso:**
 - a) Usuario rechaza atención por causal vigente de Lista de Espera, Anexo N°5.
 - b) Posterior a 3 inasistencias con citación programada, medio contacto telefónico efectivo.
 - c) Posterior a 3 intentos de contacto telefónicos no efectivos y efectuada 1 visita domiciliaria efectiva.
 - d) Considerando lo anterior, contacto telefónico y visita domiciliaria no efectivo, último recurso Carta Certificada, 3 meses de espera y/o respuesta de correos correspondiente, Anexo N° 6.
- **Contra-referencia:** es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada.

La Contra-referencia incorpora dos momentos, en los cuales debe haber una notificación al establecimiento de origen de la interconsulta:

- **Primer momento** “la Respuesta Inicial o Retorno”, cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.
- **Segundo momento “el Alta”** del paciente desde el establecimiento de mayor complejidad, se debe informar al establecimiento de origen que el paciente está dado de **alta médica** de la patología y ha cumplido, según corresponda, las etapas de Diagnóstico, Exámenes y Tratamiento de la patología por la cual fue derivado. Se informa para dar continuidad de la atención a nivel del centro derivador.
- **Situación Previsional**, prestador Institucional de atenciones de salud del usuario y antecedentes requieren ser actualizados para la atención en la Red Pública de Salud. Se recomienda verificar situación previsional del usuario, antes del ingreso de SIC a las plataformas existentes. Usuarios PRAIS, son los únicos con posibilidades de acreditar atención Sistema Privado.
- **Inmigrante, atención urgencia:** Usuario de la Red, que presenta una situación de turista en el País pero que requiere de atención de salud en condiciones de salud urgencia. Atención debe ser otorgada por Servicio de Urgencia correspondiente, no obstante, en caso de requerir continuidad de atención, ésta deberá tramitarse en FONASA, quien autoriza en forma transitoria al usuario acceso a los prestadores de la Red de Servicios Públicos del País, con la certificación que indica N° para Registro del Turistas, código que los Establecimiento podrán usar transitoriamente como RUT del usuario, el que se encontrará vigente hasta el momento de regularizar situación migratoria en el País.

En relación al registro en lista espera de **pacientes extranjeros no regularizados (sin RUN o sin N° de identificación de FONASA)** se debe considerar lo siguiente: Se identifican a lo menos cuatro grupos de

extranjeros en Chile: Refugiados, Solicitantes de refugio, regularizados y los inmigrantes no regularizados.

Para el caso de **los refugiados y los solicitantes de refugio**, FONASA les asigna un N° de identificación especial que los autoriza y reconoce como potenciales beneficiarios de dicho organismo, otorgándoles los derechos potenciales de un beneficiario Chileno, en caso de cumplir similares requisitos. (Dicho número inclusive le permite solicitar clasificación de carente de recursos mediante el trámite habitual de los calificadores de derecho en APS).

En el caso de los **extranjeros regularizados** tenemos aquellos que ya poseen su RUN, el cual les otorga los beneficios igual que un chileno en el contexto de su identificación.

En el caso de **las embarazadas extranjeras, sin regularizar aún su situación**, basta que cuenten con un certificado de control de embarazo emitido por APS por un profesional competente, para poder solicitar una Visa temporaria en el departamento de Extranjería del Ministerio del interior o Gobernaciones en regiones y con eso el RUN en el Servicio de Registro Civil e Identificación.

Por último, en el caso de los **extranjeros no regularizados que no cuentan con ninguna de las distinciones anteriores**, corresponde atención en salud solo mediante el pago de las prestaciones que reciba, en condición de particular.” En esta última condición, su atención en establecimientos de Salud Públicos estará dada en el marco de lo que dicta el artículo 146 del DFL1 2005 de Salud, en cuanto a que la atención de Salud a las personas que no son beneficiarias del régimen de Prestaciones del Sistema Público de Salud (FONASA), **no debe significar postergación o menoscabo de la atención** que los establecimientos deben prestar a los beneficiarios legales y, en consecuencia, con la sola excepción de urgencias calificadas.

Según lo anterior, los chilenos (as) o extranjeros(as) que se deban atender en establecimientos de la red asistencial de servicios de Salud, de manera Particular por no ser beneficiarios de FONASA (aunque sean de una ISAPRE-CAPREDENA-DIPRECA o ninguna) no debieran formar parte de la listas de espera orientadas a pacientes beneficiarios, mientras no regularicen su condición de inscripción.

- **Arsenal Farmacológico:** Nómina de Fármacos autorizado para APS y COSAM, ver Anexo N°7.
- **Consultoría de Psiquiatría:** Actividad realizada por Psiquiatra del IPS o Cosam a Equipo APS con el objeto de reforzar capacidad resolutive de Atención Primaria. Sigue normas vigentes por MINSAL.
- **Los datos mínimos que debe contener la SIC, referencia son:**
 1. Datos del paciente: Nombre, Rut, Edad, Dirección (Calle, N°, Villa/Población, Comuna) y Teléfono de

Contacto. En caso de no disponer teléfono contacto, el Establecimiento de Origen, realizará funciones de contactabilidad con el Centro de Referencia, dejar observación de esta situación en SIC.

2. Datos del establecimiento de referencia.
 3. Diagnóstico de la SIC.
 4. Fundamentos de la Derivación: Causal, (Evaluación por Especialidad, Duda Diagnóstica no resuelta en Consultoría APS, Refractoriedad a tratamiento en APS), Antecedentes de intervenciones realizadas Tratamiento de Plan o Indicaciones Realizadas, Exámenes realizados.
 5. Datos del médico y/o profesional que Refiere: Nombre, Rut y Especialidad.
 6. Fecha de la SIC.
 7. Datos del Triador que categoriza la SIC.
- **Recepciones:** Las SIC ingresadas al Atención Abierta del IPS, serán tramitadas en Protocolo Interno de Gestión de Contacto Interna por el SOME del IPS. En el caso de COSAM, las SIC deberán ser dirigidas a los horarios y días definidos por cada Establecimiento, Ver Anexo 5, quienes realizarán Entrevista de Acogida para ingresar el caso y los casos de SIC en APS, deberán ser dirigidas al SOME de cada Establecimiento.
 - **Edad de Referencia Adulto Salud Mental Ambulatorio para la Red SSMNorte:**
 - A) Para patología psiquiátrica general 18 años en adelante.
 - B) Para T. Alimentarios: 16 años, en caso de Anoxia y Bulimia Atípica, derivación asistida al SOME y Programa T. Alimentarios, IPS.
 - C) Servicio de Urgencia Psiquiátrica, usuarios mayores de 15 años, según criterios definidos en Servicio de Urgencia, ver más adelante.
 - **Situaciones Especiales, de SIC derivadas a la Atención Abierta de IPS:**
 - A) Derivaciones de los Hospitales del SSMNorte y Servicio de Urgencia CHSJ e IPS, SIC deberán ser ingresadas al SOME para su registro y agendamiento correspondiente.
 - B) Referencias de Comunidades Terapéuticas o afines, pertenecientes a la Red Alcohol y Drogas del SSMNorte, deberán completar formulario Anexo N° 6 para luego solicitar hora de atención telefónica en el SOME IPS.
 - C) Casos Judiciales, en IPS, Registro de Orden Judicial en el Of. De Partes en caso de ser derivadas IPS, para luego pasar al SOME para su registro ingreso y agendamiento correspondiente.
 - D) Accesibilidad: Casos donde se detecte dificultad de acceso por ruralidad, pacientes con discapacidad física, Adultos Mayores Dependientes y /u otra situación que dificulte la llegada oportuna al APS a la atención abierta IPS el Establecimiento de Origen deberá, gestionar hora de atención asistida, con el SOME del IPS con el fin de asegurar la continuidad de atención.

5. ASPECTOS NORMATIVOS DE REFERENCIA:

CLINICOS:

- CIE, 10.
- Guía Clínica GES Depresión.
- Guía Clínica GES TAB.
- Guía Clínica GES Esquizofrenia Primer Episodio, Junio 2017.
- Guía y Protocolo de T. de Personalidad Límite, SSMNorte, 2011.
- Protocolo Trastornos Alimentarios, SSMN 2012.

ADMINISTRATIVOS

- Norma Técnica N°118 para el Registro de Lista de Espera, año 2011.
- Manual Proceso de Registro de Lista de Espera No GES - Departamento de Gestión de la Información, Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud - 2013. (Complementa la Norma Técnica 118).
- Protocolo de Gestión de Contacto y Citación de pacientes en Lista de Espera NO GES Excesivamente Prolongada (LEEP) del SSMN – 2015.
- Ley 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
- Ley 20.584 Ministerio de Salud; Subsecretaria de Salud Pública, Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud
- Decreto 369 Ministerio de Salud, aprueba reglamento del régimen de prestaciones de salud.
- Normativa Técnica PRAIS y Leyes de Reparación.

6. DESARROLLO

6.1. Atención Primaria Salud (APS)

6.2. Atención COSAM.

6.3. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak: Ingreso CAE – SETA.

6.4. Servicio de Urgencia IPS.

6.5. Programa Reparación y Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (**PRAIS**).

6.6. Criterios del Alta.

6.7. Resumen de Niveles de Atención.

DESARROLLO

6.1. Atención Primaria Salud (APS).

En APS, existen Equipos Especializados en Salud Mental que responden la demanda interna de Médicos APS/Salud Familiar de su Establecimiento. La recepción de SIC de otros Establecimientos de la Red SSMNorte deberán ser canalizada a través del SOME del propio Establecimiento, el que según agenda disponible gestionará caso en: Morbilidad General y/o Equipo Psicosocial según normativa local existente.

Se recomienda priorizar la agenda para acceso primera atención:

- a) Casos GES.
- b) Indicaciones de continuidad farmacológica, luego de contrarreferencia Servicio de Urgencia siendo el origen del caso el propio Establecimiento APS.
- c) Casos Riesgo Psicosocial descrito en SIC.
- d) Accesibilidad lugar: Ruralidad, Pacientes con discapacidad física, Adultos Mayores Dependiente y /u otra situación que dificulte la llegada oportuna al APS.

Tabla N° 1: Cuadros Clínicos que se atienden en APS.

PATOLOGÍA	CIE.10	COMPLEJIDAD
Consumo Drogas y Alcohol	F.10 - F19	Dependencia y Consumo Perjudicial Leve y Moderado Drogas y Alcohol, para estudio bio-psico-social e inicio Programa de Tratamiento.
	F.10-F19 consumo activo + Embarazo	Consumo Activo y Embarazo: Derivar al Servicio de Urgencia del Instituto Psiquiátrico y/o SETA, derivación asistida para su ingreso a Atención Cerrada.
	F.10-F19 Puerperio	Puerperio y Antecedentes Consumo: Prueba de Drogas, derivación asistida a la Unidad Neonatal del CHSJ, establecido riesgo RN, el CHSJ deriva a SETA del IPS, coordinación asistida entre CHSJ + SOME IPS para su atención en SETA.
Psicosis	F.20	Primer Brote, Detección para derivación COSAM – CAE, ver más adelante.
	F.20 + Embarazo.	EQZ, Embarazo y en tratamiento antipsicótico, para estudio y atención en el CAE, previo seguimiento APS-COPAR del CHSJ.
	F.23	Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio, compensado, crónico y derivado para el tratamiento de mantención con arsenal farmacológico APS.
Depresión	F.32.0	Episodio Depresivo Leve.
	F.32.1	Episodio Depresivo Moderado
	F.32.2	Episodio Depresivo Grave, sin síntomas psicóticos.
	F.32	Episodio Depresivo Grave, con Duda diagnóstico no siendo resuelta en Consultoría de Psiquiatría se deriva a COSAM.
Depresión Bipolar	F.31	Detección, derivar a COSAM y/o CAE, ver más adelante.
	F.34.0	Ciclotimia, para estudio y mantención control farmacológico APS.

Trastorno Ansiedad y del Comportamiento (F.40-49)	F.40	Trastorno de Ansiedad Fóbica, detección y derivar COSAM.
	F.41	Trastorno de Pánico, atención APS. Derivar solo si excede nivel de resolución APS a COSAM .
	F.41.1	Trastorno Ansiedad Generalizado, detectar y tratar, derivar COSAM después de 1° esquema refractariedad a tratamiento farmacológico en APS.
	F.41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo. Detección y Estudio, contrarreferir COSAM luego de fracaso medidas del Plan de Intervención APS, actividades como: refractariedad de tratamiento farmacológico, terapia individual, grupal, hábitos higiene sueño entre otras).
	F.42	Trastorno Obsesivo-compulsivo. Detección y derivar a COSAM.
	F.43.2	Trastorno Adaptación: Tratar en APS, derivar a COSAM en caso de refractariedad.
	No Esp.	Duelo normal. Tratar.
	No Esp.	Estrés Agudo, reacción a estrés agudo estudio y seguimiento APS.
T. Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y Factores Somáticos	F.50.1	Se detecta Anorexia Nerviosa, realiza exámenes
	F 50.3	Se detecta Bulimia, realizan exámenes.
	F.50.1/F 50.3	Anorexia y Bulimia, evaluación y tratamiento por Nutricionista de pacientes en control por COSAM.
T. de Personalidad	F.60	T. de Personalidad Leve: Impulsividad leve, que no pone en riesgo a terceros ni así mismo. No presenta comportamiento autolesivo, sin riesgo suicida, descrito como: sin ideación ni intención suicida identificable y sin síntomas psicóticos.
	F. 32.9	T. de Personalidad con Depresión Leve.
	F.6 + F.10-19	T. de Personalidad con Consumo de Alcohol y/o Drogas, con criterios APS.
	F.6 + VIF	T. de Personalidad con VIF con criterios APS.
	F.6 + F.31	T. de Personalidad con T. de Ansiedad.
	F.6	T. de Personalidad compensados en tratamientos de mantención, según arsenal farmacológico.
VIF	T740-Y068	Episodio VIF que requiere intervención y seguimiento APS por miembros familias comprometidos y vulneración de derechos: víctimas mujer – niños – adolescentes - adultos mayores, persona con discapacidad. Casos deberán ser coordinados con el Intersector como Programa VIF Comunal, Oficina Protección Derechos (OPD), SERMAN Comunal, Of. Discapacidad entre otros.
Patología Psicoorgánica	F.70 -799	Retardo mental leve-moderado, con leve desajuste conductual y sin psicosis.
	F.84	Trastorno Generalizados del Desarrollo del Adulto, compensado, control farmacológico APS de mantención.
	F. 06.3 a F.06.9	DOC estudiado y compensado por Neurología y/o Psiquiatría que requiere control farmacológico APS de mantención.

	G.40.9	Epilepsias evaluada y controlada por Neurología, tratamiento farmacológico APS de mantención. Solo derivar al Servicio de Urgencia para su manejo en cuadros de agitación Psicomotora y Agresividad, posteriormente caso será contrarreferido al Establecimiento de origen.
	F.00-F09	Demencias evaluada y controlada por Neurología, y derivadas para control de mantención médico y farmacológico recurso APS. Solo derivar al Servicio de Urgencia en caso de requerir manejo Agitación Psicomotora y Agresividad, posteriormente caso será contrarreferir al Establecimiento de origen.

Recomendaciones APS:

1. Pacientes oncológicos, derivados para atención por Dg. Depresión “evitar el uso de inhibidores potentes de CyP 2D6 (Fluxetina y Sertralina) y de preferencia iniciar y mantener el uso de Venlafaxina o Citalopram”, recomendación efectuada por Equipo Clínico, Psicooncología del INCANCER, Acta Reunión N° 7 del 26.09.2017. Casos detectados por INCANCER, serán derivados asistidamente para su tratamiento en APS/COSAM.
2. Recomendaciones T. de Personalidad en APS, Según Protocolo T. de Personalidad:
 - a) Evaluación por médico general, médico familiar (Programa de Salud Mental).
 - b) Derivación para intervención social y/o psicológica según pertinencia y recursos disponibles.
 - a. Intervención Social: Considera a lo menos los siguientes aspectos: Evaluación del contexto en la crisis; factores de riesgo y protección, individual, familiar y comunitario; enlace asistencia, seguimiento según lo observado.
 - b. Intervención Psicológica: Psicoeducación individual y/o familiar, contención emocional, seguimiento, según lo observado.
 - c. Se sugiere concentración de atención de una consulta para orientación y dos para intervención y seguimiento, ya sea para psicólogo o asistente social, rendimiento 2 por hora.
 - d. Se recomienda en esta etapa aguda, que el tratamiento farmacológico se acompañe de psicoeducación y que no dura más de 6 semanas.
 - e. Evitar la Polifarmacia, arsenal sugerido para iniciar tratamiento:
 - i. Fluoxetina: 20 a 80 mg.
 - ii. Sertralina: 50 a 150 mg.
 - iii. Clorpromazina: 25 a 100 mg.
 - iv. Diazepam: 5 a 20 mg.
 - v. Alprazolam: 0.50 a 1.50 mg.
3. Para casos de T. Alimentarios, Anorexia y Bulimia criterios de estudio son:

Anorexia Nerviosa:

- A. Índice de masa corporal menor a 17,5, o peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- B. La pérdida de peso auto provocada a través de evitar el consumo de alimentos que cree que

engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:

- Vómitos auto provocados.
- Purgas intestinales.
- Ejercicio excesivo.
- Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

C. Distorsión de la imagen corporal.

D. Trastorno endocrinológico generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea (al menos 3 ciclos menstruales consecutivos) , y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual.

E. Menarquía es tardía si el trastorno comienza antes de la pubertad.

Bulimia:

A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose episodios de polifagia, durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.

B. Intenta contrarrestar el aumento de peso así producido, bien mediante vómitos autoprovocados, bien abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se asocia a la diabetes.

C. La psicopatología consiste en un miedo mórbido a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo. Con frecuencia, aunque no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa, con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años.

Exámenes para su estudio y seguimiento T. Alimentario:

- Hemograma y VHS.
- Cloro, sodio, potasio.
- Colesterol, triglicéridos.
- Urea, creatinina, glucosa, GOT, GPT y GGT, fosfatasas alcalinas.
- Proteínas totales, albúmina.
- Orina.
- TSH, T4

En caso de evaluación por matrona por presencia de amenorrea. Matrona no debe indicar peso a la paciente.

La evaluación nutricional, debe solicitarse en el establecimiento cuando existe sospecha de Trastorno Alimentario.

Plan de Intervención evaluación nutricional en APS y tratamiento psicosocial en COSAM.

4. Otras patologías del comportamiento como: T. Diógenes, ludopatía, entre otras, frente a la detección, deben evaluarse aspectos psico-social antes de derivar para manejo especializado.

5. SIC de casos GES, derivados al CAE deberán coordinar horas de atención directamente en el SOME del IPS para evitar incumplimiento de garantías. ANEXO N° 7: Horarios de Atención Red Salud Mental Adulto.

6. Los establecimientos que contaran con “Consultorías de Psiquiatría” para la supervisión de casos ya sea con recurso COSAM y/o IPS, debe ser utilizado como recurso de apoyo, previo a la derivación a otro nivel de atención favoreciendo la capacidad Resolutiva de APS, según indicaciones de Norma Ministerial.

6.2. Atención COSAM.

Casos nuevos ingresados al COSAM, deberán ser registrados a las Plataformas Informáticas LeWeb (casos No GES) y SIGGES (casos GES). La recepción de casos, se efectúan en modalidad de ingreso programado en Entrevistas de Acogida por profesional definido por el Establecimiento. Días y horarios son definidos en ANEXO N° 7: Horarios de Atención Red Salud Mental Adulto.

Tabla N° 2: Cuadros Clínicos que se atienden en COSAM.

PATOLOGÍA	CIE.10	COMPLEJIDAD
Consumo Drogas y Alcohol	F.10-F19	Dependencia y Consumo Perjudicial Moderado - Severo Alcohol, para estudio bio-psico-social e inicio atención. Solo se deriva a SETA, en caso de fracaso a Tratamiento por Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).
	F.10-19 consumo activo + Embarazo	Embarazo y Consumo Activo: Derivar al Servicio de Urgencia del Instituto Psiquiátrico y/o SETA, derivación asistida para su ingreso a Atención Cerrada.
	Antecedentes F.10-F.19	Puerperio: Prueba de Drogas, derivación asistida de la Unidad Neonatal del CHSJ, establecido riesgo RN, el CHSJ deriva a SETA del IPS, coordinación asistida entre CHSJ + SOME IPS para su atención en SETA.
Psicosis	F.20	Primer Brote, Detección para derivación según Normas Guía Clínica Primer Brote EQZ. Derivación a CAE, ver más adelante.
	F.20 + Embarazo.	Psicosis controlada + embarazo y en tratamiento antipsicótico, para estudio y atención en el Cosam, previo seguimiento APS-COPAR del CHSJ.
	F.23	Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio, compensado, y derivado para el tratamiento de mantención con arsenal farmacológico COSAM.
Depresión	F.32.2	Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos y/o Refractariedad a 1er. Esquema Tratamiento Farmacológico APS.
	F.32.2 +	Depresión Grave con riesgo suicida moderado, entendido como: Ideación frecuente, de intensidad y duración limitada, algunos planes específicos, sin intensión, buen autocontrol, sintomatología limitada, algunos factores de riesgo y factores protectores identificables (cuidador, red de apoyo comunitaria), requiere evaluación psicosocial en COSAM.
	F.32.2 + F.6	Episodio Depresión Grave en T. de Personalidad Moderado. Entiendo como T. de Personalidad Moderado, presenta impulsividad ocasional moderada, que no pone en riesgo a tercero y muy infrecuentemente así mismo. Existen factores protectores y requiere de evaluación psicosocial.
	F.32.2 con duda diagnóstica	Episodio Depresivo Grave con Duda diagnóstica no siendo resuelta en Consultoría de Psiquiatría.
Depresión Bipolar	F.31	TAB compensado.
		TAB, cursando episodio depresivo leve o moderado.
		TAB, actualmente en remisión.
		TAB con duda diagnóstica desde COSAM, para reevaluación en

		CAE.
	F.34.1	Distimia, estudio y seguimiento, ajuste farmacológico.
Trastorno Ansiedad y del Comportamiento (F.40-49)	F.40	Trastorno de Ansiedad Fóbica, atención e inicio 1er. Esquema Farmacológico en COSAM.
	F.41.0	Trastorno de Pánico, con agorafobia, refractario a tratamiento farmacológico. Solo derivar Servicio Urgencia asociados a síntomas psicóticos, suicidabilidad o riesgo para terceros.
	F.41.1	Trastorno Ansiedad Generalizado (Moderado), tratamiento y seguimiento, refractario a tratamiento farmacológico en APS.
	F.41.2	Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, atención en COSAM luego de fracaso medidas del Plan de Intervención APS. Dar énfasis evaluación psicosocial, terapia individual, grupal, hábitos higiene sueño entre otras según recursos disponibles en COSAM.
	F.42	Trastorno Obsesivo-compulsivo, moderado. Frente fracaso a 1° esquema farmacológico, derivar CAE.
	F.43.2	Trastorno Adaptación Severos, para tratamiento luego del fracaso a intervenciones APS.
	No Esp.	Duelo patológico. Para estudio y seguimiento.
	No Esp.	Estrés Postraumático, para estudio y tratamiento farmacológico, sin síntomas suicidas moderados/severos. Derivar al Servicio de Urgencia, frente al cuadro con síntomas suicidales moderados/graves, para estabilización.
T. Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y Factores Somáticos	F.50	Anorexia Nerviosa no complicada para estudio y tratamiento.
		Bulimia no complicada para estudio y tratamiento.
T. de Personalidad	F.60	T. de Personalidad Moderada: Presenta impulsividad ocasional moderada, que no pone en riesgo a terceros ni así mismo, con suicidabilidad moderado y/o conductas autolesivas con riesgo moderado
		T. de Personalidad con Depresión Mayor.
		T. de Personalidad con Consumos de Alcohol y/o Drogas, evaluar ingreso a Programa intensivo de Drogas y Alcohol.
		Trastorno de Personalidad con VIF criterios COSAM (Terapia de Reparación, Vulneración de Derechos, etc.)
		T. de Personalidad Orgánico compensada para tratamiento.
VIF	T740-Y068	Episodio VIF que requiere intervención y seguimiento COSAM por miembros familias comprometido, vulneración de derechos y Programas de Reparación Disponibles cuando las víctimas son: mujer – niños – adolescentes - adultos mayores y/o persona con discapacidad.
Patología Psicoorgánica	F.70 -71	Retardo mental, con moderado desajuste conductual para ajuste farmacológico y sin psicosis.
	F.84	Trastorno Generalizados del Desarrollo del Adulto, descompensado, control farmacológico APS de mantención.
	F.00-09	Demencias evaluada y controlada por Neurología, y derivadas APS para ajuste farmacológico en COSAM. Solo derivar al Servicio de Urgencia en caso de requerir manejo Agitación Psicomotora y Agresividad, posteriormente caso será contrarreferir al Establecimiento de Origen.

Recomendaciones Generales para COSAM:

1. Pacientes oncológicos, derivados para atención por Dg. Depresión “evitar el uso de inhibidores potentes de CyP 2D6 (Fluoxetina y Sertralina) y de preferencia iniciar y mantener el uso de Venlafaxina o Citalopram”, recomendación efectuada por Equipo Clínico, Psicooncología del INCANCER, Acta Reunión N° 7 del 26.09.2017. Casos detectados por INCANCER, serán derivados asistidamente para su tratamiento en APS/COSAM.
2. Recomendaciones T. de Personalidad para Cosam, Según Protocolo T. de Personalidad:
 - a) Evaluar la comorbilidad, redes de apoyo y contexto psicosocial.
 - b) En etapa aguda, entendida esta como paciente habitualmente es llevado/a por familiar o concurre solo/a por tentativa suicida o conducta parasuicida asociado a crisis normativa o vital. La comorbilidad es lo más frecuente: depresión, T. ansiedad, T. por Estrés Postraumático, Adicción, T. Alimentario, otros trastornos de la conducta. En etapa aguda se recomienda que el tratamiento farmacológico se acompañe de psicoeducación, fármacos recomendados:
 - a. IRSS: Fluoxetina 20 a 80 mg., sertralina: 50 a 150 mg, paroxetina 20 a 80 mg. Amtriptilina 25 a 75 mg.
 - b. Antipsicóticos
3. Trastornos Alimentarios, Nivel Cosam. La evaluación de Riesgo, inicia con Equipo Selector de Demanda. Se deriva ante la sospecha TCA a psiquiatra, para evaluación diagnóstica y complicaciones debidas a la anorexia y la bulimia

Complicaciones cardiovasculares	Hipotensión, bradicardia, arritmias. Alteraciones en el trazo electrocardiográfico. Disminución del tamaño de las cavidades del corazón. Falla cardíaca.
Complicaciones digestivas	Constipación o diarrea. Distensión y molestias abdominales. Alteraciones esofágicas. Retraso en el vaciado gástrico. Disminución de la motilidad gastrointestinal.
Complicaciones renales	Disminución del filtrado glomerular y de la capacidad de concentración. Alteraciones hidroelectrolíticas: hipopotasemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia. Edemas periféricos. Cálculos renales.
Complicaciones hematológicas	Anemia, leucopenia, trombocitopenia. Hipoplasia en médula ósea.
Complicaciones endocrinológicas	Amenorrea. Disminución de los niveles de gonadotrofinas. Aumento de los niveles de cortisol y de la hormona de crecimiento. Atrofia mamaria, de labios mayores y de la vagina en las mujeres. Disminución de niveles de testosterona y anormalidad testicular en los hombres.
Complicaciones óseas	Osteopenia, osteoporosis. Aumento del riesgo de fracturas patológicas. En pacientes prepuberales, estancamiento en el crecimiento y retraso en la maduración ósea.
Complicaciones dermatológicas y dentales:	Piel seca, agrietada o escamosa, lanugo (como consecuencia del aumento de cortisol), equimosis por la trombocitopenia. Callosidades en el dorso de las manos (signo de Russell). Erosiones del esmalte dental.

Si la Anorexia o Bulimia presentan signos de complicación derivar a CAE con SIC todas las observaciones realizadas.

Si la Anorexia o Bulimia **No** están complicadas iniciar tratamiento:

- A) Evaluación y tratamiento nutricional en APS
- B) Psicoterapia individual.
- C) Psicoterapia familiar.
- D) Farmacoterapia.

Antidepresivos, se justifica si coexisten trastornos afectivos, ansiosos, así como por su efecto sobre el apetito. Se deben usar con precaución en el caso de la Anorexia Nerviosa ya que la baja excesiva de peso conlleva alteraciones del ritmo cardiaco, metabólicas, gastrointestinales, así como en la Presión Arterial.

Fluoxetina 40-60 mg al día por 6 meses.

Paroxetina 60 mg por día por 6 meses.

Ansiolíticos

Diazepam: 5 a 20 mg.

Clonazepam: 0.5 a 6 mg.

Alprazolam: 0.50 a 1.50 mg.

El uso de benzodiazepinas debe ser cuidadoso, usando las menores dosis posibles, por periodos cortos, educando al paciente sobre los riesgos que ellas implican e **informándole respecto del tiempo se usarán** y que posteriormente serán suspendidas.

Durante el curso del tratamiento en COSAM, si se detecta:

Refractariedad: Persistencia de los síntomas luego de 6 meses de tratamiento o la aparición de complicaciones en cualquier etapa de tratamiento.

Concomitancia con otros trastornos mentales.

Concomitancia con Enfermedades Médicas Complejas.

Derivar con SIC al CAE

6.3. Criterios de Atención para usuarios SETA y CAE del IPS.

SETA del IPS:

En el marco de la organización técnica con que cuenta el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA) y de la oferta de prestaciones que dispone el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, en convenio de SENDA/MINSAL, se encuentra el Plan de Tratamiento de Desintoxicación y Estabilización del Síndrome de Abstinencia.

El Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos (SETA), tiene como objeto realizar intervenciones de alto nivel de especialidad y complejidad de pacientes que no han logrado el control del consumo de sustancias (alcohol y drogas) en dispositivos de la Red, y cuyo fracaso significa un deterioro progresivo de la salud e integridad del usuario o de un tercero.

El tratamiento que otorga en SETA está orientado a tratar el síndrome de abstinencia y manejo del craving, junto con la estabilización física y mental de la persona con adicción que presentan un compromiso biopsicosocial severo y/o comorbilidad psiquiátrica severa (patología dual), lo que es mandatorio para iniciar el proceso de desintoxicación y estabilización.

SETA, recibe derivaciones de:

- a) COSAM, Comunidades Terapéuticas del SSMNorte y CAE del IPS.
- b) COSAM de la Región Metropolitana con programas ambulatorios intensivos (PAI/SENDA) previo ingreso de SIC al Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE).
- c) SEREMI de Salud, por Resolución Administrativa.
- d) Judiciales.
- e) Unidad de Neonatología, CHSJ.

Tabla N° 3: Criterios de Ingreso SETA.

PATOLOGÍA	CIE.10	COMPLEJIDAD
Consumo Drogas y Alcohol	F.10- F. 19	Norma General: Mayores de 18 años. Pacientes que no han logrado controlar el consumo de sustancias (alcohol y/o drogas), insertos en plan de tratamiento ambulatorio intensivo (PAI), atendido en un COSAM de la Red SSMNorte y cuyo fracaso terapéutico significa un deterioro progresivo de la salud e integridad personal o de terceros. Pacientes con riesgo biopsicosocial grave, según Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con problemas derivados del consumo de drogas, convenio SENDA/MINSAL, 2012. Paciente con comorbilidad psiquiátrica (patología dual). Criterios de Prioridad: <ul style="list-style-type: none">▪ Embarazo.▪ Puerperio.▪ VIF positivo sin controles regulares.▪ Resolución Administrativa SEREMI de Salud.▪ Orden Judicial.
		Casos a derivar: <ul style="list-style-type: none">▪ Síndrome de abstinencia y craving por alcohol y drogas.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracasos reiterados (recidivas) en tratamientos realizados en la Red. No tras la primera consulta.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patología psicótica o del Eje 1 compensada o suicidabilidad leve o moderada. Riesgo suicida moderado, entendida como existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales, puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro y/o Riesgo Suicida Grave, hay una preparación concreta para hacerse claro, puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas, estos caso primera evaluación en el Servicio de Urgencia del IPS.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedente de Delirium o convulsiones.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alucinosis alcohólica. ▪ Enfermedad médicas compensadas. ▪ Desnutrición severa.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criterios de Exclusión. ▪ Menores de 18 años. ▪ Delirium Tremens (tratamiento en SU Hospital General). ▪ Enfermedad médica grave descompensada (tratamiento en SU Hospital General). ▪ Enfermedad Psiquiátrica Severa y descompensada (evaluación en Servicio de Urgencia Psiquiátrica). ▪ Trastornos de Personalidad Antisocial.

CAE, del IPS.

El CAE del IPS, recibe derivaciones de:

- a) APS de la Red SSMNorte, con criterios de refractariedad a tratamientos farmacológicos y/o dudas diagnóstica de Consultoría en APS.
- b) COSAM de la Red SSMNorte, refractariedad a tratamientos farmacológicos en COSAM, Dudas Diagnósticas de Especialista y/o Profesional que justifique Nivel de Complejidad para Nivel de Atención CAE, ver Tabla N° 4.
- c) Servicio de Urgencia del IPS, para estudio de refractariedad a tratamientos farmacológicos en COSAM y que no continuará atención en COSAM.
- d) Hospitales Base de la Red SSMNorte, para estudio y/o tratamiento según Nivel de Atención.
- e) PRAIS, SSMNorte, para estudio y/o tratamiento según Nivel de Atención.
- f) SEREMI de Salud, por Resolución Administrativa.
- g) Judiciales.
- h) COSAM de la Región Metropolitana y/o Hospitales, de SIC ingresadas al Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE).

Tabla N° 4: Criterios de Ingreso CAE.

PATOLOGÍA	CIE.10	COMPLEJIDAD CAE
Psicosis	F.20	Primer Brote EQZ: Confirmación Diagnóstica, Estudio y Tratamiento según Plan Individual Integral.
	F.20 + Embarazo	Usuaris embarazadas y en tratamiento antipsicótico, para estudio y atención en el CAE, previo seguimiento APS-COPAR del CHSJ.
	F.20 0 al F.20.9	Esquizofrenia descompensada o difícil manejo.
		Esquizofrenia refractaria a tratamiento.
	F. 22	Estudio y tratamiento de T. delirante.
	F.25	Estudio y tratamiento Esquizoafectivo.
Depresión	F.32.2	Episodio Depresivo Grave, con síntomas psicóticos y/o Refractariedad a 2do. Esquema Tratamiento Farmacológico en COSAM.
		Episodio Depresión Grave + Patología Somática Grave.
		Episodio Depresivo Grave + comorbilidad Patología Psiquiátrica.
		Episodio Depresión Grave, con riesgo suicida moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.
		Episodio Depresión Grave en T. de Personalidad Modera- Grave, Ver. T. de Personalidad.
Depresión Bipolar	F.31	TAB descompensado.
		TAB, cursando episodio depresivo grave.
		TAB con duda diagnóstica COSAM, derivar al CAE.

	F.34.1	Distimia, estudio y seguimiento, ajuste farmacológico, refractaria a Esquema Farmacológico en COSAM.
Trastorno Ansiedad y del Comportamiento (F.40-49)	F.40	Trastorno de Ansiedad Fóbica Grave, refractaria a tratamiento Farmacológico en COSAM.
	F.41.0	Trastorno de Pánico, refractario a Esquema Farmacológico, con agorafobia. Solo derivar Servicio Urgencia asociados a síntomas psicóticos, suicidabilidad o riesgo para terceros.
	F.41.1	Trastorno Ansiedad Generalizado, tratamiento y seguimiento, después del 2do. Fracaso de tratamiento farmacológico en COSAM.
	F.41.2	Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, atención en CAE, luego de fracaso medidas del Plan de Intervención COSAM, (actividades como la refractariedad al 2° Esquema de tratamiento farmacológico, terapia individual, grupal, hábitos higiene sueño entre otras.
	F.42	Trastorno Obsesivo-compulsivo, moderado, refractario a esquema farmacológico, en COSAM.
	No Esp.	Duelo patológico, refractario a tratamiento de nivel COSAM
	No Esp.	Estrés Postraumático, refractario a tratamiento farmacológico en COSAM, con síntomas suicidas leves. Derivar al Servicio de Urgencia, frente al cuadro con síntomas suicidales moderados/graves.
T. Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y Factores Somáticos	F50.3	Bulimia Nerviosa Atípica
		Anorexia Nerviosa Atípica
		Anorexia Nerviosa y Bulimia con Trastorno de la personalidad
		Anorexia y Bulimia con un Trastorno Afectivo
		Anorexia y Bulimia con un TOC
T. de Personalidad	No Esp.	
	F.60	T. de Personalidad Severa: cumple criterios para T. de personalidad, presenta impulsividad severa, con riesgo a terceros y a sí mismo, presenta frecuentemente comportamientos autolesivo, riesgo suicida y síntomas psicóticos y disociativos. Puede presentar comorbilidad con depresión mayor resistente, t. de pánico resistente a tratamiento, dependencia alcohol y drogas, T. por estrés postraumático, enfermedad afectiva bipolar, trastornos de la conducta alimentaria, polifarmacia por enfermedad médica.
		T. de Personalidad con Depresión Grave y/o síntomas psicóticos.
		T. de Personalidad y comorbilidad sin respuesta a tratamiento en Nivel Secundario.
		T. de Personalidad con Consumos de Alcohol y/o Drogas, recomienda evaluar ingreso a Programa Intensivo de Drogas y Alcohol y/o Comunidad Terapéutica, según sea el caso.
		T. de Personalidad con dudas diagnósticas no esclarecidas en Nivel Secundario.
		T. de Personalidad con VIF.
VIF	T740-Y068	Episodio VIF en patología psiquiátrica de base.

Patología Psicoorgánica	F.70 -71	Retardo mental, con severo desajuste conductual para ajuste farmacológico y/o con síntomas psicóticos.
	F.84	Trastorno Generalizados del Desarrollo del Adulto, descompensado, refractario a tratamiento farmacológico COSAM solo para ajuste farmacológico.
		Demencias evaluadas y controladas por Neurología, y derivadas al CAE para ajuste farmacológico por agitación psicomotor /desajuste conductual intratable. Derivar al Servicio de Urgencia en caso de requerir manejo Agitación Psicomotora y Agresividad, posteriormente caso será contrarreferido al Establecimiento de origen.
		Episodio psicótico en patología psicoorgánica.

Recomendaciones:

Para Primer Brote EQZ, según Guía Clínica EQZ, Junio 2017, siendo las más importantes:

El tratamiento de personas con esquizofrenia debe ser personalizado en un Plan Individual Integral, en base a un Diagnóstico Integral que debe ser consensuado por el usuario y su familia.

Tratamiento farmacológico, en fase aguda, se debe iniciar antipsicótico más adecuada al perfil del sintomático que presenta la persona, en dosis cercana al línea inferior del rango recomendado.

La elección del antipsicótico debe estar basada en la historia de respuesta del paciente a uno u otro medicamento, a las preferencias del paciente y al perfil de efectos colaterales.

Las intervenciones psicosociales en la fase aguda, de recuperación y de compensación de la enfermedad deben ser consideraciones que contribuyen a superar la situación de crisis del individuo y su familia y la relación y permanencia del individuo en su entorno.

Se recomienda las acciones psicoeducativas en todas los pacientes y familia, según recomendaciones Guía Clínica. Ver Anexo N° Algoritmo 1er. Brote EQZ.

Recomendaciones para T. Alimentarios: Criterios de Inclusión y Exclusión en la Unidad CAE.

Inclusión. Se incluirán en la Unidad todos aquellos casos que correspondan al diagnóstico estricto del CIE-10, en casos de AN y BN, sean hombres o mujeres, **mayores de 16 años.**

Dado que en muchos casos los TCA no concuerdan estrictamente a los criterios antes mencionados, es relevante establecer los criterios mínimos de inclusión a la Unidad.

- Inclusión en casos de AN atípica (F50.1):
- Dependiendo del tiempo de evolución, pueden presentarse casos donde a pesar de la abrupta y evidente pérdida de peso, el IMC esté por sobre el 17,5 descrito en el CIE-10. Si es evidente *la distorsión de la percepción corporal*, se presume que es posible que la paciente disminuya este índice a corto plazo. Entonces, en todos aquellos casos donde se presente un IMC de 17,5 o más, y la presencia del criterio C *distorsión de la imagen corporal*, se incluirán en el tratamiento.
- Dependiendo del tiempo de evolución, también pueden pesquisar casos donde no se presente amenorrea u otro trastorno endocrino. Si es evidente la *distorsión de la percepción corporal*, se presume que es posible que la paciente constituya un síndrome de inanición y consecuentemente una amenorrea. Entonces, todos aquellos casos donde hayan existido al menos 1 período de amenorrea o alteraciones del período menstrual y la presencia del criterio C., se incluirá en el tratamiento.

- Los casos ingresados pueden presentar comorbilidad, de tipo afectivo, obsesivos-compulsivos y de personalidad, pero se estudiarán los ingresos de aquellos casos donde se evidencie estructura psicótica o algún cuadro procesal. Se solicitarán los estudios pertinentes a la coordinación de Evaluación Diagnóstica de la Unidad de Psicoterapia.

Inclusión en casos de BN atípica (F50.3):

- Aunque en algunos casos no sea evidente la preocupación por el cuerpo y el peso corporal, se incluirán aquellos casos donde la actividad purgativa sea una conducta constante en la cotidianeidad de la paciente. Estos casos se incluyen en un subgrupo de BN, descrito por Giorgio Nardone (2002) denominado como Síndrome del Vómito o Vomiting¹.
- Casos donde se presentan conductas compensatorias sin haber existido atracones de comida, sino ingesta en pequeñas cantidades (Nardone, 2002).

Exclusión: AN y BN: Norma General, dada la forma y complejidad de la patología, esta unidad considera que es condición necesaria la presencia y participación de al menos un padre de la familia o pareja en el tratamiento para el inicio de éste. Si no se cuenta con esto, dadas la evidencias clínicas, el pronóstico puede ser negativo (Selvini Pallazolli, 1996; Nardone, 2002). Pacientes menores de 16 años. Retardo Mental Moderado a Severo. Presencia de algún impedimento para realizar la psicoterapia.

Exclusión en casos de AN:

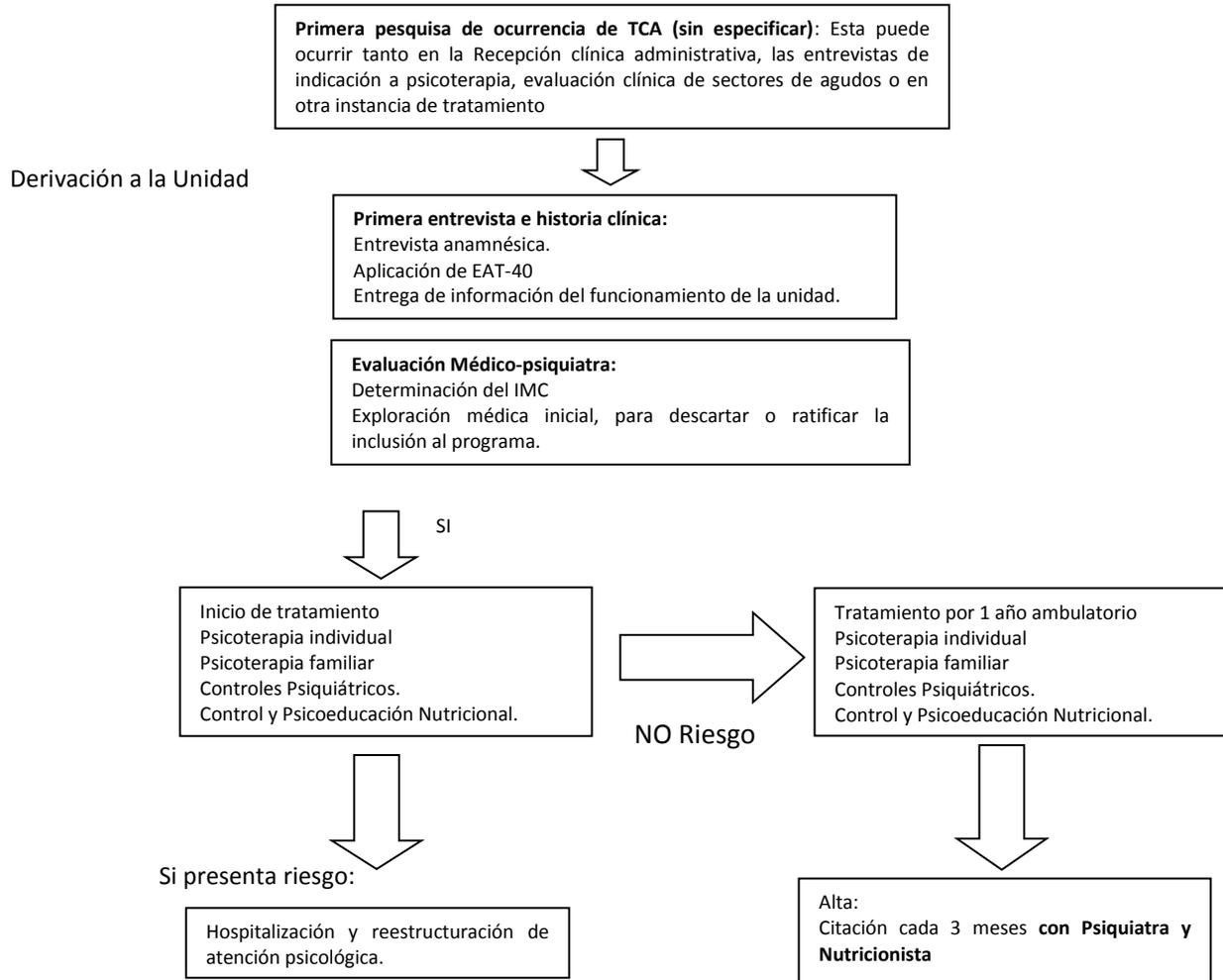
- Claras dudas sobre la presencia de la distorsión de la imagen corporal (Criterio C) Consultar.
- Trastorno de personalidad Antisocial.
- Esquizofrenia.

Exclusión en casos de BN:

- Presencia de conductas de ingesta compulsiva (Binge eating, trastorno por atracón), sin conductas compensatorias.
- Trastorno de personalidad Antisocial.
- Esquizofrenia.

¹ Esta distinción está construida a partir de la clínica terapéutica, y refiere a un trastorno alimentario basado en el hecho de comer y vomitar compulsivamente varias veces al día sin que exista una clara relación con otros criterios.

Esquema de Tratamiento de TAC en CAE:



6.4. Servicio de Urgencia, IPS.

Normas clínicas para la referencia a Servicio de Urgencia del IPS, se orienta a mayores de 15 años, que cumplan algunas de los siguientes 5 criterios clínicos.

I. Síndrome Suicidal y Conductas Autoagresivas.

- Ideación suicida manifiesta, persistente con y sin planificación.
- Intento de suicidio, que una vez estabilizado de un punto de vista médico, persistente con ideación suicida.
- Intento de suicidio, de alta letalidad, estabilizado de un punto de vista médico aunque no presente ideación suicida.
- Antecedentes de intentos suicidas y/o conductas autolesivas reiteradas, tanto impulsivas como planificadas.

II. Agitación Psicomotora y Agresividad.

- Episodio de agitación psicomotora, en curso o reciente, una vez descartas una causa neurológica, médica y/o toxica metabólica.
- Conductas agresivas, tanto físicas como verbales, en pacientes que sufran esquizofrenia, t. de ánimo, psicosis de otra etiología y demencia.
- Cabe señalar que toda conducta agresiva, que no se de en un contexto de enajenación mental y/o demencia, es de resorte de las fuerzas de orden pública y justicia.

III. Estupor e Inhibición Psicomotora.

Paciente vigil, inmóvil o con escasos movimientos voluntarios y reactivos, en el que ha descartado una causa neurológica, médica y/o tóxico metabólico.

IV. Cuadros Psicóticos.

- Pensamiento, lenguaje y comportamiento desorganizados y sin sentido.
- Fenómeno alucinatorio auditivo, visuales, olfatorios y/o cenestésicos.
- Ideas delirantes de cualquier contenido, vivencia autorreferentes (me miran, me siguen), imposición y/o robo de pensamientos.
- Todo síndrome confusional es de resorte médico y no psiquiátrico inicialmente.

V. Adicciones.

- Paciente adicta con consumo activo que este cursando un embarazo.
- Síndrome de abstinencia graves al alcohol.
- Disfunción autonómica presente: taquicardia mayor a 120 lat. por minuto, presión arterial sistólica mayor a 160 mmHg, taquipnea mayor a 28 ciclos por minuto, temblor +++ y diaforesis +++.
- Antecedentes de crisis convulsivas y/o fenómenos en otros cuadros abstinencia.

En caso de hospitalización en Servicio de Urgencia esta no puede exceder las 72 horas.

6.5. Ingreso PRAIS.

El Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos, es la respuesta del sector salud a las Violación a los Derechos Humanos cometidos durante la dictadura militar.

El Programa PRAIS se inserta en el SSMNorte, bajo la dependencia de la Subdirección de Gestión Asistencia. Se instala en La Red de los 75 centros asistenciales de diversa complejidad, desde su carácter programático y como unidad de atención especializada. Constituye un centro asistencial más, que desarrolla referencia y contrarreferencia, pero además transversaliza su quehacer salubrista, normando, orientando y capacitando a los distintos actores de la Red, dado su rol de Programa.

El equipo PRAIS, otorga atención integral en salud física y mental, en el ámbito individual, grupal y social-comunitario, de las personas afectadas por la represión política ejercida por el espacio de acogida y atención que permite evaluar la magnitud del daño y desarrollar intervenciones psicoterapéuticas, involucrando a los afectados en un rol activo en su rehabilitación.

Beneficiarios:

Familiares de Detenidos Desaparecidos y/o Ejecutados Políticos.

Ex Presos Políticos (1973 -1990).

Beneficiarios de la Ley Valech sobre prisión política y tortura.

Exiliados Políticos.

Y sus familiares, según norma técnica.

Personas que, durante al menos 10 años, hayan trabajado en torno a los derechos humanos entre 1973 y 1990.

Ingreso a PRAIS:

Para Ingresar al Programa, podrán solicitar hora de manera espontánea, vía telefónica o presencial. Se les otorgara una hora de ingreso con Asistente Social, donde se acreditará la calidad de beneficiario del programa mediante los documentos presentados, se abrirá una ficha clínica y se hará entrega de la o las credenciales PRAIS correspondientes (de uso indefinido), para hacer uso de la gratuidad en todo el sistema público de salud, independiente de su sistema previsional. (Fonasa, Isapre u Otro).

Documentos a presentar:

Todas las personas que realicen su Ingreso al Programa, se deberán presentar a la entrevista con Asistente Social, con la siguiente documentación:

- Copia de su cédula identidad.
- Libreta de matrimonio o certificados de nacimiento de los integrantes del grupo familiar, que acrediten su filiación.
- Certificado de residencia emitido por la junta de vecinos o certificado notarial.

Además de ello, deberán presentar algunos de los siguientes documentos dependiendo de la situación represiva vivida durante la dictadura militar.

a. **Exoneración Política.** Para acreditar dicha situación represiva, deberá presentar uno de los siguientes documentos:

- Decreto de Exonerado emitido por el Ministerio del Interior.
- Resolución Exoneración emitido por el Ministerio del Interior.
- Certificado de Exoneración emitido por el Ministerio del Interior (en original o copia de la persona que tuvo la pérdida de trabajo).

b. **Exilio.**

- Certificado del Ministerio de Justicia que acredita causal de salida con fecha de salida y fecha de Exilio del país.

- Certificado de Naciones Unidas o ACNUR que acredite la calidad de refugiado político (original o copia).
- c. **Prisión Política** para Víctimas **no reconocidas** por la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (Informe Valech). Documento oficial que acredite lugar de detención y causal (por ejemplo: copia de la página del libro de Contreras, fiscal militar, entre otras).
- d. **Prisión Política y Tortura** para víctimas **reconocidas** en el Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (Informe Valech), no requiere presentar documentación de respaldo. La Unidad PRAIS cuenta con dichos registros.
- e. **Familiar de Detenido Desaparecido o Ejecutado Político**. No requiere documento de respaldo. La Unidad PRAIS cuenta con el Informe de la Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación (Informe Retting).

Atención Especializada PRAIS:

Consiste en un tratamiento integral (medicina, psiquiatría, psicología y servicio social), para casos de complejidad moderada a severa, es decir, donde se evidencia una condición del sujeto que denota un daño severo en su estado de salud, como consecuencia, ya sea de manera directa o indirecta de los eventos traumáticos vividos entre 1973 y 1990, generando un compromiso evidente de salud física y mental.

Requisitos.

Ser beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos del SSMNorte y tener 15 años de edad en adelante. Para acceder a tratamiento, los pacientes podrán solicitar hora de manera espontánea vía telefónica o presencial y/o ser derivados vía SIC, desde cualquier dispositivo de la Red, la que podrá hacerse llegar vía correo electrónico o mediante el sistema de registro de lista de espera (LeWeb).

Se les brindará una hora para evaluación clínica, que consiste en una entrevista en dupla que se realiza todos los días jueves de 8:30 a 10:30 hrs. Am donde se determinara de acuerdo al nivel de complejidad de daño y su relación con los hechos represivos, si la atención será otorgada por la Unidad PRAIS, o requerirá para su resolución, de otro dispositivo de la Red. En el caso de iniciar tratamiento en la Unidad PRAIS, se le otorgará hora con algunos de los Profesionales del Equipo, ya sea en el área de la medicina, psiquiatría y/o psicología, de acuerdo a la necesidad y al plan de tratamiento. En el caso de requerir tratamiento en otro dispositivo de la Red de Salud, será derivado vía SIC, previa coordinación con el Coordinador PRAIS del Establecimiento SSMNorte correspondiente.

Ámbitos de tratamiento PRAIS, asociadas a las experiencias traumáticas, siendo de mayor prevalencia:

Trastorno de estrés Postraumático, Trastorno de Adaptación, Trastorno por Ansiedad, Trastorno de Personalidad y Duelo.

6.6. Criterios de Altas:

Se entenderá como un alta al egreso de los usuarios:

- Alta clínica: Usuario que cumplió con los objetivos terapéuticos definidos en el Plan de Tratamiento Integral (PTI) o a fin de tratamiento, en algunos casos llegando a estar asintomático y/o al momento del egreso se encuentra sin tratamiento farmacológico
- Alta administrativa: Usuario que no completó proceso de tratamiento por abandono del mismo, a pesar de acciones de rescate por parte del equipo de salud mental y/o 45 días de inasistencia a controles (Manual REM).
- Alta por fallecimiento.
- Alta por contrarreferencia a otro nivel de atención o a otro Servicio de Salud.

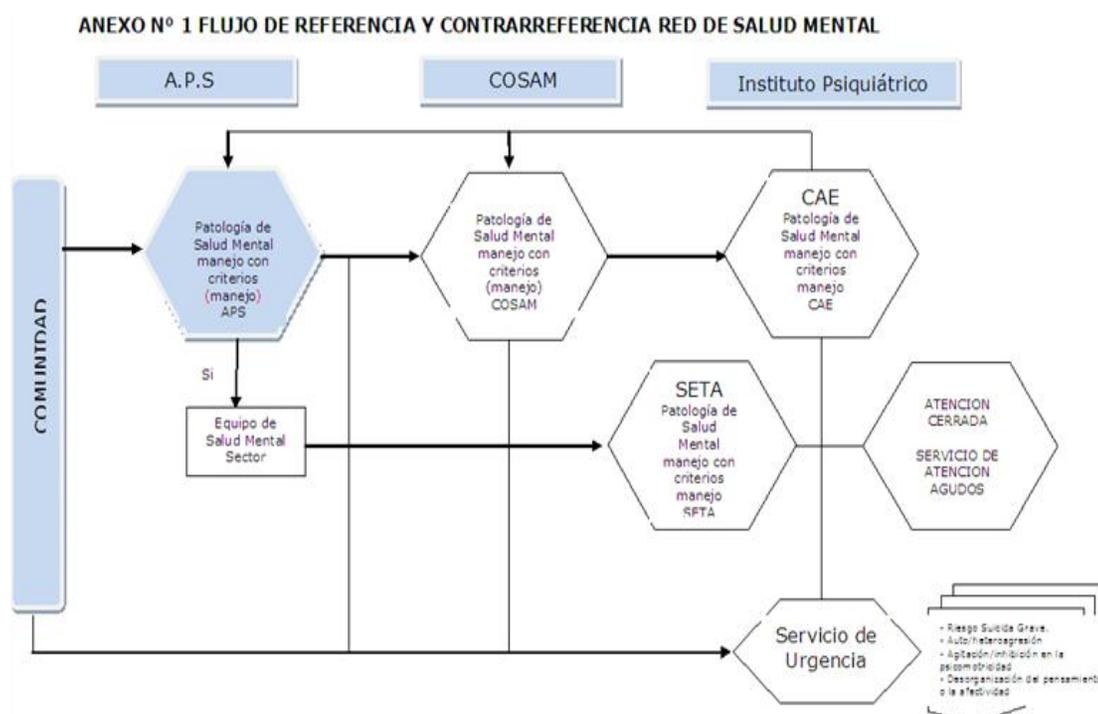
6.7. Resumen de Niveles de Atención.

Ver Excel.

7. Indicadores de Monitoreo y Evaluación:

Aplicación de Análisis de Pertinencia de Derivación por Protocolo y Tiempo, Trimestral y Anual, según norma Ministerial.

8. Flujograma:



9. Anexos.

ANEXO N° 1: Algoritmo EQZ 1º BROTE, Guía GES Junio 2017.

ANEXO N° 2: Algoritmo T. Alimentario Bulimia y Anorexia, Protocolo Res. Exenta N° 28, 14.01.2013.

ANEXO N° 3: Formulario Registro de Rescate Contacto Telefónico

ANEXO N° 4: Formulario Registro Rescate Visita Domiciliaria.

ANEXO N° 5: Causales de Salida de Lista de Espera.

ANEXO N° 6: Formato Carta Certificada.

ANEXO N° 7: Horarios de Atención Red Salud Mental Adulto.

ANEXO N° 8: Formato de SIC para Comunidades Terapéuticas de la Red SSMNorte.

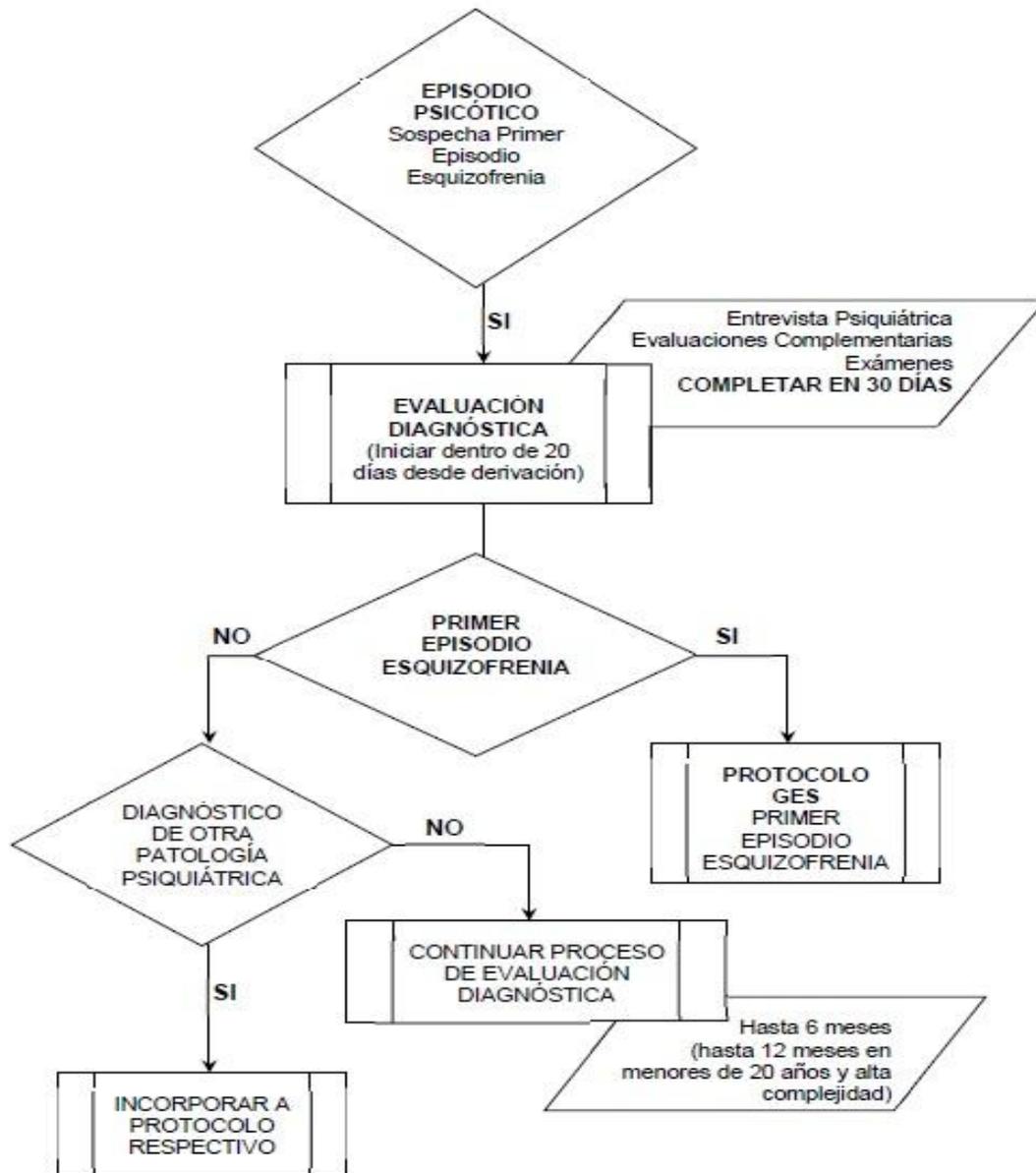
ANEXO N° 9: Arsenal Farmacológico COSAM, Reunión Directores COSAM 10/10/17.

ANEXO N° 10: Datos a Registrar en la Le Web.

10. Distribución:

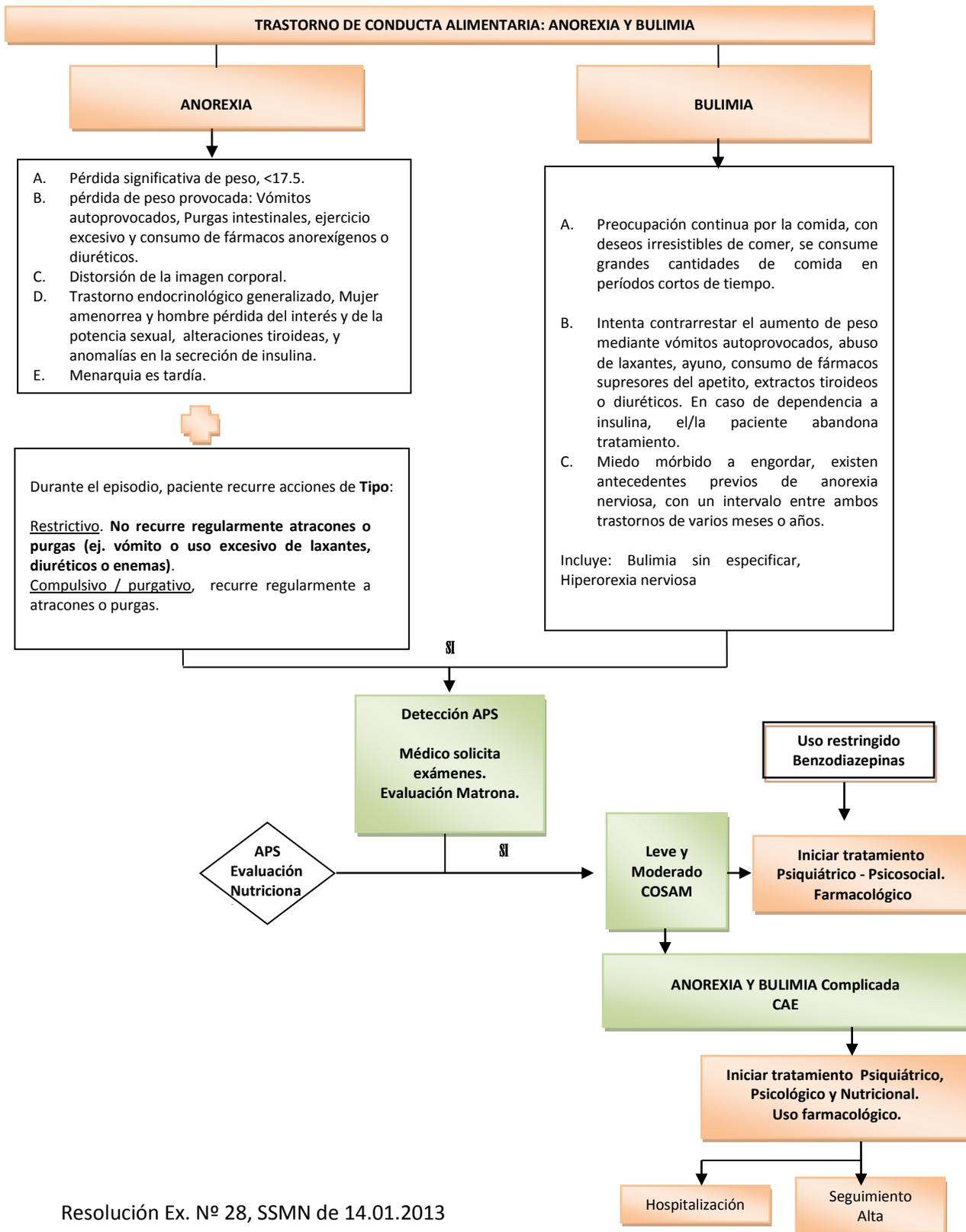
Depto. Salud de Comunas Red SSMNorte, PRAIS, INCANCER, Hospital Roberto del Río, Complejo Hospitalario San José, Comunidades Terapéuticas, Dirección SSMNorte, Distribución Interna.

ANEXO Nº 1: ALGORISTMO EQZ 1º BROTE, Guía GES Junio 2017.



ANEXO Nº 2: T. Alimentario, Bulimia y Anorexia Nerviosa.

Flujo de Derivación:



Resolución Ex. Nº 28, SSMN de 14.01.2013

ANEXO N° 3: Formulario Registro de Rescate Contacto Telefónico

Servicio de Salud
Metropolitano
Norte
Región Metropolitana
Ministerio de Salud

Registro Contacto Telefónico SSMN

1. IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R.U.N.	FONO FIJO	FONO MÓVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE ENTRADA A LISTA DE ESPERA	ESPECIALIDAD	TIPO DE ATENCIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	GES <input type="checkbox"/> NO GES <input type="checkbox"/>
SOSPECHA DIAGNÓSTICA/ PROBLEMA DE SALUD		NIVEL DE ATENCIÓN CITACIÓN
<input type="text"/>		ATENCIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> ATENCIÓN SECUNDARIA <input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL CONTACTO TELEFÓNICO

¿SE CONCRETA LA LLAMADA? SI NO

SI LA RESPUESTA ES "NO", COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

FECHA PRIMER LLAMADO HORARIO HÁBIL (LUNES A VIERNES DE 08:00 A 20:00 HORAS)	<input type="text"/>	NÚMERO TELEFÓNICO DISCADO	<input type="text"/>
FECHA SEGUNDO LLAMADO HORARIO HÁBIL (LUNES A VIERNES DE 08:00 A 20:00 HORAS)	<input type="text"/>	NÚMERO TELEFÓNICO DISCADO	<input type="text"/>
FECHA TERCER LLAMADO HORARIO INHÁBIL (SÁBADOS Y DOMINGOS TODO EL DÍA)	<input type="text"/>	NÚMERO TELEFÓNICO DISCADO	<input type="text"/>

SI LA RESPUESTA ES "SI", COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

FECHA DEL CONTACTO TELEFÓNICO

¿SE ENTREGA CITACIÓN AL USUARIO? SI NO

¿USUARIO ACEPTA ATENCIÓN? SI NO

SI LA RESPUESTA ES "NO", SEÑALE EL MOTIVO POR EL CUAL EL USUARIO NO ACEPTA LA ATENCIÓN:

<input type="checkbox"/> YA RECIBIÓ ATENCIÓN	<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO
ESPECIFIQUE LUGAR DE ATENCIÓN <input type="text"/>	ESPECIFIQUE FECHA DE FALLECIMIENTO <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA (USUARIO SE RECUPERA DE SU PATOLOGÍA SIN RECIBIR TRATAMIENTO)	<input type="checkbox"/> ERROR DE REGISTRO (USUARIO NO RECONOCE ENCONTRARSE EN ESPERA DE ATENCIÓN)
<input type="checkbox"/> RENUNCIA O RECHAZA ATENCIÓN	

ESPECIFIQUE MOTIVO DE RENUNCIA O RECHAZO

OBSERVACIONES DEL CONTACTO TELEFÓNICO

3. DATOS RESPONSABLE QUE REALIZA CONTACTO TELEFÓNICO

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R.U.N.	ESTABLECIMIENTO	COMUNA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO N° 4: Formulario Registro Rescate Visita Domiciliaria.

Servicio de
Salud
Metropolitano
Norte
Región Metropolitana
Ministerio de Salud

Registro Visita Domiciliaria SSMN

1. IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R.U.N.	FONO FIJO	FONO MÓVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO, BLOQUE, POBLACIÓN O VILLA, COMUNA)	TIPO DE ATENCIÓN	
<input type="text"/>	GES <input type="checkbox"/> NO GES <input type="checkbox"/>	
FECHA DE ENTRADA A LISTA DE ESPERA	ESPECIALIDAD	SOSPECHA DIAGNÓSTICA/ PROBLEMA DE SALUD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. DATOS DE LA VISITA

FECHA DE LA VISITA

¿SE CONCRETA LA VISITA? SI NO

SI LA RESPUESTA ES "NO", SEÑALE EL MOTIVO POR EL CUAL NO SE CONCRETA LA VISITA:

DOMICILIO NO CORRESPONDE DIRECCIÓN NO EXISTE

NO HAY NADIE EN LA VIVIENDA OTRO MOTIVO*

NO ACEPTA LA VISITA *

SI LA RESPUESTA ES "SI", COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

¿USUARIO ACEPTA ATENCIÓN? SI NO

SI LA RESPUESTA ES "NO", SEÑALE EL MOTIVO POR EL CUAL EL USUARIO NO DESEA LA ATENCIÓN:

YA RECIBIÓ ATENCIÓN FALLECIMIENTO

ESPECIFIQUE LUGAR DE ATENCIÓN ESPECIFIQUE FECHA DE FALLECIMIENTO

RENUNCIA O RECHAZA ATENCIÓN ERROR DE REGISTRO (USUARIO NO RECONOCE ENCONTRARSE EN ESPERA DE ATENCIÓN)

ESPECIFIQUE MOTIVO DE RENUNCIA O RECHAZO

RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA

OBSERVACIONES DE LA VISITA

FIRMA USUARIO/ FAMILIAR/ OTRO

3. DATOS RESPONSABLE QUE REALIZA LA VISITA

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R.U.N.	CENTRO DE SALUD	COMUNA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO N° 5: Formato Carta Certificada.

Servicio de Salud Metropolitano Norte
Hospital.....



CARTA N°000000...

Santiago, de 201...

Sr/Sra:

PRESENTE

Estimado Usuario/a:

En el Establecimiento "....." usted aparece formando parte de nuestra lista de espera de (Consulta de Especialidad y/o Intervención Quirúrgica)

Lamentablemente, nos ha sido imposible tomar contacto con usted, dado que el número telefónico "xxxxxxxx" registrado al parecer no corresponde, según las búsquedas e intentos realizados por nuestro call-center. *(En caso de no tener número de teléfono registrado, reemplace frase por "Lamentablemente, nos ha sido imposible tomar contacto con usted, dado que no contamos con un número telefónico de contacto")*

Es por esto que le solicitamos acuda a nuestro Establecimiento "....." directamente a la oficina "....." ubicada en "....." o comuníquese al teléfono "....." Correspondiente a la Unidad "....." o al correo electrónico: ".....@....." para que actualice sus teléfonos de contacto.

Nuestro objetivo es poder dar respuesta a su necesidad de atención.

De no recibir respuesta a esta carta en un plazo máximo de 3 meses de la fecha de emisión de la misma, se entenderá que podemos retirarlo de nuestra Lista de Espera de Especialidades y/o Intervenciones quirúrgicas.

Saluda atentamente a usted

.....
DIRECTOR/A
Nombre Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Norte

PD₁: Si por alguna situación de fuerza mayor usted se presenta o contacta en un plazo posterior al señalado, su caso será evaluado por Comité de Gestión de Demanda local, definiéndose un criterio de prioridad clínico por sobre el tiempo de espera.

PD₂: Al mismo tiempo, si su caso ya se encuentra resuelto o en gestión, le agradeceremos tomar contacto para de todos modos actualizar su situación en nuestros registros.

ANEXO N°6: Causales de Salida de Lista de Espera.

Nº	CAUSAL	TIPO DE PRESTACIÓN	ACLARACIÓN	RESPALDO
1	Atención Realizada	1-2		Ficha clínica y la hoja de estadística diaria, ya sea soporte digital o papel.
4	Atención Otorgada en el Extra sistema	1-2		Registro del contacto realizado con el paciente mediante el cual se evidencia la causal, consignada en la ficha clínica o en sistema informático, la fecha de contacto, la persona contactada , teléfono , la prestación recibida en el extra sistema y el responsable del contacto .
5	Cambio de Asegurador	1-2	Corresponde a aquellos casos en, los cuales la afiliación del paciente se comprueba asociada a una ISAPRE.	Impresión del certificado previsional desde el Validador FONASA incorporado a la ficha clínica
6	Renuncia o Rechazo voluntario	1-2		Registro del contacto realizado con el paciente mediante el cual se evidencia la causal, consignada en la ficha clínica o en sistema informático la fecha de contacto , la persona contactada , teléfono si corresponde, el rechazo (motivo del rechazo de obtenerse) y el responsable del contacto .
7	Recuperación espontánea	1-2	Corresponde a la recuperación del usuario sin atención solicitada	Registro del contacto realizado con el paciente mediante el cual se evidencia la causal, consignada en la ficha clínica o en sistema informático. Fecha de contacto , la persona contactada , teléfono si corresponde, y el responsable del contacto .
8	Inasistencia	1-2	Corresponde a la existencia de <u>dos inasistencias efectivas sin previo aviso por parte del paciente.</u> Esta causal considera como inasistente efectivo a aquel paciente que <u>confirma su asistencia previamente y finalmente no se presenta.</u> No aplica a pacientes que no son contactados para confirmar cita. El uso de correo certificado para citación será válida como contacto efectivo solo si la empresa de correo, acredita la entrega de la carta al usuario o quien lo represente. (carta certificada o citación en terreno)	Hoja estadística diaria indicando paciente inasistente o NSP (No se presenta)

Nº	CAUSAL	TIPO DE PRESTACIÓN	ACLARACIÓN	RESPALDO
9	Fallecimiento	1-2-	Fecha del fallecimiento verificada en el registro civil directamente, o en página DEIS por publicación de pacientes fallecidos.	Registro de fecha de fallecimiento, fuente de información y responsable del registro en Ficha Clínica soporte digital o papel o sistema informático de Agendamientos o de confirmación de citas o similar.
10	Solicitud de Indicación Duplicada	1-2-	Registro obtenido desde RNLE frente a carga de información.	ID asignado por RNLE, respaldo en soporte digital del registro en medio de almacenamiento definido por referente lista espera establecimiento.
11	Contato no corresponde	1-2		Reporte por escrito de datos de contactos inválidos o inexistentes mediante <u>visita domiciliaria</u> institucional o contratada o <u>carta certificada</u> , incorporado en la Ficha clínica o en medio de almacenamiento soporte digital o papel de fácil identificación frente a una fiscalización.
13	Traslado coordinado	1-2	El establecimiento destino debe reconocer la antigüedad del ingreso a LE del paciente	Respaldo soporte digital de registro de coordinación entre referentes de lista espera frente al traslado, en un medio de almacenamiento definido por el referente de lista espera del establecimiento y/o Servicio de salud. Por ejemplo, email enviado informando.
14	No pertinencia	1-2	Interconsulta que no cumple con protocolos de derivación a consulta de especialidad desde APS. En caso de error de especialidad no aplica causal <u>si no corrección de dato</u>	Respaldo de la revisión de la ficha clínica en la cual no existe indicación médica de la prestación en lista de espera además del resultado de contacto telefónico o presencial con el paciente en el que se señale no tener conocimiento de dicha indicación, el registro debe constar en el sistema informático Local o en ficha clínica. (Indicando nombre y run de la persona contactada, día de llamada o entrevista, teléfono contactado si corresponde, y la respuesta recibida).
15	Error de digitación	1-2	Aplica para aquellos registros que fueron generados erróneamente dado que nunca existió la indicación para el paciente de consulta de especialidad o de un procedimiento. No corresponde utilizarla cuando sea factible corregir o modificar el registro.	Respaldo de la revisión de la ficha clínica en la cual no existe indicación médica de la prestación en lista de espera además del resultado de contacto telefónico o presencial con el paciente en el que se señale no tener conocimiento de dicha indicación, el registro debe constar en el sistema informático Local o en ficha clínica. (indicando nombre y run de la persona contactada, día de llamada o entrevista, teléfono contactado si corresponde, y la respuesta recibida)

Nota: Tipo de Prestación: 1 "Consulta Nueva"; 2 "Control".

ANEXO N° 7: Horarios de Atención Red Salud Mental Adulto, SSMNorte

APS: Dirigirse a los Somes de cada Establecimiento, en horario de atención Público, 8 a 16 hrs.

COSAM: Según horarios.

COSAM	Primera Acogida COSAM.
Colina	Lunes: 14 a 16 hrs.; Miércoles y Viernes de 10 a 12 hrs. (Adulto) Lunes: 14 a 16 hrs.; Martes, Miércoles y Viernes 10 a 12 hrs. (OH-Drogas)
Conchalí	Lunes a Viernes: 9:00 a 11:00 hrs.
Huechuraba	Lunes a Viernes: 9:00 a 12 hrs.
Independencia	Lunes a Viernes: 9:00 a 10 hrs. y 17 a 18 hrs.
Quilicura	Lunes- Miercoles-Viernes: 9:00 a 11 hrs.
Lampa	Lunes a Viernes 9:00 a 12:30 hrs. y 14:30 a 16:30 hrs.
Recoleta	Lunes a Viernes: 10 a 12 hrs. y 15 a 16.30 hrs.
Til Til	Lunes a Viernes: 9:30 a 11:30 hrs.

Instituto Psiquiátrico: CAE y SETA: Cuentan con un Sistema de Gestión de Contacto Institucional, de las SIC ingresadas a Plataformas SIGGES y/o Leweb y toda SIC emitida por Red Servicio de Salud, las solicitud de atención la responderá el **SOME IPS**. Quienes serán responsables de gestionar hora telefónica al usuario.

<u>SOME, IPS</u>	Fono: 225759006 admision_central.psi@redsalud.gov.cl	Esta casilla de correo distribuye a los siguientes destinatarios: Claudio Toro, Jefe de SOME. Maria José Jiménez, U. Admisión SOME. Luis Soto, U. Admisión SOME. Rodrigo Corvalán, Encargado Admisión SOME.
CAE	Teléfono Recepción Ambulatorio CAE: 225759053 - 225756054 EU Coord. CAE: 225759052. Jaime.aguilera@redsalud.gov.cl	Secretaría CAE: mariac.velasquez@redsalud.gov.cl , 225759072 225759071
SETA	Teléfono, Recepción Ambulatorios SETA: 225758977 EU Coord. SETA: mariajose.perez.n@redsalud.gov.cl 225758979	Secretaria SETA: 225758975 karina.cortes@redsalud.gov.cl
Servicio Urgencia	Teléfono Secretaría Urgencia: 225758933 Teléfono Clínica Damas: 225758941 Teléfono Clínica Varones: 225758934	Correo electrónico Secretaría Urgencia: olga.pavez@redsalud.gov.cl margarita.hernandezh@redsalud.gov.cl

Dirección: CAE y SETA, IPS, Avda. La Paz 841.

Dirección: Servicio de Urgencia, Olivos 837.

Oficina PRAIS del SSMNorte, Maruri 272, 2do. Piso, Independencia.

Fonos: 225756640 – 225756575 – MINSAL 256540 – 256575. Correos: prais.ssmn@redsalud.gov.cl

ANEXO N° 8: Formato de SIC para Comunidades Terapéuticas de la Red SSMNorte.

MINISTERIO DE SALUD
S.S. METROPOLITANO NORTE
INSTITIJO PSIQUIATRICO DR. JOSE HORWITZ BARAK
SERVICIO ALCOHOL Y DROGAS



FORMULARIO DE INTERCONSULTA

FECHA SOLICITUD:
NOMBRE ESTABLECIMIENTO:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____

RUT	FECHA NACIMIENTO	
DOMICILIO	COMUNA	
ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	
TELEFONO CASA:	ACTIVIDAD:	
TELEFONO DE CONTACTO:	PREVISION:	

EVALUACION DE REFERENCIA

DIAGNOSTICO DE REFERENCIA (CIE10):

--

MOTIVO DE REFERENCIA:

--

RUT DEL PROFESIONAL: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

ANEXO N° 9: Arsenal Farmacológico APS Y COSAM

	LISTADO DE FÁRMACOS APS/COSAM 2017 - 2018	COSAM	APS	CODIFICACIÓN
1	ACIDO FOLICO 5 MG	1	1	0: NO DISPONIBLE
2	ACIDO VALPROICO CP 250 MG	2	0	1: LIBRE DISPOSICIÓN
3	ALPROZALAM CM 0,5 MG	1	1: RUBRO ANSIOLITICOS Y T. SUEÑO	2: CANASTA GES DEPRESIÓN
4	AMITRIPTILINA CM 25 MG.	1	1: RUBRO ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	3: SOLO PARA TRATAMIENTO PARKINSON
5	ARIPIPIRAZOL 10 MG	1	0	4: SOLO TRATAMIENTO OH/DROGAS
6	ARIPIPIRAZOL 15 MG	1	0	5: SOLO TRATAMIENTO DEFICIT ATENCIONAL
7	BUPROPION 150 MG	2	0	
8	CARBAMAZEPINA CM 200 MG	2	Anticonvulsivante	
9	CITALOPRAM 20 MG	1	0	
10	ESCITALOPRAM 10 MG	1	0	
11	CLOMIPRAMINA CM 25 MG	1	0	
12	CLONAZEPAM CM 0.5 MG	2	0	
13	CLONAZEPAM CM 2 MG	1	0	
14	CLORPROMAZINA CM 25/ 100 MG	2	1: RUBRO: NEUROLEPTICOSANTIPSICOTICOS	
15	CLORPROMAZINA INYECTABLE 12,5 MG/ML	1	1: RUBRO: NEUROLEPTICOSANTIPSICOTICOS	
16	DIAZEPAM CM 10 MG	2	1: RUBRO ANSIOLITICOS Y T. SUEÑO	
17	DISULFIRAMO 500 MG	1	1: RUBRO TRATAMIENTO OH	
18	DULOXETINA 30 MG CP	1	0	
19	FENITOINA 100 MG	1	0	
20	FLUOXETINA CM 20 MG	1	1: RUBRO INHIBIDORES RECEPTACIÓN DE SEROTONINA	
21	FLUFENAZINA DECANOATO 25 MG / 1 ML	2	0	
22	FLUOXETINA CM 20 MG	2	1: Antidepressivo	
23	HALOPERIDOL CM 1 MG	1	1: RUBRO BUTIROFENONAS, COMPRIMIDO	
24	HALOPERIDOL CM 5 MG	2	1: RUBRO BUTIROFENONAS, COMPRIMIDO	
25	HALOPERIDOL DECANOATO 50 MG/ ML AM	2	0	
26	IMIPRAMINA CM 25 MG	1	1: RUBRO ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	
27	LAMOTRIGINA 50 MG	1	1: Anticonvulsivante	
28	LAMOTRIGINA 100 MG	2	1: Anticonvulsivante	
29	LEVOTIROXINA CM 100 MCG	1	1: RUBRO PREPARADOS TIROIDES	
30	LITIO CARBONATO CM 300 MG.	2	0	
31	LORAZEPAM CM 1 MG	0	1: RUBRO ANSIOLITICOS Y T. SUEÑO, RESTRINGIDO A.MAYOR	
32	LORAZEPAM CM 2 MG	1	0	
33	MIRTAZAPINA CM RANURADO 30 MG	1	0	
34	OLANZAPINA 10 MG	2	0	
35	PAROXETINA 20 MG	2	2: SOLO PARA EL TRATAMIENTO DEPRESIÓN	
36	PERICIAZINA GOTAS ORALES 40 MG/mL	1	0	
37	PIPOTIAZINA PALMIT. 25 MG/ ML	1	0	
38	PROPANOLOL 10 MG	1	0	
39	PROPANOLOL 40 MG	1	0	
40	QUETIAPINA 100 MG	2	3: SOLO PARA TRATAMIENTO PARKINSON	
41	RISPERIDONA 1 MG	2	4: SOLO TRATAMIENTO CONSUMO PERJUDICIAL OH/DROGAS MENORES 20 AÑOS	
42	RISPERIDONA 3MG	2	0	
43	SERTRALINA 50 MG	2	0: RUBRO INHIBIDORES RECAPTACIÓN DE SEROTONINA	
44	TRIHEXIFENIDILLO CM 2 MG	2	3: SOLO PARA TRATAMIENTO PARKINSON	
45	VENLAFAXINA 75 MG	2	2: SOLO PARA EL TRATAMIENTO DEPRESIÓN	
46	ZOLPIDEM 10 MG	1	0	
47	ACIDO VALPROICO CM 200MG	1	0	
48	ACIDO VALPROICO CM 500MG lib prolong	2	0	
49	ACIDO VALPROICO GOTAS FC (ATEMPERATOR) 375MG/ML	1	0	
50	*CLORPROMAZINA CM 25MG	1	1	
51	METILFENIDATO CLORHIDRATO 10MG.(NEBAPUL)	5	5: SOLO TRATAMIENTO DEFICIT ATENCIONAL	
52	RISPERIDONA GOTAS FC 30ML (DAGOTIL)	5	0	
53	TIAMINA 10 mg	1	0	
54	MELATONINA 3 mg	1	0	
55	TRAZODONA 100 mg	1	0	
56	LEVODOPA BENSERAZIDA 200/50 MG	3	3: SOLO PARA TRATAMIENTO PARKINSON	
57	LEVODOPA CARBIDOPA 250/25 MG	3	3: SOLO PARA TRATAMIENTO PARKINSON	
58	PRAMIPEXOL (CLOHIDRATO) 0.25 MG	3	3: SOLO PARA TRATAMIENTO PARKINSON	
59	PRAMIPEXOL (CLOHIDRATO) 1 MG	3	3: SOLO PARA TRATAMIENTO PARKINSON	
60	OLANZAPINA 10 MG	6	6 SOLO EN ESTABLECIMIENTOS QUE ASEGUEN EL SEGUIMIENTO DE NIVELES PLASMÁTICOS	
61	CLOZAPINA	6	6 SOLO EN ESTABLECIMIENTOS QUE ASEGUEN EL SEGUIMIENTO DE NIVELES PLASMÁTICOS	
	APS: ARSENAL FARMACOLÓGICO SSMNORTE			
	COSAM: ARSENAL ACORDADO REUNIÓN 10-OCT. 2017			

ANEXO N° 10: Datos a Registrar en la Le Web.

La LeWeb debe cumplir los siguientes **requisitos**:

- Según corresponda al nivel de atención, debe tener todos los campos completos según responsabilidad de llenado
- Ser legible
- Tener el registro fiel de los datos de la Interconsulta
- Los campos de la LeWeb son:
 - SERV_SALUD: Servicio de Salud
 - RUN: Rol Único Nacional del paciente
 - DV: dígito verificador del paciente
 - NOMBRES: al menos un nombre, registrar dos nombres o más si los tuviera
 - PRIMER_APELLIDO: primer apellido, corresponde frecuentemente al apellido paterno.
 - SEGUNDO_APELLIDO: segundo apellido, corresponde frecuentemente al apellido materno.
 - FECHA_NAC: fecha de nacimiento
 - SEXO: registrar 2 si es femenino, 1 si es masculino.
 - PREVISION: registrar si es FONASA y su clasificación, ISAPRE, Fuerzas Armadas, Particular, Otros Convenios registrando el correspondiente.
 - TIPO_PREST: "Tipo de Prestación", identificar la prestación:
 - Tipo 1 Consulta nueva de Especialidad (es ésta la que corresponde a este proceso)
 - Tipo 2 Consulta Repetida o de Seguimiento
 - Tipo 3 Procedimiento y diagnóstico
 - Tipo 4 Intervención Quirúrgica: No aplica a la Institución.
 - Tipo 5 Intervención Quirúrgica Compleja: No aplica a la Institución.
 - PRESTA_MIN: "Prestación MINSAL", este campo corresponde a Consulta de Especialidad o Intervención Quirúrgica mediante el ingreso del código, en nuestro caso corresponde 07-117-0.
 - PLANO: No Aplica, solo para Intervención Quirúrgica.
 - EXTREMIDAD: No Aplica, solo aplica para Intervención Quirúrgica.
 - PRESTA_EST: se debe colocar "Psiquiatría"
 - F_ENTRADA: "Fecha de Entrada", fecha registrada en la Interconsulta, corresponde a la fecha de realización de ésta por el Médico.
 - ESTAB_ORIG: registrar el Código del establecimiento que deriva
 - ESTAB_DEST: registrar el Código del Instituto Psiquiátrico (IPS): 09-102
 - F_SALIDA: "Fecha de Salida", dato obligatorio solo si existe valor en el campo Causal de Salida, el establecimiento que otorgó la atención o prestación de Salida. Se debe validar que la fecha debe ser mayor o igual a la fecha de Entrada (campo que registra el IPS)

- C_SALIDA: "Causal salida", dato obligatorio solo si existe valor en el campo Fecha de Salida, Establecimiento que otorgó la atención o prestación de Salida, las causales que corresponden a Consulta nueva de Especialidad están descritas en Anexo 1.
- E_OTOR_AT: "Establecimiento que otorga la atención", Código del establecimiento que da la prestación, IPS: 09-102.
- PRESTA_MIN_SALIDA: "Prestación MINSAL", para IPS corresponde 07-117-0
- PRAIS: registrar 1 si no corresponde y 2 si el paciente es PRAIS
- REGION: registrar 13
- COMUNA: registrar código de la Comuna.
- SOSPECHA_DIAG: "Sospecha Diagnóstica", registrar la hipótesis diagnóstica registrada por el Médico derivador, según CIE 10.
- CONFIR_DIAG: "Confirmación Diagnóstica", registrar el diagnóstico del Psiquiatra.
- CIUDAD: registrar en palabras la Ciudad: Santiago.
- COND_RURALIDAD: "Condición Ruralidad", si el paciente tiene domicilio en localidad rural colocar 2, en caso contrario registrar 1.
- VIA_DIRECCION: Los valores posibles del listado son Calle, Pasaje, Avenida u Otro.
- NOM_CALLE: "Nombre de la calle donde reside", siendo lo más explícita posible, ante la eventualidad de realizar Visita Domiciliaria.
- NUM_DIRECCION: número del domicilio.
- RESTO_DIRECCION: Continuación de dirección en caso de Block
- FONONO_FIJO: teléfono de la casa o de alguna persona cercana (familiar u otro) para dejar citaciones u otros mensajes.
- FONONO_MOVIL: registro de un celular, del paciente o de familiar, vecino o amigo, con la finalidad de poder contactarse con el paciente o dejar mensajes de citaciones u otros.
- EMAIL: registro de correo electrónico del paciente o familiar, amigo o vecino, con la finalidad de dejar mensajes de citaciones u otros
- F_CITACION: campo que registra el IPS, registra la fecha de citación al Médico Psiquiatra.
- RUN_PROF_SOL: "RUN Profesional que solicita", registrar el Rol Único Nacional del Médico derivador
- DV_PROF_SOL: Dígito Verificador del Médico derivador
- RUN_PROF_RESOL: "RUN del Profesional Resolutivo", Médico que otorga la prestación en el IPS.
- DV_PROF_RESOL: DV Profesional Médico que otorga la prestación en el IPS.