
	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-39
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA TRASTORNO DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD	F. Emisión : 14/10/11 F. Revisión : 14/10/13 Página 1 de 15

**PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

2011-2013

Elaborado por	Revisado por	Autorizado por
Dra. Valeria Rojas Osorio	Dr. Francisco A/mijo B. Dra. Rayen Cac D	Dra. Mariana Estefan S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 17/08/11	Fecha: 13/10/11	Fecha: 14/10/11



	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-39
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA TRASTORNO DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD	F. Emisión : 14/10/11 F. Revisión : 14/10/13 Página 1 de 8

**PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

2011-2013

Elaborado por	Revisado por	Autorizado por
Dra. Valeria Rojas Osorio	Dr. Francisco Armijo B. Dra. Rayén Gac D	Dra. Margarita Estefan S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 17/08/11	Fecha: 13/10/11	Fecha: 14/10/11

Introducción

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es una condición muy frecuente en la población infanto juvenil, con una prevalencia estimada de 10% en los niños/as menores de 15 años y el no recibir un tratamiento adecuado conlleva consecuencias negativas tanto para ellos como para sus familias.

Además de ser un síndrome que se manifiesta con síntomas muy parecidos a otros trastornos de salud mental, puede además co-existir con varios de ellos como Trastornos de la Expresión Conductual, Trastornos del Ánimo, Trastorno Ansioso, Retardo Mental o ser la expresión de problemas tan graves como situaciones de Abuso o Maltrato Infantil.

1. Objetivo general

Los niños que presentan TDAH carecen de las herramientas necesarias para lograr mantenerse en el sistema educacional y la aceptación social necesarias para llegar a ser adultos insertos en la sociedad, por lo tanto, la Red de Salud tanto a nivel secundario y primario deben entregar tanto a ellos como a sus familias un sistema de atención integral, accesible, equitativo, multidisciplinario e interdisciplinario, organizados en red, capaz de detectarlos de forma oportuna y de ofrecerles el apoyo correspondiente.

2. Objetivos específicos

3.1 Desarrollar un sistema de atención equitativo, homogéneo, sistematizado y de calidad en los centros de salud de nivel primario de la red SSVQ con una accesibilidad oportuna.

3.2 Facilitar la derivación al nivel secundario a los hospitales de la red

3. Alcance

3.1. Médicos de Atención Primaria de Salud

3.2. Médicos de Unidades de Salud Mental Infantil de Hospitales de la Red

3.3. Médicos Jefes de Servicios Pediátricos de Hospitales de la Red

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**

El TDAH es el más frecuente y controvertido de los trastornos del desarrollo. Se caracteriza fundamentalmente por una tríada de desatención, hiperactividad e impulsividad más allá de lo normal para la edad, que afectan las condiciones para el aprendizaje y la conducta social del niño, especialmente en situaciones de mayor exigencia de autocontrol. Deterioran el rendimiento escolar y pueden generar problemas emocionales y conductuales, aumentando el riesgo de maltrato.

Su diagnóstico se basa en criterios establecidos en El DSM IV, el cual lo clasifica en tres subgrupos según predominio de desatención (1°) hiperactividad (2°) o mixto (3°) o en el CIE 10. El diagnóstico requiere la exclusión de otras condiciones que pueden llevar a confusión como son el comportamiento propio de la edad en niños activos, niños con retardo mental ubicados en escuelas inapropiadas, trastornos de aprendizaje, trastornos conductuales reactivos, déficit primario de la atención, autismo, etc.

6. **Responsable**

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

7. **Fundamento:**

Dada la importancia como problema de Salud Pública, por la magnitud del problema y sus consecuencias, la Unidad de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Gustavo Fricke trabaja desde el año 2003 con un programa de intervención liderado por el sector salud y asentado en la APS, la que bajo el Modelo de Salud Familiar están en condiciones de tomar este desafío en beneficio de sus usuarios y además como una forma de mejorar su resolutivez. Se plantea según esquema adjunto, que el diagnóstico se realice en APS y solo aquellos pacientes con comorbilidad psiquiátrica (app. 30%) sean derivados a nivel secundario.

Los pacientes ingresan al programa derivados por escuelas (con Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB existe una coordinación directa y expedita), demanda espontánea en su consultorio o desde interconsultas generadas por otras especialidades a nivel terciario.

Luego de tamizaje realizado por especialistas de Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, aquellas interconsultas generadas dentro del mismo hospital con diagnóstico de Obs. TDAH son enviadas a AP para ser evaluadas dentro del programa.

8. Prioridad de la derivación desde nivel APS a nivel secundario

Prioridad 1: TDAH con Comorbilidad Psiquiátrica Severa.

Prioridad 2: TDAH sin respuesta farmacológica.

Prioridad 3: TDAH con RM u otro Trastorno Neurológico.

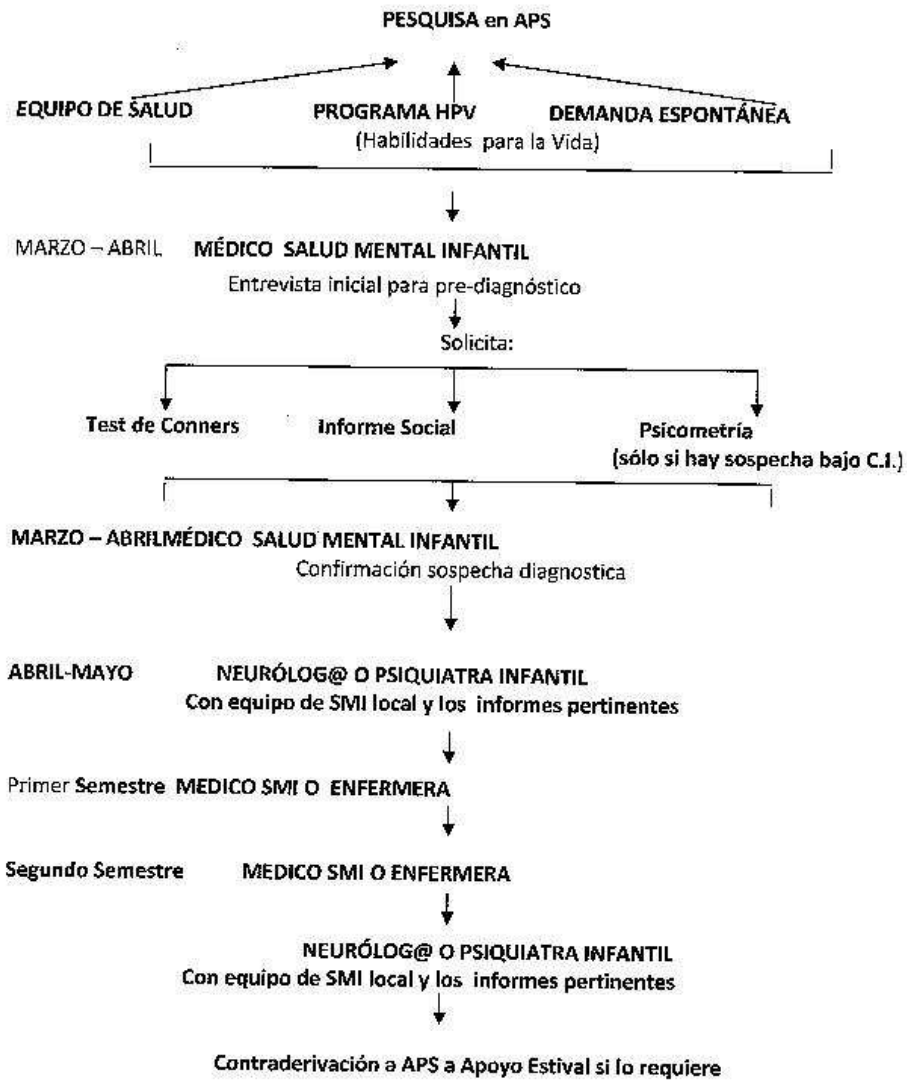
9. Referencia y Contrareferencia

Criterios de Referencia a Atención de Urgencia: en esta patología no se derivan urgencia

Criterios de Referencia a Atención Ambulatoria

- Síntomas y Signos claves: pacientes que cumplan con Criterios del DSM IV o CIE 10 de TDAH sin comorbilidad, ni patología neurológica asociada.
- Metodología de Apoyo Diagnóstico: informe Psicopedagógico y Psicometría si es necesario y Test de Conners.
- Características de Derivación: no urgente

10. Flujoograma



11. Indicadores de calidad

- % de Centros de Salud en que el programa está implementado y funcionando
- % de pacientes nuevos del total de pacientes en control
- % de pacientes que abandonan tratamiento
- % de pacientes derivados al nivel secundario hospitalario

12. Anexos:

Anexo 1 CIE 10

Clasificación CIE 10	Código CIE-10
Trastornos Hiperkinéticos	F90
Trastorno de la Actividad y de la Atención	F90.0
Trastorno Hiperkinéticodisocial	F90.1
Otros Trastornos Hiperkinéticos	F90.8
Trastorno Hiperkinético sin especificación	F90.9

La clasificación DSM IV (6) es muy similar a la CIE 10 y se incluye a continuación con la respectiva equivalencia de códigos CIE 10:

Código CIE	Clasificación DSM IV
10	
F90.0	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)
F90.8	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)
F90.8	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)
F90.9	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (314.9)

Criterios diagnósticos para Trastorno Hiperactivo/de la Atención CIE-10 (73)

F90.0	Trastorno de la Actividad y de la Atención: deben satisfacerse todos los criterios de los trastornos hiperactivos (F90) (que se describen en la tabla siguiente) pero no los de los trastornos del comportamiento disociales (F91)
F90.1	Trastorno HiperactivoDisocial: deben satisfacerse todos los criterios de los trastornos hiperactivos (F90) (que se describen en la tabla siguiente) y los de los trastornos del comportamiento disociales (F91)
F90.8	Otros trastornos hiperactivos: CIE 10 no entrega especificación sobre esta categoría. Para efectos de la presente guía, se incluirán en esta categoría los diagnósticos DSM IV trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
F90.9	Esta categoría residual no es recomendada y debe utilizarse solamente cuando haya una falta de diferenciación entre F90.0 y F90.1, pero cumpliéndose los criterios generales de F90

F90 Trastornos Hiperactivos (CIE 10)

Para el diagnóstico se requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, los que deben ser mantenidos a lo largo del tiempo y expresarse en diferentes ambientes y situaciones. Los síntomas no deben ser mejor explicados por otros trastornos, como trastornos específicos de aprendizaje o retardo mental.

A. Déficit de la atención.

Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

- 1.-Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- 2.-Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego
- 3.-A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice
- 4.-Frecuente incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras actividades que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones)
- 5.-Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades
- 6.-A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido

7.-A menudo pierde objetos necesario para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas

8.-Se distrae fácilmente por estímulos externos

9.-Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias

B. Hiperactividad.

Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1.-Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento

2.-Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado

3.-A menudo corre o trepa en exceso en situaciones inapropiadas

4.-Es por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas

5.-Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social

C. Impulsividad.

Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño

1.-Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se les hagan las preguntas completas

2.-A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo

3.-A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás, por ejemplo irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros

4.-Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las normativas sociales

D. El inicio del trastorno

No se produce después de los siete años

E. Carácter Generalizado.

Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio u

otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica. La evidencia de esta generalización requiere ser suministrada por varias fuentes

F. Los síntomas de A y C ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social o escolar

Criterios diagnósticos DSM IV (6)

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01) : si se satisfacen los Criterios A1 y A2 (que se describen a continuación de esta tabla) durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00) si se satisface el Criterio A1 (ver tabla abajo), pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01) si se satisface el Criterio A2 (ver tabla abajo), pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (314.9) Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Criterios A1

Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses

con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las

tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el

centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender

instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

Crterios A2

Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos

durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de

desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno

disociativo o un trastorno de la personalidad).

Anexo 2

Test de Conners

1.3. ESCALA DE EVALUACIÓN PARA PROFESORES (TEST CONNERS ABREVIADO)

Nombre del niño(a)

Información obtenida por Fecha:

GRADO DE ACTIVIDAD

Mucho	Nada	Un poco	Bastante	
	0	1	2	3
1. Inquieto, hiperactivo	()	()	()	()
2. Perturba a otros niños	()	()	()	()
3. Excitable, impulsivo	()	()	()	()
4. No termina lo que comienza	()	()	()	()
5. Constantemente moviéndose en la silla	()	()	()	()
6. Desatento, fácilmente distráctil	()	()	()	()
7. Debe satisfacerse pedidos de inmediato, fácilmente frustrable	()	()	()	()
8. Lloro fácil y frecuentemente	()	()	()	()
9. Cambios de humor rápidos y drásticos	()	()	()	()
10. Pataletas, conductas explosivas e impredecibles	()	()	()	()

.....
Otras observaciones del Profesor: use el reverso de la hoja

PAUTA DE COTEJO FICHA PACIENTE CONTROLADO POR SDAH

ITEMS A EVALUAR	SI	NO	NA	% Cumplimiento
1. Informe Escolar				
2. Informe Psicopedagoga				
3. Test de Connors por Adultos Significativos				
4. Sicometría				
5. Psicofármaco				
6. Sicoterapia Psiquiatra				
7. Sicoterapia Psicólogo				
8. Asistencia de Padres a Taller Grupal				

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	Nº DOCUMENTO

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
2. Lopez I., Troncoso L., Foster J., Meza T. Síndrome de Déficit Atencional Editorial Universitaria 1998.
- 3.-Ministerio de Salud División Salud Mental . Normas Técnicas Para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hiperkinéticos en la Atención Primaria 1999.
- 4.- Weiss G, Hechtman I, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1985; 24:211-20.
- 5.- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1311-7.
- 6.- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, et al. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 493-8.
- 7.- Rojas V; Cabello F; Colombo M ;Dueñas F. Estudio descriptivo de Síndrome de Déficit atencional en población pediátrica del Hospital Carlos Van Buren XVI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.
- 8.-A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención *Rev Neuro* 1999; 28 (Supl 2): S 182-S 188.
- 9.-Elia J, Ambrosini P, Rapoport J. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999; 340:780-8.
- 10.-Frank Y, Pavlakis SG. Brain imaging in neurobehavioral disorders. *Pediatr Neurol.* 2001 Oct; 25(4):278-87.
- 11.- American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2001 Oct; 108(4):1033-44.
- 12.-Guevara J., Stein M. Evidence based management of attention deficit hyperactivity disorder. *BMJ.* 2001 Nov 24; 323(7323):1232-5.
- 13.-Juan Narbona Garcia. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados, o sociedad maltrecha? *Rev Neuro* 2001; 32 (3): 229-231.
- 14.-Further evidence for the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopamine-beta-hydroxylase gene. *Am J Med Genet.* 2002 Mar 8; 114(2):154-158.

15.- Frank Y, Pavlakis SG. Brain imaging in neurobehavioral disorders. *PediatrNeurol* 2001 Oct;25(4):278-87.

16.- Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, Wilens TE, Frazier E, Johnson MA. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002 Jan;159(1):36-42.

17.- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents, and Adults Volume 41 • Number 2 • February 2002.

18.- Roman T, Schmitz M, Polanczyk GV, Eizirik M, Rohde LA, Hutz MH. Further evidence for the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopamine-[beta]-hydroxylase gene.: *Am J Med Genet* 2002 Mar 8;114(2):154-158.

19.- Holmes J, Payton A, Barrett J, Harrington R, McGuffin P, Owen M, Ollier W, Worthington J, Gill M, Kirley A, Hawi Z, Fitzgerald M, Asherson P, Curran S, Mill J, Gould A, Taylor E, Kent L, Craddock N, Thapar A. Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *Am J MedGenet* 2002 Mar 8;114(2):150-153.



MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota
Int. N° 386 de 04.11.2011

RESOLUCIÓN EXENTA N° 5875

VIÑA DEL MAR, 22 NOV. 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.
- 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 Memorandum Nº 580, de fecha 19 de octubre de 2011, del Director de Atención Primaria en Salud y Programa, 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 2011 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Cólico Biliar, 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 Trastorno por Déficit Atencional en Hiperactividad (TDAH) 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 Nº 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
TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL EN HIPERACTIVIDAD
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
(TDAH)
2011 – 2013**

Introducción

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es una condición muy frecuente en la población infanto juvenil, con una prevalencia estimada de 10% en los niños/as menores de 15 años y el no recibir un tratamiento adecuado conlleva consecuencias negativas tanto para ellos como para sus familias.

Además de ser un síndrome que se manifiesta con síntomas muy parecidos a otros trastornos de salud mental, puede además co-existir con varios de ellos como Trastornos de la Expresión Conductual, Trastornos del Ánimo, Trastorno Ansioso, Retardo Mental o ser la expresión de problemas tan graves como situaciones de Abuso o Maltrato Infantil.

1. Objetivo general

Los niños que presentan TDAH carecen de las herramientas necesarias para lograr mantenerse en el sistema educacional y la aceptación social necesarias para llegar a ser adultos insertos en la sociedad, por lo tanto, la Red de Salud tanto a nivel secundario y primario deben entregar tanto a ellos como a sus familias un sistema de atención integral, accesible, equitativo, multidisciplinario e interdisciplinario, organizados en red, capaz detectarlos de forma oportuna y de ofrecerles el apoyo correspondiente.



2. Objetivos específicos

3.1 Desarrollar un sistema de atención equitativo, homogéneo, sistematizado y de calidad en los centros de salud de nivel primario de la red SSVQ con una accesibilidad oportuna.

3.2 Facilitar la derivación al nivel secundario a los hospitales de la red

3. Alcance

3.1. Médicos de Atención Primaria de Salud

3.2. Médicos de Unidades de Salud Mental Infantil de Hospitales de la Red

3.3. Médicos Jefes de Servicios Pediátricos de Hospitales de la Red

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

El TDAH es el más frecuente y controvertido de los trastornos del desarrollo. Se caracteriza fundamentalmente por una tríada de desatención, hiperactividad e impulsividad más allá de lo normal para la edad, que afectan las condiciones para el aprendizaje y la conducta social del niño, especialmente en situaciones de mayor exigencia de autocontrol. Deterioran el rendimiento escolar y pueden generar problemas emocionales y conductuales, aumentando el riesgo de maltrato.

Su diagnóstico se basa en criterios establecidos en El DSM IV, el cual lo clasifica en tres subgrupos según predominio de desatención (1°) hiperactividad (2°) o mixto (3°) o en el CIE 10. El diagnóstico requiere la exclusión de otras condiciones que pueden llevar a confusión como son el comportamiento propio de la edad en niños activos, niños con retardo mental ubicados en escuelas inapropiadas, trastornos de aprendizaje, trastornos conductuales reactivos, déficit primario de la atención, autismo, etc.

6. Responsable

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



7. Fundamento:

Dada la importancia como problema de Salud Pública, por la magnitud del problema y sus consecuencias, la Unidad de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Gustavo Frick trabaja desde el año 2003 con un programa de intervención liderado por el sector salud y asentado en la APS, la que bajo el Modelo de Salud Familiar están condiciones de tomar este desafío en beneficio de sus usuarios y además como una forma de mejorar su resolutivez. Se plantea según esquema adjunto, que el diagnóstico se realice en APS y solo aquellos pacientes con comorbilidad psiquiátrica (app. 30%) sean derivados a nivel secundario.

Los pacientes ingresan al programa derivados por escuelas (con Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB existe una coordinación directa y expedita), demanda espontánea en su consultorio o desde interconsultas generadas por otras especialidades a nivel terciario.

Luego de tamizaje realizado por especialistas de Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, aquellas interconsultas generadas dentro del mismo hospital con diagnóstico de Obs. TDAH son enviadas a AP para ser evaluadas dentro del programa.

8. Prioridad de la derivación desde nivel APS a nivel secundario

Prioridad 1: TDAH con Comorbilidad Psiquiátrica Severa.

Prioridad 2: TDAH sin respuesta farmacológica.

Prioridad 3: TDAH con RM u otro Trastorno Neurológico.

9. Referencia y Contrareferencia

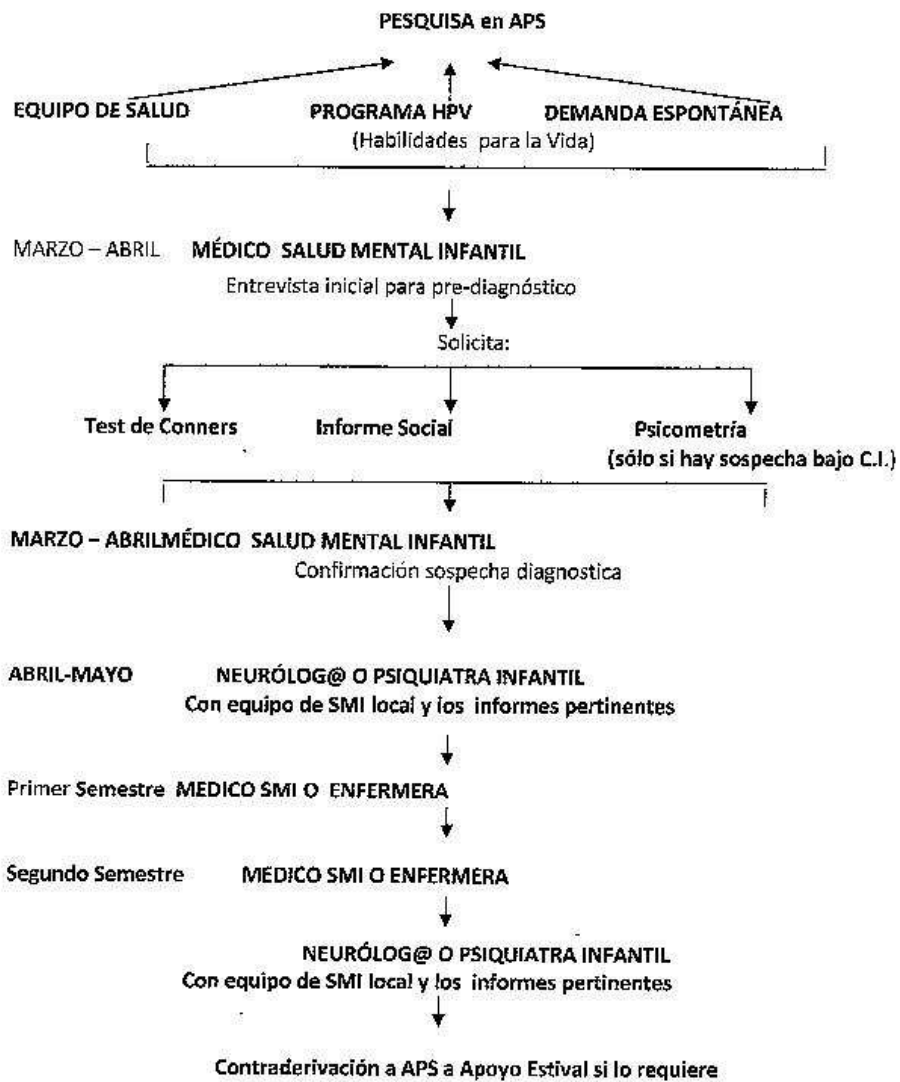
Criterios de Referencia a Atención de Urgencia: en esta patología no se derivan urgencia

Criterios de Referencia a Atención Ambulatoria

- Síntomas y Signos claves: pacientes que cumplan con Criterios del DSM IV o CIE 10 de TDAH sin comorbilidad, ni patología neurológica asociada.
- Metodología de Apoyo Diagnóstico: informe Psicopedagógico y Psicometría si es necesario y Test de Conners.
- Características de Derivación: no urgente



10. Flujograma



11. Indicadores de calidad

- % de Centros de Salud en que el programa está implementado y funcionando
- % de pacientes nuevos del total de pacientes en control
- % de pacientes que abandonan tratamiento
- % de pacientes derivados al nivel secundario hospitalario

12. Anexos:

Anexo 1 CIE 10

Clasificación CIE 10	Código CIE-10
Trastornos Hiperkinéticos	F90
Trastorno de la Actividad y de la Atención	F90.0
Trastorno Hiperkinéticodisocial	F90.1
Otros Trastornos Hiperkinéticos	F90.8
Trastorno Hiperkinético sin especificación	F90.9

La clasificación DSM IV (6) es muy similar a la CIE 10 y se incluye a continuación con la respectiva equivalencia de códigos CIE 10:

Código CIE	Clasificación DSM IV
10	
F90.0	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)
F90.8	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)
F90.8	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)
F90.9	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (314.9)



Criterios diagnósticos para Trastorno Hiperactivo/ de la Atención CIE-10 (73)

F90.0	Trastorno de la Actividad y de la Atención: deben satisfacerse todos los criterios de los trastornos hiperactivos (F90) (que se describen en la tabla siguiente) pero no los de los trastornos del comportamiento disociales (F91)
F90.1	Trastorno HiperactivoDisocial: deben satisfacerse todos los criterios de los trastornos hiperactivos (F90) (que se describen en la tabla siguiente) y los de los trastornos del comportamiento disociales (F91)
F90.8	Otros trastornos hiperactivos: CIE 10 no entrega especificación sobre esta categoría. Para efectos de la presente guía, se incluirán en esta categoría los diagnósticos DSM IV trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
F90.9	Esta categoría residual no es recomendada y debe utilizarse solamente cuando haya una falta de diferenciación entre F90.0 y F90.1, pero cumpliéndose los criterios generales de F90

F90 Trastornos Hiperactivos (CIE 10)

Para el diagnóstico se requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, los que deben ser mantenidos a lo largo del tiempo y expresarse en diferentes ambientes y situaciones. Los síntomas no deben ser mejor explicados por otros trastornos, como trastornos específicos de aprendizaje o retardo mental.

A. Déficit de la atención.

Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

- 1.-Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- 2.-Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego
- 3.-A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice
- 4.-Frecuente incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras actividades que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones)
- 5.-Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades
- 6.-A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido
- 7.-A menudo pierde objetos necesario para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas
- 8.-Se distrae fácilmente por estímulos externos
- 9.-Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias



B. Hiperactividad.

Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

- 1.-Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento
- 2.-Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- 3.-A menudo corre o trepa en exceso en situaciones inapropiadas
- 4.-Es por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas
- 5.-Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social

C. Impulsividad.

Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño

- 1.-Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se les hagan las preguntas completas
- 2.-A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo
- 3.-A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás, por ejemplo irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros
- 4.-Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las normativas sociales

D. El inicio del trastorno

No se produce después de los siete años

E. Carácter Generalizado.

Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio u otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica. La evidencia de esta generalización requiere ser suministrada por varias fuentes

F. Los síntomas de A y C ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social o escolar



Criterios diagn6sticos DSM IV (6)

Trastorno por d6ficit de atenci3n con hiperactividad, tipo combinado (314.01) : si se satisfacen los Criterios A1 y A2 (que se describen a continuaci3n de esta tabla) durante los 6ltimos 6 meses

Trastorno por d6ficit de atenci3n con hiperactividad, tipo con predominio del d6ficit de atenci3n (314.00) si se satisface el Criterio A1 (ver tabla abajo), pero no el criterio A2 durante los 6ltimos 6 meses

Trastorno por d6ficit de atenci3n con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01) si se satisface el Criterio A2 (ver tabla abajo), pero no el Criterio A1 durante los 6ltimos 6 meses

Trastorno por d6ficit de atenci3n con hiperactividad no especificado (314.9) Esta categoria incluye trastornos con sntomas prominentes de desatenci3n o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por d6ficit de atenci3n con hiperactividad

Criterios A1

Seis (o m6s) de los siguientes sntomas de desatenci3n han persistido por lo menos durante 6 meses

con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relaci3n con el nivel de desarrollo:

Desatenci3n:

(a) a menudo no presta atenci3n suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las

tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atenci3n en tareas o en actividades l6dicas

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el

centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender

instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o dom6sticos)

(g) a menudo extravia objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, l6pices, libros o herramientas)

(h) a menudo se distrae f6cilmente por est6mulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

Criterios A2

Seis (o m6s) de los siguientes sntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos

durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relaci3n con el nivel de



desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Anexo 2

Test de Conners

1.3. ESCALA DE EVALUACION PARA PROFESORES (TEST CONNERS ABREVIADO)

Nombre del niño(a)

.....

Información obtenida por Fecha:

.....

GRADO DE ACTIVIDAD

	GRADO DE ACTIVIDAD				
	Nada	Un poco		Bastante	
Mucho	0	1	2	3	
1. Inquieto, hiperactivo	()	()	()	()	()
2. Perturba a otros niños	()	()	()	()	()



3. Excitable, impulsivo	()	()	()	()	()
4. No termina lo que comienza	()	()	()	()	()
5. Constantemente moviéndose en la silla	()	()	()	()	()
6. Desatento, fácilmente distráctil	()	()	()	()	()
7. Debe satisfacerse los pedidos de inmediato, fácilmente frustrable	()	()	()	()	()
8. Lloro fácil y frecuentemente	()	()	()	()	()
9. Cambios de humor rápidos y drásticos	()	()	()	()	()
10. Pataletas, conductas explosivas e impredecibles	()	()	()	()	()

Otras observaciones del Profesor: use el reverso de la hoja

PAUTA DE COTEJO FICHA PACIENTE CONTROLADO POR SDAH

ITEMS A EVALUAR	SI	NO	NA	% Cumplimiento
1. Informe Escolar				
2. Informe Psicopedagoga				
3. Test de Conners por Adultos Significativos				
4. Sicometría				
5. Psicofármaco				
6. Sicoterapia Psiquiatra				
7. Sicoterapia Psicólogo				
8. Asistencia de Padres a Taller Grupal				

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	N° DOCUMENTO



BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
2. Lopez I., Troncoso L., Foster J., Meza T. Síndrome de Déficit Atencional. Editorial Universitaria 1998.
- 3.-Ministerio de Salud División Salud Mental. Normas Técnicas Para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hiperkinéticos en la Atención Primaria 1999.
- 4.- Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives adults. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1985; 24:211-20.
- 5.- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1311-7.
- 6.- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, et al. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 493-8.
- 7.- Rojas V; Cabello F; Colombo M ;Dueñas F. Estudio descriptivo de Síndrome de Déficit atencional en población pediátrica del Hospital Carlos Van Buren XVI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.
- 8.-A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención *RevNeuro* 1999; 28 (Supl 2): S 182-S 188.
- 9.-Elia J, Ambrosini P, Rapoport J. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999; 340:780-8.
- 10.-Frank Y, Paviakis SG. Brain imaging in neurobehavioral disorders. *Pediatr Neurol.* 2001 Oct; 25(4):278-87.
- 11.- American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2001 Oct; 108(4):1033-44.
- 12.-Guevara J., Stein M. Evidence based management of attention deficit hyperactivity disorder. *BMJ.* 2001 Nov 24; 323(7323):1232-5.
- 13.-Juan Narbona Garcia. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados, o sociedad maltrecha? *Rev Neuro* 2001; 32 (3): 229-231.
- 14.- Further evidence for the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopamine-beta-hydroxylase gene. *Am J Med Genet.* 2002 Mar 8; 114(2):154-158.
- 15.- Frank Y, Paviakis SG. Brain imaging in neurobehavioral disorders. *PediatrNeuro* 2001 Oct; 25(4):278-87.
- 16.-Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, Wilens TE, Frazier E, Johnson MA. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002 Jan; 159(1):36-42.



17.-Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents, and Adults Volume 41 • Number 2 • February 2002.

18.-Roman T, Schmitz M, Polanczyk GV, Eizirik M, Rohde LA, Hutz MH. Further evidence for the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopamine-[beta]-hydroxylase gene.:Am J Med Genet 2002 Mar 8;114(2):154-158.

19.-Holmes J, Payton A, Barrett J, Harrington R, McGuffin P, Owen M, Ollier W, Worthington J, Gill M, Kirley A, Hawi Z, Fitzgerald M, Asherson P, Curran S, Mill J, Gould A, Taylor E, Kent L, Craddock N, Thapar A.Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems.Am J MedGenet 2002 Mar 8;114(2):150-153.

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 NOTIFÍQUESE,



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

DRA. EMES/DR. FAB/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