



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. ASESORIA JURIDICA SSI  
DEPTO. PLANIFICACION Y CONTROL  
DR.LLC/LMB/DR.NCB/DRA. SOC/djr  
Nº Int. 03 15/11/2014

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 1877

IQUIQUE, 26 DIC. 2014

**VISTOS**, Lo dispuesto en el Artículo 9 del Decreto con Fuerza de Ley Nº01 de año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido y sistematizado de la Ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. Nº 01/2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763 de 1979 y de las Leyes Nros. 18.933 y 18.469; Resolución 1600/2008 de la Contraloría General de la República; Decreto Nº142/2014 sobre nombramiento del Director del Servicio de Salud Iquique, del Ministerio de Salud; Protocolos de Referencia y Contra Referencia: Consultorías Endocrinológicas-APS de Noviembre de 2014; Tos Crónica del Adulto de Noviembre de 2014; Cefalea de Diciembre de 2014 y Parálisis Facial Periférica de Diciembre de 2014.

**CONSIDERANDO:**

1. Que, el objetivo de los Protocolos de Referencia y Contra Referencia es fortalecer el trabajo y la coordinación entre los distintos componentes de la Red Asistencial, estableciendo reglas y Protocolos, para mejorar la Pertinencia diagnóstica.
2. Que se debe mejorar la integración y coordinación de los distintos niveles de atención de la Red Asistencial (primario, secundario y terciario).
3. Que, por necesidad de servicio se han actualizado los Protocolos de Referencia y Contra Referencia, aprobados en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (C.I.R.A.).

**RESUELVO:**

- 1º **Apruébese** los Protocolos de Referencia y Contra Referencia; actualizados, elaborados y aprobados por el Consejo Integrador de la Red Asistencial, que se detallan a continuación.

Especialidad	Patología	Fecha Elaboración
ENDOCRINOLOGÍA	Consultas Endocrinológicas	Noviembre 2014
BRONCOPULMONAR	Tos Crónica del Adulto	Noviembre 2014
NEUROLOGIA	Cefalea	Diciembre 2014
NEUROLOGIA	Parálisis Facial Periférica	Diciembre 2014



**Gobierno  
de Chile**

**PROTOCOLO  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA  
CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA-APS  
2014-2017  
SERVICIO SALUD DE IQUIQUE**

ELABORACIÓN:	REVISIÓN:	APROBACIÓN:
<p><i>Valeria Suazo</i> <b>Dra. Valeria Suazo R.</b> Endocrinóloga Hospital E. Torres G</p> <p><i>Sandra Ocaranza</i> <b>Dra. Sandra Ocaranza C.</b> Depto de Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p><i>Nelson Castillo</i> <b>Dr. Nelson Castillo B.</b> Jefe Unidad de Planificación Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>Yukiko Kuwahara</i> <b>Sra. Yukiko Kuwahara A.</b> Encargada Calidad SSI</p> <p><i>María Paula Vera</i> <b>Dra. María Paula Vera z.</b> Jefe APS y redes Servicio de Salud Iquique</p>	<p><i>Luis López</i> <b>Dr. Luis López C.</b> Director (TyP) Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Noviembre 2014	Fecha: Noviembre 2014	Fecha: Noviembre 2014



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-END-005

Edición: Primera

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 2 de 11

Vigencia: 3 años

## **CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

- Entregar asesoría médica que permita el acceso oportuno a la atención de la especialidad Endocrinología.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Planificar y desarrollar un trabajo en red, resguardando la continuidad de los cuidados en salud establecidos en el proceso clínico asistencial.
- Aumentar la resolutivez de los médicos de APS y mejorar la pertinencia.
- Lograr interacción entre los médicos de atención primaria y los médicos especialistas en Endocrinología del Consultorio Adosado de Especialidades del HETG.

### **3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.**

- Criterios de referencia y contrarreferencia elaborados para la aplicación de los médicos de la RED de la Región de Tarapacá que coordina e integra el Servicio de Salud Iquique.
- Centros de Salud de APS y Atención secundaria de la red de Salud de Tarapacá.

### **4. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD**

**Médico Referente de Consultoría** es responsable de establecer el contacto con el médico especialista Endocrinólogo del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, pesquisando, diagnosticando, seleccionando y presentado los pacientes al médico Endocrinólogo, según los criterios nombrados en este protocolo. A su vez, será su responsabilidad el registro en APS y el cumplimiento de las sugerencias diagnósticas y terapéuticas ejecutados por el Médico Especialista. Para realizar esta función, al Médico Referente de la Consultoría se le facilitará los procesos y tiempo necesario en acuerdo con la Jefatura de su Establecimiento. Esta responsabilidad debe recaer en un médico nominado previamente desde el Centro de Salud perteneciente a la APS.

**Médico Interfaz o Contralor** es responsable de facilitar y cooperar con el médico a cargo de este proceso.

**Médicos dependientes del Establecimiento** son responsables de centrar la información, historia clínica y seguimiento de los pacientes que serán evaluados bajo esta modalidad al Médico Referente de Consultoría, quién a su vez los presentará al Médico Especialista. El Médico Referente de Consultoría podrá delegar esta función en caso de ausencia justificada a un médico suplente o a otro médico que sea delegada esta función. Esto debe realizarse en forma coordinada y anticipada.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-END-005

Edición: Primera

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 3 de 11

Vigencia: 3 años

## **CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

**Médico especialista Endocrinólogo** del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Ernesto Torres G. es responsable de sugerir conductas y/o tratamiento a través de las consultas realizadas

### **Responsable del seguimiento y evaluación:**

El gestor de la red, profesional a cargo de supervisión de protocolos clínicos, efectuará evaluación y monitoreo a partir de retroalimentación procedente de APS y especialista en endocrinología, además realizará una evaluación de los indicadores como red asistencial para definir acciones de mejora.

## **5. DESARROLLO**

### **Criterios de inclusión de pacientes en consultorías:**

**Pacientes con diagnóstico o sospecha diagnóstica de:**

- 1. Hipotiroidismo-Hipertiroidismo.**
- 2. Bocio-nódulo tiroideo.**
- 3. Síndrome De Cushing.**
- 4. Insuficiencia suprarrenal.**
- 5. Hipocalcemia-Hipercalcemia.**
- 6. Incidentaloma hipofisario o suprarrenal.**
- 7. Otras patologías endocrinológicas menos frecuentes.**
- 8. Paciente beneficiario de salud pública en control en CESFAM de APS donde se realiza la Consultoría, con Estrategias de Salud aplicadas (EMPA; PAP; mamografía, EFAM, etc.). Con patologías GES notificadas e ingreso a programas Cardiovascular o Adulto mayor si corresponde.**

## **6. PROCEDIMIENTO**

### **1. Proceso Clínico Asistencial de las Consultorías**

El programa de Consultorías en Endocrinología se llevará a cabo entre Médicos de atención primaria red de salud Tarapacá y un médico endocrinólogo del Hospital Ernesto Torres Galdames.

- Frecuencia: Semanal (en lo posible)
- Horario: Días Miércoles de 10:30 a 12:00 hrs. (según la disponibilidad horaria)
- Rendimiento: 3 pacientes por hora, para atenciones directas con paciente. (en lo posible)
- Lugar: Consultorios APS, según calendarización.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-END-005

Edición: Primera

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 4 de 11

Vigencia: 3 años

## **CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

### **2. Conducta realizada por médico APS previo a Consultorías con especialista.**

**Selección de pacientes según criterios de inclusión de pacientes en consultorías:**

- **Obtención de datos para confección de ficha de ingreso a pacientes a consultoría de Endocrinología por parte de Centro de Salud donde se atiende paciente. (Anexo 1) Para realizar este proceso el médico responsable deberá contar con tiempo disponible de su jornada laboral en acuerdo con la Dirección de su establecimiento.**
- **Consentimiento informado del paciente para realización de la consultoría.(Anexo 2)**

### **3. Criterios de priorización para atención en nivel secundario:**

**Pacientes con enfermedades endocrinológicas de mayor complejidad serán atendidos en nivel secundario.**

### **4. Conducta a realizar por médico especialista en Consultoría:**

**Evaluación clínica del paciente según corresponda y de sus exámenes disponibles.**

**En relación a patología endocrinológica que motiva consulta, se definirá necesidad de mayor estudio y pertinencia de nuevos controles en atención primaria o secundaria.**

**Quedará definido controles futuros del paciente en atención primaria o en Consultorio de Especialidades Hospital Dr. E. Torres Galdames.**

**Retroalimentar al médico de atención primaria en cuanto a la pertinencia del uso de este instrumento.**

### **7. REGISTRO**

**El médico especialista a cargo de la consultoría completará un documento con la lista diaria de actividades programadas y realizadas en el que quedarán registrados nombre, edad, sexo, diagnóstico, utilidad de la interconsulta y causa de no realización de la consultoría, si correspondiera (Tabla 1).**



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-END-005  
Edición: Primera  
Fecha: Noviembre 2014  
Páginas: 5 de 11  
Vigencia: 3 años

## CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA

TABLA 1.

RUT	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Utilidad de la Interconsulta*	Causa de no realización

\*Refiérase a si la información recibida fue útil en la toma de conductas, contestar con un sí o no.

En la Serie A del REM 07, Sección E. (Anexo 3) se registrará aquellas interconsultas que siendo generadas en la APS, se sabe fueron resueltas por esta modalidad.

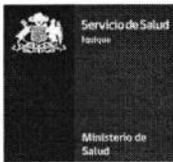
Se reportará al Servicio de Salud las atenciones diarias realizadas por consulta endocrinología, en forma mensual.

### 8. INDICADORES

- **Numerador:** N° de consultorías en la especialidad de endocrinología realizadas en APS que cumplen con procedimientos establecidos en este protocolo.
- **Denominador:** N° total de consultorías en la especialidad de endocrinología realizadas en APS.

$$\frac{\text{N° de consultorías en la especialidad de endocrinología realizadas en APS que cumplen con procedimientos establecidos en este protocolo}}{\text{N° total de consultorías en la especialidad de endocrinología realizadas en APS.}} \times 100$$

\* Medición Mensual



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y  
CONTROL**

Código: RCR-END-005

Edición: Primera

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 6 de 11

Vigencia: 3 años

## **CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

### **9. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA**

- *Guía Clínica Hipotiroidismo 2013 (www.minsal.cl)*
- *Guía Clínica Examen Preventivo del Adulto 2009 (www.minsal.cl)*
- *Manual Endocrinología Clínica, Editorial Mediterráneo 2012, Dr. E Arteaga, Dr. R Baudrand.*
- *Protocolos Referencia y Contra-referencia vigentes.*

[www.soched.cl](http://www.soched.cl) (información para pacientes).

### **10. DISTRIBUCIÓN**

- Dirección SSI
- Subdirección Médica, HETG.
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Departamento de Planificación, SSI.
- Oficina de Calidad, SSI.
- Dirección, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- CR Endocrinología, HETG
- Consultorio Adosado a Especialidades (CAE), HETG
- Red Atención Primaria Salud Región de Tarapacá.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-END-005

Edición: Primera

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 7 de 11

Vigencia: 3 años

**CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

**Anexo 1**

**INGRESO POLICLÍNICO DE ENDOCRINOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

FN: \_\_\_\_\_ Ad A AM (Inscrito en Programa del Adulto Mayor)

Red de Apoyo: \_\_\_\_\_

Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta o derivación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes:

▪ Médicos:

Diabetes: Sí No Tipo 1 2 Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado más reciente de:

Hb glic A1c: > 8 \_\_\_\_\_ ≤ 8, alb/creat urinaria AN N, FO RDNP RDP N

HTA: Sí No Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

Dislipidemia: Sí No Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Hipotiroidismo: Sí No Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

TSH al diagnóstico: \_\_\_\_\_

▪ Otras patologías:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ Quirúrgicos (Cirugía y año):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ Gineco-obstétricos:

G P A FUR RR RI MAC \_\_\_\_\_

Pap (año) AN N Mamografía (año) AN N

▪ Alergias a medicamentos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

▪ Hábitos:

Tabaco: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ OH: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Drogas: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ejercicio: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 3 lácteos/día: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

▪ Familiares:

- Enfermedad tiroidea: Sí, Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- Ca mama línea materna: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- Fx cadera materna: Sí No \_\_\_\_\_

- Litiasis renal: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-END-005

Edición: Primera

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 8 de 11

Vigencia: 3 años

**CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

- IAM/AVE familiar 1er grado ≤ 65 años: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
- Otros \_\_\_\_\_

Tratamiento Actual (detallar nombre y dosis de medicamentos en uso)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Examen Físico**

Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ cm IMC: ≥30 (evaluación nutricionista) < 30 PC: AN \_\_\_\_\_ N, PA: \_\_\_\_\_  
mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ lpm

Piel y mucosas \_\_\_\_\_

Cabeza \_\_\_\_\_ Cuello \_\_\_\_\_

Corazón \_\_\_\_\_ Pulmonar \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

Extremidades \_\_\_\_\_

Exámenes de Laboratorio disponibles más recientes:  
(Fecha y laboratorio \_\_\_\_\_)

HG: Hto \_\_\_\_\_ % Leucocitos \_\_\_\_\_ Plaquetas \_\_\_\_\_ VHS \_\_\_\_\_  
PBQ: AN N Glicemia \_\_\_\_\_ mg/dl, Prot tot \_\_\_\_\_ g/L, Albúmina \_\_\_\_\_ g/dl,  
BUN \_\_\_\_\_ mg/dl,

Na+ \_\_\_\_\_ mEq/lt, K+ \_\_\_\_\_ mEq/lt  
\*Ca \_\_\_\_\_ mg/dl, \* P \_\_\_\_\_ mg/dl (\*Sólo si están disponibles, no corresponde toma en APS)

FA \_\_\_\_\_ GOT/GPT \_\_\_\_\_  
Col Total \_\_\_\_\_ mg/dl, HDL \_\_\_\_\_ mg/dl, LDL \_\_\_\_\_ mg/dl TG \_\_\_\_\_ mg/dl  
Creat \_\_\_\_\_ mg/dl

OC: AN N

TSH \_\_\_\_\_ T4L \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Imágenes más recientes (si están disponibles)

Ecografía tiroidea (fecha y resultado) \_\_\_\_\_

Eco abdominal (fecha y resultado): \_\_\_\_\_



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

**Código: RCR-END-005**

**Edición: Primera**

**Fecha: Noviembre 2014**

**Páginas: 9 de 11**

**Vigencia: 3 años**

**CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

**Diagnóstico:**

HTA  
DLP  
DM 1 2  
Obesidad  
Hipotiroidismo

---

---

---

---

---

**Plan:**

---

---

---

---

---

**Indicaciones:**

---

---

---

---

---



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

**Código: RCR-END-005**

**Edición: Primera**

**Fecha: Noviembre 2014**

**Páginas: 10 de 11**

**Vigencia: 3 años**

## **CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

### **ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **AUTORIZACIÓN**

Yo,..... RUT N°:..... ; autorizo al Dr.(a)  
..... del consultorio .....a realizar la consultoría  
Dr(a).....del CAE Endocrinología-HETG para que oriente a mi médico  
tratante sobre el diagnóstico y/o manejo de mi patología .

Firma.....

RUT:.....

Fecha.....



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-END-005

Edición: Primera

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 11 de 11

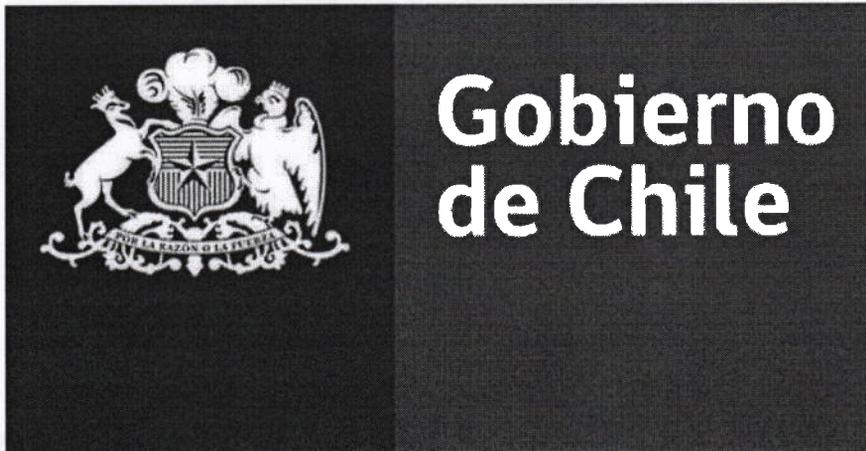
Vigencia: 3 años

**CONSULTORIAS ENDOCRINOLOGÍA**

**ANEXO 3**

**REM 07: ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES  
SECCIÓN E: CONSULTORÍAS DE MEDICOS ESPECIALISTAS DEL NIVEL SECUNDARIO EN APS**

ESPECIALIDADES	Nº CONSULTORIAS	Nº DE CASOS REVISADOS POR EL EQUIPO	Nº DE CASOS ATENDIDOS
Neurología			
Dermatología			
Neurocirugía			
Gastroenterología			
Cardiología			
Endocrinología			
Traumatología			
Urología			
Patología Mamaria			
Cirugía General			
Otorrinolaringología			
Oftalmología			
Otras			



**PROTOCOLO  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA  
TOS CRONICA DEL ADULTO  
2014 – 2017  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

<p style="text-align: center;"><b>ELABORACIÓN:</b></p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> <b>Dr. Manuel Vargas D. Broncopulmonar HETG</b></p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> <b>Dr. Sebastian Escobar D. Médico EDF</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>REVISIÓN:</b></p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> <b>Dra. Sandra Ocaranza C. Médico Planificación y Control SSI</b></p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> <b>Srta. Yukiko Kuwahara A. Encargada Calidad SSI</b></p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> <b>Dr. Nelson Castillo B. Jefe Depto Planificación y Control del SSI</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>APROBACIÓN:</b></p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> <b>Dr. Luis López C. Director (TyP) Servicio de Salud Iquique</b></p>
<p style="text-align: center;">Fecha: Noviembre 2014</p>	<p style="text-align: center;">Fecha: Noviembre 2014</p>	<p style="text-align: center;">Fecha: Noviembre 2014</p>



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-BCP-005

Edición: Segunda

Fecha: noviembre 2014

Páginas: 2 de 6

Vigencia: 3 años

## **TOS CRONICA DEL ADULTO**

### **1. OBJETIVOS GENERALES**

- Establecer un proceso de derivación de patologías que facilite la integración y coordinación eficaz entre el nivel primario y secundario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Entregar criterios de referencia o derivación concretos para ser utilizados por los médicos de atención primaria.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.
- Contar con herramientas concretas que permitan alcanzar un nivel de pertinencia óptimo.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con tos crónica.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a tos crónica.

### **3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.**

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario que incluye: postas de salud rurales (PSR), Servicios de Urgencia (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Consultorio Adosado de Especialidades de Hospital Dr. Ernesto Torres Galdámez (CAE – HETG) y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG) respectivamente.
- En pacientes con cuadro clínico compatible.

### **4. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD**

#### **4.1. Responsable ejecución.**

- Médico APS es responsable de pesquisar y derivar pacientes a Policlínico de Broncopulmonar que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Médico APS es responsable de realizar diagnóstico e iniciar tratamiento según corresponda.
- Médico Especialista es responsable de confirmar el diagnóstico, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contra referencia a APS.

#### **4.2. Responsable del seguimiento y evaluación:**

- Médico interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y velar por el cumplimiento correcto de la contra referencia a APS, informando al Jefe CAE.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG y a la Encargada de la Referencia y Contra-referencia del SSI para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-BCP-005

Edición: Segunda

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 3 de 6

Vigencia: 3 años

## **TOS CRONICA DEL ADULTO**

### **5. DEFINICIONES**

- Tos crónica es aquella que persiste por más de ocho semanas sin estar relacionada con un proceso agudo y sin tener una causa evidente. Si la duración es 3 a 8 semanas se denomina **Tos Subaguda** y **Tos Aguda** si es de menos de 3 semanas.
- Las patologías más frecuentes después de descartar el hábito tabáquico, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el uso de Inhibidores de la enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) son: los procesos de tracto respiratorio superior con o sin goteo post nasal (incluyen: rinitis alérgica, perenne no alérgica, vasomotora, nasofaringitis aguda, sinusitis y poliposis), post infecciosas, el asma, la bronquitis eosinofílica crónica, el reflujo gastroesofágico (RGE) y bronquiectasias.
- Recordar que bronquitis crónica y EPOC corresponden a menos de 5%.
- Recordar siempre causas graves: Tuberculosis, cáncer pulmonar, enfermedades pulmonares intersticiales, TEP, etc. Menos frecuentes: arteritis de la temporal, tos psicógena, cuerpos extraños.
- Actualmente es posible llegar a más del 90% de las veces al diagnóstico preciso, con un equipo multidisciplinario

### **6. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

**6.1.** Derivación de pacientes por médico APS a Policlínico Broncopulmonar en Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que actualmente se realiza en el CESFAM Cirujano Guzmán.

**6.2.** Conductas realizadas por médico de APS previo a la derivación:

- Realizar una evaluación clínica completa para descartar causas de tos crónica, como descarga nasal posterior, asma y RGE.
- Suspensión de IECA
- Suspensión de Tabaco
- Si se sospecha RGE realizar el "Test de Omeprazol": indicación de omeprazol a dosis altas (60 mg 2-0-1) durante una semana evaluando la caída en la sintomatología. Si es > 50%, el test es positivo. En pacientes con Tos Crónica, la demostración de RGE no asegura la relación causal (Irwin 1998). Derivar igualmente para realización de Endoscopia Digestiva Alta.
- Si se sospecha de Trastorno de Tracto Respiratorio Alto; el uso de antihistamínicos de primera generación, puede ser una opción. Si el paciente presenta mejoría es indicativo del origen y es apropiado tomar una radiografía de senos paranasales.

**6.3.** Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación y presentará el paciente momento de su atención con el médico especialista:

- Baciloscopias
- Radiografía de tórax y de Cavidades paranasales
- Espirometría pre y post broncodilatador



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-BCP-005

Edición: Segunda

Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 4 de 6

Vigencia: 3 años

## **TOS CRONICA DEL ADULTO**

### **6.4. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:**

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) a Policlínico Broncopulmonar o a través de sistema informático RAYEN, que contenga:
  - Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
  - Anamnesis: síntomas principales, comorbilidad, alergias, fármacos. Descripción de la historia clínica pertinente a tos crónica.
  - Hallazgos del examen físico general y pulmonar: completo y pertinente.
  - Hipótesis diagnóstica
  - Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta)
  - Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
  - Nombre, run, firma, timbre del profesional.
  - Se recomienda que frente a un paciente con cuadro clínico compatible con la definición de tos crónica, en ausencia de otros signos y síntomas que orienten etiología se derive a médico broncopulmonar.

### **6.5. Criterios de priorización para atención en Policlínico Broncopulmonar:**

- Por tratarse de entidad sin etiología clara al momento de la derivación, el médico de APS priorizará en caso de sospecha de **TBC**, neoplasia o patología concomitante.
- Destacar dichos diagnósticos con **PRIORIDAD URGENTE** en la Solicitud de interconsulta.
- Las pacientes derivados al policlínico de Broncopulmonar, que no requieran una atención inmediata, deben ser evaluados por el Especialista en un **período no mayor de 30 días**.

### **7. Contra referencia y documentos emitidos por médico especialista de atención secundaria.**

- Características clínicas del paciente que determina su egreso o su seguimiento en frecuencia diferida de control en atención secundaria o en caso contrario controles sólo en APS según indicación del especialista.
- Se realizará Contra referencia mediante formulario oficial de Contra referencia para confirmar diagnóstico, con el fin que el equipo médico tratante de APS tome conocimiento, frente a aquellos pacientes que permanecerán en control a nivel secundario y/o terciario.
- El médico especialista debe enviar la información en el formulario oficial para la Contra referencia. Al menos incluir: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamiento, exámenes realizados en atención 2°, próximos s controles en atención 2° y APS.
- Siempre nombre, run, firma y timbre.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

Código: RCR-BCP-005

Edición: Segunda

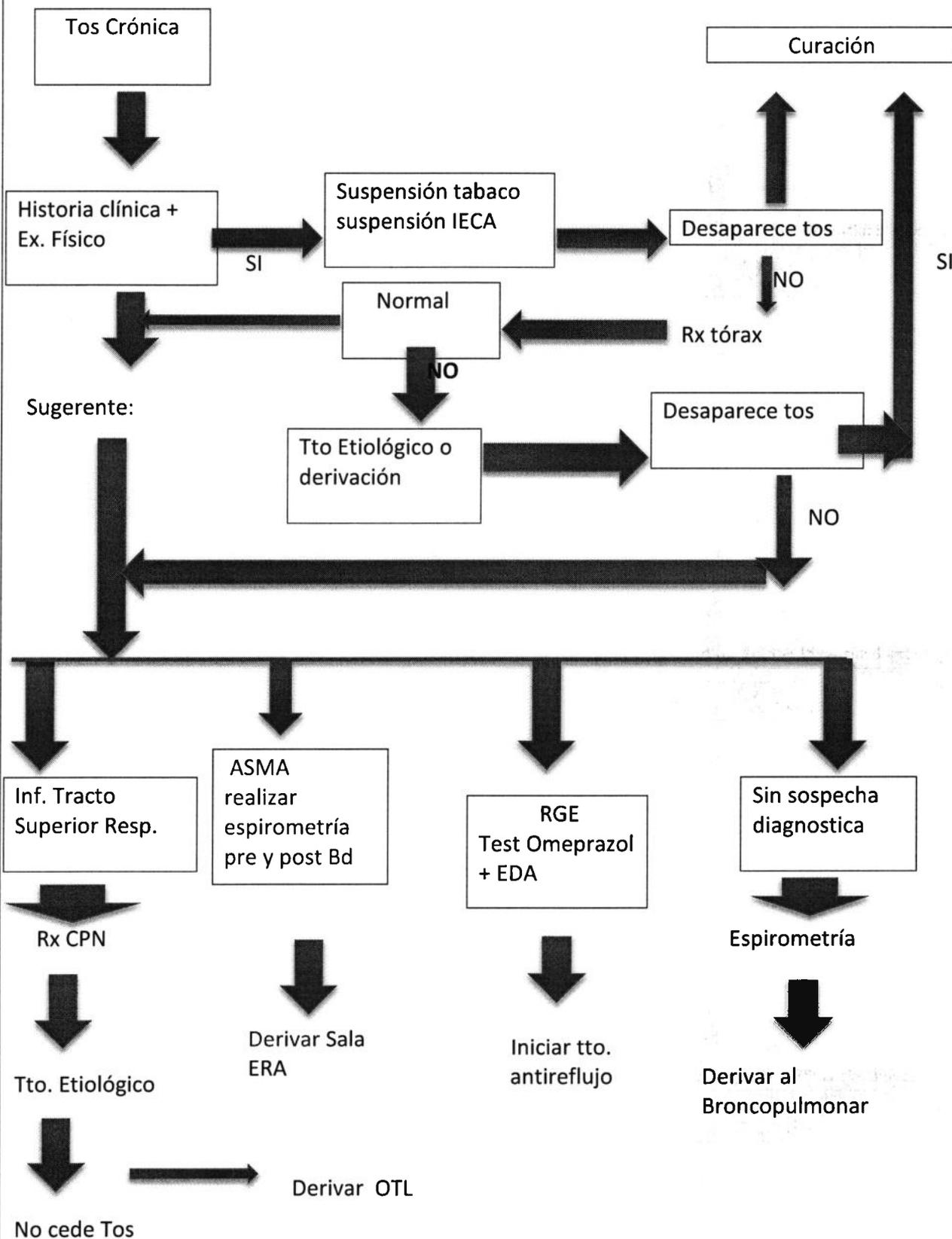
Fecha: Noviembre 2014

Páginas: 5 de 6

Vigencia: 3 años

**TOS CRONICA DEL ADULTO**

Flujograma Tos crónica Adultos:





**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
DEPTO. DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL**

**Código: RCR-BCP-005**

**Edición: Segunda**

**Fecha: Noviembre 2014**

**Páginas: 6 de 6**

**Vigencia: 3 años**

## **TOS CRONICA DEL ADULTO**

### **8. INDICADORES**

**Numerador:** N° pacientes con confirmación diagnóstica etiológica de tos crónica contrarreferidos desde el Policlínico Broncopulmonar a APS que cumplen criterios establecidos en este protocolo.

**Denominador:** N° pacientes referidos desde APS hacia Policlínico Broncopulmonar con tos crónica en estudio según criterios de derivación establecidos en este protocolo.

N° de pacientes con diagnóstico con tos crónica tratados y contrarreferidos desde el Policlínico Broncopulmonar a médico APS, que cumplen criterios derivación establecidos en este protocolo de RYCR.

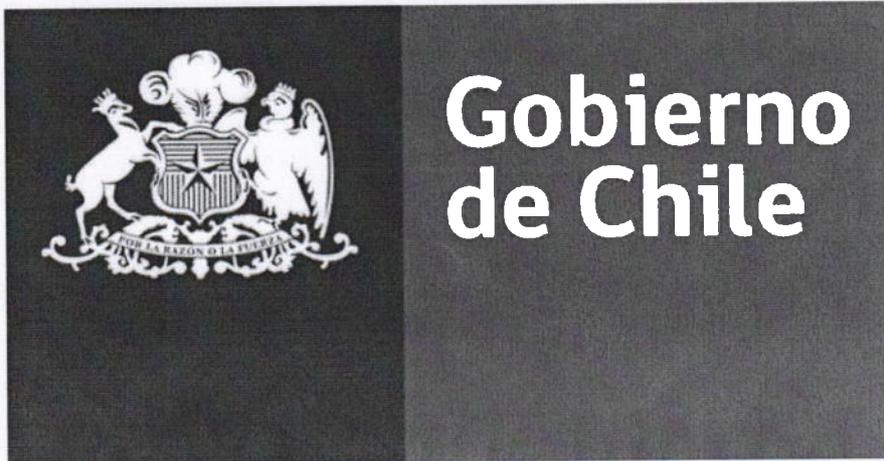
N° de pacientes referidos desde médico APS hacia Policlínico de Broncopulmonar por tos crónica en estudio, que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RYCR.

### **9. DOCUMENTACION DE REFERENCIA**

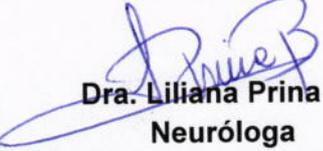
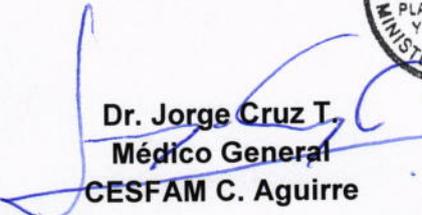
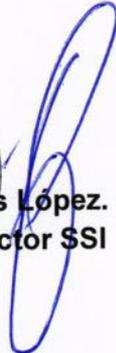
- Palombini B, A Pathogenic Triad in Chronic Cough, CHEST 1999; 116:279-284.
- Evaluation of subacute and chronic cough in adults, Ronald C Silvestri, Steven E Weinberger, UPTODATE, 2014.
- Abordaje de la tos crónica; B. Sanz Pozoam J. De Miguel Diez, Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, 2012.

### **10. DISTRIBUCION**

- Dirección del SSI.
- Dirección HETG.
- Subdirección Médica HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente HETG.
- CR Medicina HETG.
- Consultorios Adosado a Especialidades (CAE) HETG.
- Policlínico de Broncopulmonar HETG.
- Subdirección de Gestión Asistencial SSI.
- Oficina de calidad SSI.
- Red Atención Primaria Salud Región de Tarapacá.
- Depto de Planificación y Control SSI.



**PROTOCOLO  
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA  
CEFALEA  
2014 - 2017  
SERVICIO SALUD DE IQUIQUE**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
<p> <b>Dra. Liliana Prina P.</b> Neuróloga Hospital Dr. Ernesto Torres G.</p> <p> <b>Dr. Jorge Cruz T.</b> Médico General CESFAM C. Aguirre</p>	<p> <b>Dra. Sandra Ocaranza C.</b> Depto Planificación SSI</p> <p> <b>Dr. Nelson Castillo B.</b> Jefe DEpto Planificación SSI</p> <p> <b>Dra. Yukiko Kuwahara A.</b> Encargada de Calidad SSI</p>	<p> <b>Dr. Luis López C.</b> Director SSI</p>
Fecha: Diciembre 2014	Fecha: Diciembre 2014	Fecha: Diciembre 2014



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-NEU-001

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 2 de 6

Vigencia: 3 años

## **CEFALEA**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

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

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con cefalea en estudio.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.
- Descartar causas tratables en APS de las cefaleas secundarias.

### **3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN**

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-NEU-001

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 3 de 6

Vigencia: 3 años

## **CEFALEA**

### **4. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD**

#### **4.1. Responsable ejecución.**

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

#### **4.2. Responsable del monitoreo y evaluación:**

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación hacia el nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al Jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a), Sub Director Médico del HETG y al Gestor de Red, con copia al Departamento de Planificación y Control del SSI.

### **6. DEFINICIONES**

- La cefalea es un síntoma referido generalmente como dolor que, semánticamente, engloba a todos los tipos de dolores localizados en la cabeza, pero que en la práctica clínica se restringe a molestias originadas en la bóveda craneana, de características e intensidad variables dependiente de las causas que las origina.

### **7. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

#### **7.1. Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Neurología del Consultorio de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Pacientes que persistan con crisis de cefalea frecuentes (**más de 1 episodio por semana**), pese a tratamiento farmacológico con al **menos 2 esquemas probados**, durante **un mínimo de 3 meses**.
- Pacientes con **crisis de cefalea siempre afectando la misma zona**.



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD**

Código: RCR-NEU-001

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 4 de 6

Vigencia: 3 años

## **CEFALEA**

- Pacientes cuya cefalea **interrumpa el sueño**.
- Pacientes cuya cefalea sea **acompañada de aura sensitiva o motora**.
- Pacientes con cefalea y **antecedentes familiares de malformación arterio-venosa, aneurisma o tumor cerebral**.

### **7.2. Exámenes solicitados por profesional APS previo a derivación.**

- Hemograma, VHS.
- Realizar EMPA, EMPAM, PAP, Mamografía (segun corresponda)

### **7.3. Documentos emitidos por profesional tratante de APS al médico especialista.**

- El médico de APS deberá derivar SIC realizada desde sistema informático Rayen en caso de disponibilidad (según comuna) o con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
  - Datos del paciente (nombre, run, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
  - Anamnesis pertinente: antecedentes familiares; fecha de inicio del cuadro; características del dolor, síntomas asociados, frecuencia.
  - Examen físico: general y específico pertinentes.
  - Hipótesis diagnóstica.
  - Resultado de exámenes
  - Tratamientos indicados. Medicamentos en uso por otras patologías.
  - Nombre, run, firma, timbre del profesional.
  - Timbre medico interfaz si corresponde.

### **7.4. Criterios de priorización para atención en Policlínico de Neurología:**

- Pacientes con crisis de cefalea que interfiere con el sueño
- Pacientes cuya cefalea sea acompañada de aura sensitiva o motora
- Paciente con cefalea asociada a náuseas o vómitos frecuentes



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD**

Código: RCR-NEU-001

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 5 de 6

Vigencia: 3 años

## CEFALEA

- Los pacientes derivados al policlínico de Neurología, que no requieran una atención inmediata, deben ser evaluados por el Especialista en un **período no mayor de 60 días**.

### 7.5. Acciones a realizar médico especialista en nivel secundario:

- Estudio de complementario según corresponda.

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

- Se contrarreferirá para mantener control en APS a todo paciente confirmado el diagnóstico e iniciado tratamiento.
- El médico especialista remitirá el formulario oficial de Contrarreferencia señalando:
  - Confirmación diagnóstica
  - Tratamiento farmacológico indicado: especificando dosis con el que se logró la disminución de las crisis, duración del tratamiento.
  - Informes de exámenes complementarios realizados
  - Controles en nivel secundario y/o primario, según corresponda.
  - Siempre señalando nombre, run, firma y timbre.

### 9. INDICADORES

- **Numerador:** N° de pacientes con confirmación diagnóstica de cefalea contrarreferidos desde nivel secundario a APS.
- **Denominador:** N° de pacientes referidos desde APS hacia nivel secundario con cefalea en estudio según criterios establecidos en Protocolo RYCR.

N° de pacientes con confirmación diagnóstica de cefalea contrarreferidos desde nivel secundario a APS.

N° de pacientes referidos desde APS hacia nivel secundario con cefalea en estudio según criterios establecidos en Protocolo RYCR.



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD**

Código: RCR-NEU-001

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 6 de 6

Vigencia: 3 años

**CEFALEA**

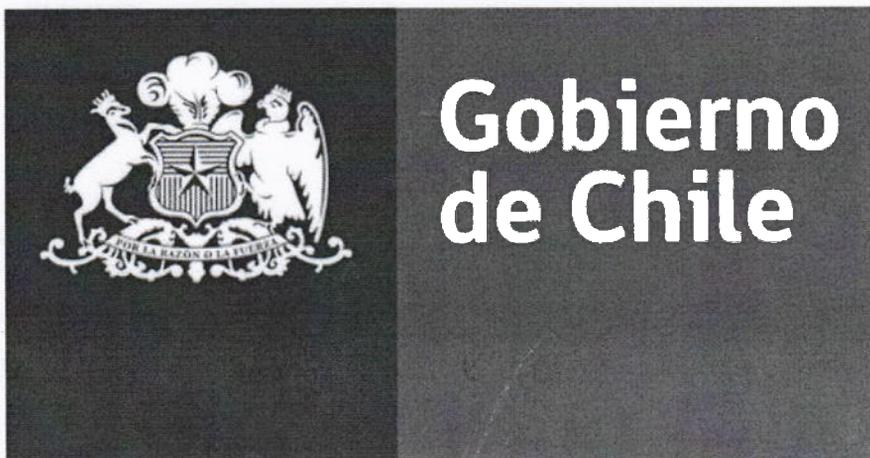
**10. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA**

- Manual de Neurología Pontificia Universidad Católica de Chile, disponible en [www.puc.cl](http://www.puc.cl)
- Trabajo en conjunto de Neurólogos del Hospital Ernesto Torres Galdames y de los Médicos APS Región de Tarapacá, basado en la bibliografía existente.
- Cuadernos de Neurología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: [/escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/.../Migrana.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/.../Migrana.html).

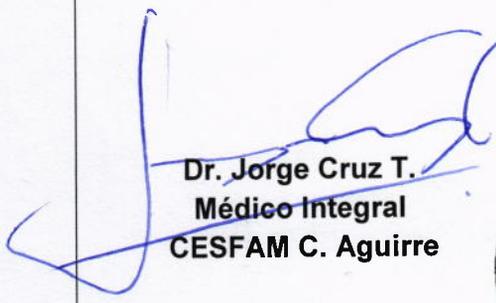
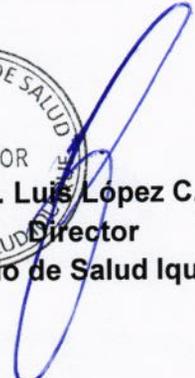
**11. DISTRIBUCIÓN**

- Dirección SSI
- Dirección, HETG.
- Subdirección Médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- CR Medicina, HETG
- Consultorio Adosado a Especialidades (CAE), HETG
- Policlínico Neurología, HETG.
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Oficina de Calidad, SSI.
- Red Atención Primaria Salud Región de Tarapacá.
- Departamento Planificación y Control del SSI.





**PROTOCOLO  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA  
PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA  
2014 - 2017  
SERVICIO SALUD DE IQUIQUE**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
<p style="text-align: center;"> <b>Dra. Liliana Prina P.</b> Neuróloga Hospital Dr. Ernesto Torres G.</p> <p style="text-align: center;"> <b>Dr. Jorge Cruz T.</b> Médico Integral CESFAM C. Aguirre</p>	<p style="text-align: center;"> <b>Dra. Sandra Ocaranza C.</b> Médico Planificación y Control SSI</p> <p style="text-align: center;"> <b>Dra. Yukiko Kuwahara A.</b> Encargada Calidad SSI</p> <p style="text-align: center;"> <b>Dr. Nelson Castillo B.</b> Jefe Unidad de Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p style="text-align: center;"> <b>Dr. Luis López C.</b> Director Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Diciembre 2014	Fecha: Diciembre 2014	Fecha: Diciembre 2014



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-NEU-003

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 2 de 6

Vigencia: 3 años

## **PARALISIS FACIAL PERIFERICA**

### **1. OBJETIVOS GENERALES**

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

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con parálisis facial periférica.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.

### **3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.**

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

### **4. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD**

#### **4.1. Responsable ejecución.**

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



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-NEU-003

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 3 de 6

Vigencia: 3 años

## **PARALISIS FACIAL PERIFERICA**

### **4.2. Responsable del monitoreo y evaluación:**

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación hacia el nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al Jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) y Sub Director Médico del HETG y al Gestor de Red, con copia al Departamento de planificación y Control del SSI.

## **6. DEFINICIONES**

- **Primaria** → **Parálisis facial idiopática o de Bell**: es la forma más frecuente de parálisis facial periférica, de etiología desconocida, aunque la causa viral es la más vinculada (virus Herpes simple tipo I).
- **Secundaria** → Producida por diversas causas entre las que cabe mencionar:
  - Traumática
  - Infecciosa (Virus Herpes simple, Herpes Zoster o Síndrome Ramsay-Hunt). Presenta otalgia intensa con parálisis facial e hipoacusia; vesículas en pabellón auricular, conducto auditivo externo, velo del paladar y faringe.
  - Neurológica: síndrome de Guillain-Barré
  - Tumoral (parotídeas, colesteatoma, neurinoma del acústico, meningioma).
  - Enfermedades sistémicas (diabetes mellitus, hipertiroidismo, porfiria, enfermedades autoinmunes, sarcoidosis, Enfermedad de Lyme, Enfermedad de Paget ósea, Vasculitis, leucemias).
- Se caracteriza por un comienzo brusco en 24-72 horas, presentándose un defecto en la movilidad de los músculos de la hemifacies afectada (distorsión o asimetría facial).

## **7. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

### **7.1. Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Neurología del Consultorio de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- A todo paciente con sospecha de parálisis facial tipo periférica. Puede ayudar el inicio de corticoides (prednisona 0,5 a 1 mg/kg/día si el cuadro lleva menos de 7 días de evolución y si no hay contraindicación.
- Derivar a paciente a kinesiología (CCR).



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD**

Código: RCR-NEU-003

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 4 de 6

Vigencia: 3 años

## **PARALISIS FACIAL PERIFERICA**

### **7.2. Derivar a UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria):**

- Ante la sospecha de Accidente vascular encefálico (AVE)

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

- Hemograma, VHS.
- Glicemia en ayuno
- Los resultados de los exámenes no pueden retrasar la derivación.

#### **a. Documentos emitidos por profesional tratante de APS al médico especialista.**

El médico de APS deberá derivar con SIC realizada desde sistema informático Rayen en caso de disponibilidad (según comuna) o formulario SIC que contenga:

- Datos del paciente (nombre, run, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
- Anamnesis pertinente: fecha de inicio del cuadro, comorbilidad, tratamientos previos, contactos, fármacos, etc.
- Examen físico: general y específico pertinentes, no olvidar Otoscopia.
- Hipótesis diagnóstica.
- Resultado de exámenes
- Tratamientos indicados. y medicamentos en uso por otras patologías.
- Nombre, run, firma, timbre del profesional.
- Timbre de medico interfaz según corresponda.

#### **b. Criterios de priorización para atención en Policlínico de Neurología:**

- c. Hipoacusia ipsilateral.
- d. Síndrome vertiginoso asociado.
- e. Tiempo de evolución menor a 7 días.

- Las pacientes derivados al policlínico de Neurología, que no requieran una atención inmediata, deben ser evaluados por el Especialista en un **período no mayor de 45 días.**
- **Acciones a realizar médico especialista en nivel secundario:**
  - f. Estudio de eventual lesión estructural
  - g. Indicación de kinesioterapia
  - h. Tratamiento esteroideal y/o antiviral, según corresponda.



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD**

Código: RCR-NEU-003

Edición: Segunda

Fecha: Diciembre 2014

Páginas: 5 de 6

Vigencia: 3 años

## PARALISIS FACIAL PERIFERICA

- i. **CONTRAREFERENCIA** y documentos emitidos por el médico especialista de atención secundaria.
- j. Se contrareferirá para mantener control en APS a todo paciente confirmado el diagnóstico e iniciado tratamiento.
- k. El médico especialista remitirá el formulario oficial de Contrarreferencia señalando:
  - l. Confirmación diagnóstica
  - m. Tratamiento farmacológico indicado
  - n. Indicaciones de kinesioterapia
  - o. Informes de exámenes complementarios realizados
  - p. Controles en nivel secundario y/o primario, según corresponda.
  - q. Siempre señalando nombre, run, firma y timbre.

### 8. INDICADORES

- **Numerador:** N° de pacientes con confirmación diagnóstica de parálisis facial periférica contrarreferidos desde nivel secundario a APS.
- **Denominador:** N° de pacientes referidos desde APS hacia nivel secundario con parálisis facial periférica en estudio según criterios establecidos en Protocolo RYCR.

N° de pacientes con confirmación diagnóstica de parálisis facial periférica contrarreferidos desde nivel secundario a APS

N° de pacientes referidos desde APS hacia nivel secundario con parálisis facial periférica en estudio según criterios establecidos en Protocolo RYCR.

### 9. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Manual de Neurología Pontificia Universidad Católica de Chile, disponible en [www.puc.cl](http://www.puc.cl)
- Trabajo en conjunto de Neurólogos del Hospital Ernesto Torres Galdames y de los Médicos APS Región de Tarapacá, basado en la bibliografía existente.
- Cuadernos de Neurología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: [/escuela.med.puc.cl/.../publ/.../1999/pub\\_22\\_99.html](http://escuela.med.puc.cl/.../publ/.../1999/pub_22_99.html).



**UNIDAD DE PLANIFICACION Y CONTROL  
SERVICIO DE SALUD**

**Código: RCR-NEU-003**

**Edición: Segunda**

**Fecha: Diciembre2014**

**Páginas: 6 de 6**

**Vigencia: 3 años**

**PARALISIS FACIAL PERIFERICA**

**10. DISTRIBUCIÓN**

- Dirección SSI
- Dirección, HETG.
- Subdirección Médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- CR Medicina, HETG
- Consultorio Adosado a Especialidades (CAE), HETG
- Policlínico Neurología, HETG.
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Oficina de Calidad, SSI.
- Red Atención Primaria Salud Región de Tarapacá.
- Departamento Planificación y Control SSI.

- 2º Los protocolos descritos anteriormente se adjuntan a esta Resolución y se entienden que forman parte de ella.
- 3º El uso de estos protocolos será de carácter oficial a contar de la tramitación y difusión consiguiente de los contenidos de la presente.
- 4º Los Protocolos tendrán una vigencia de 4 años, es decir 2014 – 2018 y deberán actualizarse al finalizar la vigencia.

**ANOTESE, REGISTRESE Y COMUNIQUESE.**



**DR. LUIS LÓPEZ CABRERA  
DIRECTOR (T y P)  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

3º El uso de estos protocolos será de carácter oficial a contar de la tramitación y difusión consiguiente de los contenidos de la presente.

4º Los Protocolos tendrán una vigencia de 4 años, es decir 2014 – 2018 y deberán actualizarse al finalizar la vigencia.

**ANOTESE, REGISTRESE Y COMUNIQUESE.**

  
**DIRECTOR**  
**DR. LUIS LÓPEZ CABRERA**  
**DIRECTOR (T y P)**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Lo que me permito transcribir a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes.

  
**MINISTRO DE FE**  
**Duby García Casanova**  
**MINISTRO DE FE**

**DISTRIBUCIÓN:**

- @ Dirección Servicio Salud Iquique
- @ Dirección Hospital Iquique
- @ Dirección H.C.S.F.
- @ Subdirección Gestión Asistencial SSI
  
- @ Depto. Planificación y Control SSI

[direccion.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:direccion.ssi@redsalud.gov.cl)  
[direccionhospitaliquique@gmail.com](mailto:direccionhospitaliquique@gmail.com)  
[luz.huenupil@redsalud.gov.cl](mailto:luz.huenupil@redsalud.gov.cl)  
[julio.barros@redsalud.gob.cl](mailto:julio.barros@redsalud.gob.cl)  
[sdga.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:sdga.ssi@redsalud.gov.cl)  
[nelson.castillo@redsalud.gov.cl](mailto:nelson.castillo@redsalud.gov.cl)  
[sandra.ocaranza@redsalud.gov.cl](mailto:sandra.ocaranza@redsalud.gov.cl)  
[planificacion.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:planificacion.ssi@redsalud.gov.cl)

**Departamentos Salud Comunas**

- @ Comuna de Pica
- @ Comuna de Huara
- @ Comuna de Camiña
- @ Comuna de Pozo Almonte
- @ Comuna de Colchane
- @ Comuna de Alto Hospicio

[graciela.mamani@municipalidadpica.cl](mailto:graciela.mamani@municipalidadpica.cl)  
[postahuara@yahoo.es](mailto:postahuara@yahoo.es)  
[deptosalud@yahoo.es](mailto:deptosalud@yahoo.es)  
[karen.baeza@cormudespa.cl](mailto:karen.baeza@cormudespa.cl)  
[yo\\_flores@yahoo.es](mailto:yo_flores@yahoo.es)  
[e.gamero@mahosalud.cl](mailto:e.gamero@mahosalud.cl)  
[andrea.esquivel@gmail.com](mailto:andrea.esquivel@gmail.com)  
[dennys.marquez@cormudesi.cl](mailto:dennys.marquez@cormudesi.cl)  
[secretaria.das@cormudesi.cl](mailto:secretaria.das@cormudesi.cl)

- @ Comuna de Iquique
- Oficina de Partes