MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA /
RIC./DRA.IBU./CGS./CMG./MEZR./FLM./mlm.
Nº 258: 30.12.11

4437

RESOLUCION EXENTA Nº _____/

SAN FELIPE, 30 DIC 2011

Con esta fecha el Director ha resuelto lo que sigue:

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorándum N°136 de 30 de Diciembre de 2011, del Departamento de Gestión Hospitalaria, que solicita se apruebe Protocolo de Trastornos de Ansiedad, el cual fue validado por el Comité Ejecutivo CIRA del Servicio de Salud Aconcagua, en reunión de fecha 28 de Diciembre de 2011, de acuerdo a lo indicado en Acta N°11 de la misma fecha, lo dispuesto en Resolución N°1600/2008, Contraloría General de la República y en uso de las atribuciones que me confieren el D.F.L. Nº001/2005 que fijó texto refundido coordinado y sistematizado del D.S. Nº2763/79 y de las Leyes Nº18.933 y Nº18.469 del Ministerio de Salud, el D.S Nº140/2004 del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y D.S. Nº5/2011 del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N

1.- **APRUEBASE Protocolo de Trastornos de Ansiedad**, enmarcado en los Protocolos de Referencia y Contra Referencia, realizado durante el año 2011, validado por el Comité Ejecutivo CIRA del Servicio de Salud Aconcagua, en reunión de fecha 28 de Diciembre de 2011, de acuerdo a lo indicado en Acta N°11, de la misma fecha.

2.- **DIFUNDANSE** el Protocolo aprobado, debiendo estar de manera permanente accesible para los profesionales del establecimiento.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.

DIRECCION SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA DIRECTOR

(FDO.) RODRIGO INFANTE COTRONEO
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Transcrito fielmente del original que he tenido a la vista.

DIRECCION SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA MINISTRO DE FE

GRACIELA ZELAYA ITE
MINISTRA DE FE

DISTRIBUCION:
- Comité Ejecutivo CIRA - SSA.
- Subdirección Gestión Asistencial -SSA.
- Subdirección de las Personas - SSA.
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros - SSA.
- Director Hospital San Camilo, San Felipe.
- Director Hospital San Juan de Dios, Los Andes.

- Director Hospital San Antonio, Putaendo.
- Directora Hospital San Francisco, Llay-Llay.
- Directora Hospital Psiquiátrico Dr. Phillipe Pinel.
- Directora Consultorio Gral. Urbano San Felipe.
- Directora CESFAM Dr. Segismundo Iturra T.
- Director CES Curimón.
- Director CESFAM Panquehue.
- Director CESFAM Pedro Aguirre Cerda, Calle Larga.
- Directora CESFAM Valle Los Libertadores, Putaendo.
- Directora CESFAM Dr. Eduardo Raggio L., Catemu.
- Director CESFAM Rinconada.
- Directora CESFAM Santa María.
- Directora CESFAM San Esteban.
- Jefa Consultorio Gral. Urbano Llay-Llay.
- Directora CESFAM Centenario.
- Directora CESFAM Cordillera Andina.
- Departamento Gestión Hospitalaria – SSA.
- Departamento Gestión Primaria en Salud – SSA.
- Oficina de Partes – SSA.

c.c. Lautaro Silva I.M. Panquehue.

c.c. Depto. Salud I.M.

c.c. Depto. Salud I.M.

Gobierno de Chile	**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**	Código: DSSA024 Edición: Primera Fecha: 30 Diciembre 2011 Página: 1 DE 9 Vigencia: 3 Años

PROTOCOLO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Validado por**:
Dra. Verónica Valdés González, Psiquiatra. Jefa Centro de Salud Mental, San Felipe.	Dra. Mariela Quiroz O. Asesora DSSA. Dr. Jaime Retamal Garrido Subdirector Medico Hospital Psiquiátrico de Putaendo Dra. Ana Arcos Dra. Jimena Estefan Dr. Juan Quezada'	Consejo Integrador de la Red Asistencial. Servicio de Salud Aconcagua (CIRA) **Aprobado por:** Sr. Rodrigo Infante Cotroneo. Director Servicio de Salud Aconcagua. DIRECCION SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA DIRECTOR
Fecha: Noviembre 2011	Fecha: 16 de Diciembre 2011	Fecha: 28 de Diciembre 2011

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADULTOS

Objetivo:

Orientar a los profesionales de salud del ámbito de Atención Primaria en Salud (APS), en el reconocimiento de los trastornos de ansiedad en adultos, y en la selección de las intervenciones terapéuticas para el manejo de los pacientes adultos con trastornos de ansiedad que son abordables desde el punto de vista de la APS.

Alcance:

Usuarios de 18 años en adelante, que reúnan los criterios diagnósticos de Trastorno de Ansiedad para la consulta ambulatoria de médicos de APS. Las personas de tercera edad requieren consideraciones especiales que no se incluyen aquí.

Este documento se ha elaborado para ser implementado en Centros de Salud Familiar, Consultorios de Atención Primaria y otros dispositivos de la red asistencial que determine el Servicio de Salud Aconcagua.

Distribución:

Box de atención clínica de médicos y profesionales de APS, Departamento de Atención Primaria y Gestión Hospitalaria del Servicio de Salud Aconcagua

Responsables de la Ejecución:

Médicos Generales, Médicos de Familia, Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Asistentes Sociales.

Responsables del Monitoreo:

Profesional Encargado de Programa de Salud Mental Dirección de Servicio de Salud Aconcagua.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADULTOS

Definición:

Ansiedad: anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es importante entenderla como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.
Cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en **patológica**, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual

Formas Clínicas:

Los trastornos por ansiedad presentan diferentes formas clínicas, entre las que destacan:

- Ansiedad debido a una enfermedad médica.
- Ansiedad debida a sustancias (alcohol, drogas, o fármacos).
- Ataques de pánico recurrentes (Trastorno de ansiedad episódico).
- Ansiedad generalizada, de duración mayor a 6 meses, experimentada en una variedad de situaciones.
- Relacionada a situaciones específicas (Trastorno fóbico).
- Relacionada a pensamientos o actos recurrentes (Trastorno obsesivo).

Causas:

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales. Además, se ha asociado a ciertas alteraciones físicas y al consumo de fármacos como sedantes, alcohol y drogas. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos.

La interacción de múltiples determinantes favorece la aparición de los trastornos de ansiedad. Es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales, como los trastornos del estado de ánimo.

Síntomas de Ansiedad: Físicos y Psicológicos

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADULTOS

	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

Se abordará los siguientes cuadros clínicos, según CIE 10:

- **Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica.**
- **Crisis de Angustia (Con y Sin Agorafobia)**
- **Trastorno de Ansiedad Generalizada**
- **Trastorno Adaptativo con Ansiedad**
- **Trastorno de Ansiedad No Específicado**

Manejo en APS:

El tratamiento de los Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno de Angustia (TA) en APS tiene los siguientes objetivos: **aliviar los síntomas, evitar las secuelas y ayudar y/o asesorar en la resolución de problemas psicosociales**, buscando la efectividad en términos de costo/beneficio. Se debe plantear un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada debe plantear técnicas que permitan al paciente aprender a controlarse paulatinamente, teniendo en cuenta que es previsible un aumento de la sintomatología en situaciones extremas. Se busca dotar al sujeto de recursos que pueda poner en marcha en cuanto detecte un aumento de los síntomas de ansiedad, sin tener que recurrir automáticamente a los fármacos

El tratamiento psicológico del trastorno de angustia tiene como objetivo principal reducir, de forma consistente, la frecuencia, duración e intensidad de las crisis, respecto a las registradas antes del proceso de diagnóstico y abordaje terapéutico

Para esto podemos utilizar:
1.-Terapias Cognitivo-Conductuales
2.- Psicoterapias Psicodinámicas

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1.- Antidepresivos.

Se recomiendan los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) como: Paroxetina, Sertralina o Escitalopram. Otros como Venlafaxina e Imipramina.

No se recomienda la prescripción de la Venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o infarto de miocardio reciente, y en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.

Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, se debe considerar derivación a Psiquiatría para evaluación y tratamiento.

Durante el **embarazo** la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales para la madre debidas a los ISRS prescritos superan los posibles riesgos para el feto. Para disminuir el riesgo potencial de efectos adversos neonatales se debe usar la **dosis eficaz más baja** de ISRS, la duración de tratamiento **más corta** posible y como **monoterapia.**

2.-Ansiolíticos: Benzodiacepinas (BZD).

Primariamente reducen más los síntomas somáticos que los psíquicos, que son los que definen el TAG. El Alprazolam, Bromazepam, Lorazepam y Diazepam han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TAG. No hay suficiente evidencia que evalúe la eficacia del Clonazepam, de vida media larga y bajo potencial para la ansiedad de rebote.

Las BZD producen un alivio rápido inicial de los síntomas de ansiedad, pero la evidencia sugiere que sus efectos no difieren de manera significativa de los obtenidos con placebo después de 4 a 6 semanas de tratamiento. Se han observado efectos secundarios con la utilización de las benzodiacepinas, en relación con un mayor riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tráfico y efectos en su retirada (ansiedad de rebote).

Por su eficacia y los efectos adversos descritos, se recomienda su utilización a corto plazo, no más allá de **2 a 4 semanas**, mientras se espera la respuesta a las ventajas del tratamiento con antidepresivos. El uso a largo plazo se debe supervisar de cerca.

Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos se debe usar la **dosis eficaz más baja** de BZD, la **duración de tratamiento más corta** posible y como **monoterapia**. Si se necesitan concentraciones más altas se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, y evitar el empleo durante el primer trimestre.

Criterios de Referencia a la Especialidad:

Debe referirse al Centro de Salud Mental de San Felipe (CESAM) para evaluación por Psiquiatra:

- Pacientes con Trastornos de Ansiedad que han cumplido al menos 4 meses de tratamiento farmacológico con los medicamentos adecuados y en las dosis adecuadas, además de un plan correspondiente de psicoterapia, y que pese a esto no se obtiene una mejoría del cuadro clínico.

- Pacientes en que se sospeche un Trastorno Obsesivo Compulsivo grave o Trastornos Disociativos, o que en el curso del tratamiento de su cuadro clínico se agregue la sospecha de comorbilidad psiquiátrica como por ejemplo un Episodio Depresivo Severo.

Requisitos necesarios para la derivación: Interconsulta con antecedentes personales y familiares que hacen sospechar el diagnóstico. Informe completo de tratamientos indicados

y su tiempo de utilización. Exámenes de laboratorio disponibles incluyendo perfil de hormonas tiroideas.

Contrarreferencia a APS:

Una vez compensado el cuadro clínico, el paciente continuará tratamiento en Atención Primaria. Continuará en especialidad mientras requiera tratamiento farmacológico no disponible en APS.

ANEXO 1: CRITERIOS DIAGNOSTICOS CIE 10

TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Criterios Diagnósticos:

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej., trastorno adaptativo con ansiedad en que el estresor es una enfermedad médica grave).
D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Si el sujeto consume una sustancia de abuso o toma medicación, considerar: que:
(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias (incluyendo fármacos), **(2)** El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

CRISIS DE ANGUSTIA

Se define como **Crisis de Angustia**, la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:
Síntomas Cardiopulmonares: Sensación de opresión torácica, disnea o sensación de ahogo/palpitaciones, extrasístoles o taquicardia.
Síntomas Autonómicos: Sudoración, escalofríos o sofocaciones.
Síntomas Gastrointestinales: Sensación de atragantarse, náuseas, molestias abdominales.
Síntomas Neurológicos: Temblores, parestesias, inestabilidad, mareo o desmayo.
Síntomas Psiquiátricos: Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)/miedo a perder el control, miedo a morir.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADULTOS

Si las crisis de angustia son inesperadas, es decir que no se relacionan con un desencadenante situacional y son clínicamente significativas, considerar:

TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
- Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia:
Los criterios para el diagnóstico de agorafobia son:

(1) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con situaciones características, por ejemplo: estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente, pasar por un puente, o viajar en autobús, avión, tren o automóvil.
(2) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
(3) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), etc
C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), etc.

TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA

A. Se cumple el criterio A del trastorno de angustia con agorafobia.
B. Ausencia de agorafobia.
C y D. Igual que el trastorno de angustia con agorafobia.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ADULTOS

Si los síntomas se relacionan con situaciones sociales en las que el individuo se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás, considerar: **FOBIA SOCIAL.**
Si los síntomas incluyen la evitación de situaciones u objetos específicos, considerar: **FOBIA ESPECÍFICA.**
Si la preocupación o la ansiedad están relacionadas con pensamientos persistentes (obsesiones) y/o rituales o actos mentales recurrentes (compulsiones), considerar: **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.**
Si los síntomas de ansiedad se relacionan con un factor altamente traumático y los síntomas duran al menos 2 semanas y menos de 4 semanas, considerar: **TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO.**

Si los síntomas se relacionan con la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos y duran más de 4 semanas, considerar: **TRASTORNO POR STRESS POST TRAUMÁTICO**.

Si los síntomas de ansiedad y preocupación intensas se relacionan con una variedad de acontecimientos o situaciones, considerar: **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de 6 meses. La ansiedad o preocupación son exageradas en cuanto a la probabilidad o efecto de los acontecimientos temidos.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación intensa.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):

- Inquietud o impaciencia.
- Fatigabilidad fácil.
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse, de sueño no reparador).

La preocupación se puede asociar por tanto a síntomas de tensión motora, (p. ej., temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (p. ej., boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto, insomnio).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-

compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Si los síntomas se dan en respuesta a un estresante psicosocial específico, considerar: **TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANSIEDAD**.

TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANSIEDAD

A. La aparición de síntomas emocionales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

C. Una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Si la ansiedad es clínicamente significativa y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos descritos anteriormente, considerar: **TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO**.

TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

Incluye trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno específico descrito anteriormente, como por ejemplo:

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO: Se trata de un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes y se acompaña al menos durante 1 mes de otros síntomas depresivos y ansiosos (p. ej., dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco, trastorno del sueño, cansancio o falta de energía, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza y baja autoestima o sentimientos de inutilidad). Estos síntomas pueden provocar deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Bibliografría:

OMS (1996) CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades. Versión multiaxial para adultos. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

Psiquiatria y Salud Mental. Riquelme Véjar (2007) Sociedad Chilena de Salud Mental.

American Psyquiatric Association (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Editorial Masson.

RCS N°1

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCION DE GESTION ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HOSPITALARIA
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y ARTICULACIÓN HOSPITALARIA/
EU.CCS/MAT.CMG/NUT. PMB/avu

30 DIC. 2011

DIRECCION SERVICIO DE SALUD ASESORIA JURIDICA ACONCAGUA

MEMORANDUM Nº 136/

PARA : **SRA. MARIA ELISA ZEPEDA**
JEFA DEPARTAMENTO DE ASESORÍA JURÍDICA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
PRESENTE

Junto con saludarla, solicito a Ud., dictar Resolución Exenta para la autorización del PROTOCOLO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Esperando una buena acogida a esta solicitud, saluda atentamente a Ud.

DIRECCION SERVICIO DE SALUD JEFE DEPTO. GESTION HOSPITALARIA ACONCAGUA

E.U. CLAUDIA CAMERATI SALDÍAS
JEFA DEPTO. GESTIÓN HOSPITALARIA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

SAN FELIPE, 30 de diciembre de 2011.

C.c.:

- Subdirección de Gestión Asistencial
- Departamento de Gestión Hospitalaria
- Unidad de Planificación y Articulación Hospitalaria – Nut. Paola Manterola B.