

Comunicación

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 111-2015-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 15 de mayo 2015.

Visto, la Nota Informativa N° 065-DRP-HVLH-15;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante la Ley N° 27657, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud diseña y organiza procesos organizacionales de dirección, operación y apoyo. Los subprocesos y actividades componentes se modifican en función de las innovaciones tecnológicas y la reformulación de los objetivos estratégicos, los mismos que se establecen en el Reglamento de la presente Ley y en los Reglamentos Orgánicos Subsecuentes;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, incisos d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", siendo entre ellas, las Guías Técnicas que pueden ser del campo administrativo o del campo asistencial, tal como lo señala en el numeral 6.1.3 Guía Técnica.

Que, las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de la salud, tal como lo señala la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA;

Que, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Pacientes con Trastornos Mentales Orgánicos CIE 10 F00-F09, ha sido adecuada a las normas para la elaboración de los documentos normativos del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, por tanto se disponga el correspondiente acto de administración;

Que, en tal sentido, las Guía Práctica Clínica para la Atención de Pacientes con Trastornos Mentales Orgánicos CIE 10 F00-F09, cuyo propósito es homologar los criterios de atención de los pacientes con



el diagnóstico de trastorno mentales orgánicos (TMO) en el HVLH; en tal sentido, resulta necesario, formalizar la aprobación de dicha guía, mediante el correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por el Jefe del Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia y del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y,

Con el visto bueno del Jefe del Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia, de la Jefa la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del "Victor Larco Herrera"; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA y Resoluciones Ministeriales Ns° 422-2005/MINSA y N° 526-2011/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar, la **Guía Práctica Clínica para la Atención de Pacientes con Trastornos Mentales Orgánicos CIE 10 F00-F09**, a folios (22), la misma que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución y el texto de la Guía Práctica Clínica para la Atención de Pacientes con Trastornos Mentales Orgánicos CIE 10 F00-F09, aprobado en el artículo precedente, en la página Web del Hospital "Victor Larco Herrera"

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"

Med. Cristóbal Eguiguren Li
Directora General
CMP 17899 RNE 8270

CAEL/MYRV.

Distribución:

- Dirección Adjunta
- Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Dep. de Hospitalización

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”**



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
DEL HOSPITAL
“VÍCTOR LARCO HERRERA”**

**Guía de Práctica Clínica
Para la Atención de los Pacientes
Con Trastornos Mentales Orgánicos
CIE N° 10: F00 – F09**

AÑO 2015

Guía de Práctica Clínica para la Atención de los Pacientes con Trastornos Mentales Orgánicos CIE N° 10: F00 – F09

Elaborado por:

Med. Pedro Mauricio GAGO MANCO.

Jefe del Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia.
Responsable de la Revisión de la Guía de Práctica Clínica para
la Atención de los Pacientes con Diagnóstico de Trastornos
Mentales Orgánicos en el Hospital "Víctor Larco Herrera"





Supervisado por:

Med. Prysca CERSSO GÓMEZ.
Jefa del Servicio de Recuperación y Reinserción Social del
Departamento de Hospitalización. HVLH.

Refrendado por:

Med. Cristina EGUIGUREN LI.
Directora General del Hospital "Víctor Larco Herrera".

ÍNDICE:

- 
- 
- I. **Título.**
 - II. **Propósito.**
 - III. **Ámbito de Aplicación.**
 - IV. **Consideraciones Generales de la Atención.**
 - V. **Consideraciones Generales del Tratamiento.**
 - VI. **Consideraciones Específicas de la Atención: Evaluación Clínica del Paciente.**
 - VII. **Atención de los Pacientes con Trastornos Mentales Orgánicos Agudos: Delirium.**
 - VIII. **Atención de los Pacientes con Trastornos Mentales Orgánicos Crónicos: Las Demencias en la Enfermedad de Alzheimer, Las Demencias Vasculares y otras Demencias del Adulto Mayor.**
 - IX. **Bibliografía.**

B: Presentación clínica de acuerdo a la CIE N° 10 de la OMS:

1. Demencia.
2. Delirium.
3. Síndrome amnésico.
4. Alucinosis orgánica.
5. Trastorno catatónico orgánico.
6. Trastorno delusivo orgánico.
7. Trastorno afectivo orgánico.
8. Trastorno de ansiedad orgánico
9. Trastorno disociativo orgánico.
10. Trastorno de labilidad emocional orgánico.
11. Trastorno cognoscitivo leve.
12. Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento.



C. Clasificación clínica de los trastornos mentales orgánicos de acuerdo a la CIE N° 10 de la OMS:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia multi-infarto.

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otras demencias vasculares.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por VIH.

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia.

F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.



F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefálico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

D. Etiología y Comorbilidad:

La demencia puede ser consecutiva o coexistente con cualquier trastorno mental orgánico, en especial con delirium (F05.1). En los trastornos demenciales los síntomas y signos señalados no tienen valor patognomónico por si solos, pero si se aprecian de manera conjunta son de gran ayuda diagnóstica.

Los TMO tienen etiología diversa:


1. Enfermedad cerebral primaria como accidente cerebro-vascular, traumatismos, infecciones, epilepsia o neoplasia.
2. Enfermedades sistémicas que afectan al cerebro, por ejemplo, enfermedad metabólica, infecciosa, cardiovascular y respiratoria.
3. Intoxicación con sustancias exógenas, por ejemplo, fármacos y tóxicos.
4. Abstinencia de sustancias en personas adictas; en el anciano sería más frecuente por alcohol o fármacos hipnóticos sedantes.

E. Diagnóstico diferencial:


Hay que tener en cuenta las siguientes posibilidades: Trastorno depresivo (F30-F39), el cual puede presentar alguna de las características de una demencia incipiente, en especial el deterioro de la memoria, el enlentecimiento del pensamiento y la falta de actividad espontánea. Estados de rendimiento cognoscitivo anormalmente bajos atribuibles a un medio social con grandes carencias y con una educación escasa.

V. CONSIDERACIONES GENERALES DEL TRATAMIENTO.

5.1 Generalidades.



Las indicaciones terapéuticas serán individualizadas de acuerdo a la situación clínica de cada paciente, al diagnóstico y evolución del trastorno. Se realizará un plan de tratamiento integral que contemple las necesidades particulares de cada caso. En el Hospital se prescriben los fármacos de acuerdo al Petitorio farmacológico del Hospital y de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud (DIGEMID).



Los medicamentos no incluidos en el Petitorio que a criterio del médico psiquiatra tratante sean necesarios para el paciente, se prescribirán de acuerdo a las normas legales y éticas relacionadas a la prescripción de medicamentos (Ley General de la Salud Ley N° 26842, Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del Ministerio de Salud, Reglamento de Farmacoterapia Óptima del Hospital "Victor Larco Herrera", Código de Ética del Colegio Médico del Perú y el consentimiento informado correspondiente.

5.2 Pautas de Tratamiento en los Trastornos Mentales Orgánicos.

El tratamiento de los trastornos mentales orgánicos al igual que la mayoría de trastornos psiquiátricos debe tener un enfoque terapéutico plurifactorial. A diferencia de los trastornos funcionales es posible orientar la eficacia terapéutica hacia los factores biológicos causantes del desorden mental. Si esto no es factible de manera rápida y la situación clínica global del paciente no contraindica actuar sobre sus síntomas psicopatológicos, conjuntamente hay que utilizar tratamiento conductual y el tratamiento farmacológico sintomático.

1. Tratamiento Etiológico.

Siempre lo antes posible, hay que tratar la etiología del trastorno mental orgánico, actuar sobre los factores biológicos, excluir la noxa subyacente, tratar la enfermedad de fondo causante de la disfunción cerebral. Generalmente corrigiendo los factores orgánicos etiológicos se corrigen los síntomas psíquicos y conductuales.

2. Tratamiento Conductual Inicial.

Si el paciente no colabora y su estado mental lo aconseja, hay que procurar un rápido control de su comportamiento, sobre todo si es potencialmente peligroso.

La hospitalización puede estar indicada por ese motivo o porque resulte difícil el estudio y el tratamiento ambulatorio. En los casos de agitación severa si la respuesta a fármacos sea insuficiente o donde no se pueda administrar psicofármacos por el riesgo de comprometer el sensorio del paciente, puede recurrirse a la contención física del paciente, sin embargo ésta ya es una alternativa cuestionable en los casos de delirium, por que debemos identificar el factor causal precozmente. En los casos de agresividad se seguirán las indicaciones del Protocolo de manejo de conducta violenta y agitación psicomotriz.

Controlada la agitación o conducta hostil, se deben hacer las interconsultas respectivas para establecer las pautas de manejo de la conducta del paciente.

3. Tratamiento Psicofarmacológico.

Los fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos mentales orgánicos son los mismos medicamentos que se utilizan para los trastornos psiquiátricos en general, con un enfoque destacado en el control de los síntomas psíquicos y conductuales. En el tratamiento farmacológico sintomático se utilizan antipsicóticos clásicos y atípicos, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, estabilizadores del ánimo.

Con relación a las dosis de los psicofármacos se propone el uso de la "dosis mínima eficaz" es decir las dosis mínimas del medicamento capaces de lograr efectividad clínica y disminuir la presencia de efectos secundarios o reacciones adversas a los medicamentos. Se debe indicar el menor número de psicofármacos al mismo tiempo para evitar las interacciones. No olvidar que los pacientes pudieran estar tomando otros medicamentos indicados por otros médicos o por propia iniciativa.

En el caso de los pacientes con falla renal o hepática, o pacientes adultos mayores tienen un metabolismo diferente a una persona adulta normal y deben reajustarse las dosis. Normalmente el adulto mayor tiene menor índice de masa corporal, menor índice de contenido hídrico y los factores farmacodinámicos de los medicamentos son diferentes.

4. Terapia Electroconvulsiva.

Las principales indicaciones que se aceptan son:

- Cuadros catatónicos de características letales que no responden al tratamiento convencional.
- Síndrome neuroléptico maligno que no responde al tratamiento de sostén.

La terapia electroconvulsiva debe seguir rigurosamente las indicaciones del Protocolo respectivo. En el caso de trastornos mentales orgánicos debe ser indicado por una junta médica y tener el consentimiento informado. La aplicación de terapia electroconvulsiva en adultos mayores debe evaluarse el riesgo - beneficio y el paciente debe tener estudios médicos cardiológico y de columna vertebral, exámenes previos de funcionamiento renal y hepático, debiendo descartarse tumoración y/o hipertensión endocraneana.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DE LA ATENCIÓN: EVALUACION CLÍNICA DEL PACIENTE.

Es fundamental para el tratamiento de los TMO una anamnesis exhaustiva, investigación de los antecedentes la evaluación psicopatológica y el examen físico que debe realizarse dentro de los principios generales de la Historia Clínica Psiquiátrica, cuya elaboración dependerá del contexto en que se encuentre el paciente, sea en Hospitalización, Consulta Externa o Emergencia.

La evaluación del paciente es esencialmente clínica e integral y deberá ser llevada a cabo por el equipo profesional interdisciplinario bajo la dirección del médico psiquiatra tratante.

El proceso de evaluación y tratamiento se dividirá en tres fases las cuales se describen a continuación:

A. Fase Inicial.

La evaluación inicial del paciente deberá incluir:

1. Elaboración de la historia clínica psiquiátrica de acuerdo al formato del Hospital "Víctor Larco Herrera" y Norma Técnica del Ministerio de Salud.
2. Examen físico completo con gran énfasis en el examen neurológico; considerar el examen de fondo de ojo en el examen neurológico completo.
3. Exámenes de Laboratorio.
Las siguientes pruebas son de rutina cuando se presentan cuadros que cursan con déficit cognitivo:
 - a. Estudio hematológico: series blanca y roja, hematocrito, hemoglobina, velocidad de sedimentación y recuento de plaquetas.
 - b. Bioquímica general: glucosa, urea, creatinina, enzimas hepáticas: transaminasas oxalacética y pirúvica, glutamiltransferasa; electrolitos en sangre, proteínas totales, colesterol, triglicéridos
 - c. Examen completo de orina.
 - d. Otras pruebas: cuando el caso lo requiera. Por ejemplo Función tiroidea: T3, T4 y TSH. Función renal: Depuración de creatinina. VDRL, HIV, etc.
4. Neurofisiología.
El electroencefalograma es un examen complementario que es de ayuda en el diagnóstico diferencial de los trastornos convulsivos y paroximales.
5. Neuroimágenes.
El desarrollo de las técnicas de Neuroimágenes permite disponer de métodos exploratorios muy adecuados para ayuda diagnóstica de los trastornos mentales orgánicos; es prioritario en los cuadros de delirium y en los trastornos demenciales.
Se debe realizar la referencia a otro Hospital para las pruebas de neuroimágenes.



6. Evaluación Neuropsicológica.
 - a. Evaluación del nivel actual de funcionamiento cognitivo, determinar si existe un deterioro global, o selectivo en áreas cognitivas como la atención, lenguaje, memoria, habilidades intelectuales y ejecutivas. La evaluación neuropsicológica es importante porque permite planificar programas de rehabilitación de acuerdo con las capacidades cognitivas del paciente.
 - b. El test minimal de Folstein es de primera elección para los casos de valoración psicométrica de los trastornos demenciales.
7. Evaluación de las Discapacidades.
 - a. Evaluación de las discapacidades. En el eje III de la CIE-10 está destinado a valorar las discapacidades con relación a las tareas y a las funciones que se espera que realice el individuo en su específica situación sociocultural.
 - b. Evaluación de las necesidades y de la calidad de vida del paciente.
8. Evaluación Social.

A cargo de Servicio Social, para determinar el apoyo familiar y las redes sociales.



B. Fase de Estabilización.



El principal objetivo de esta fase es controlar los síntomas conductuales y psicopatológicos del paciente, disminuir el estrés en el paciente y sus familiares, y lograr su adaptación a la vida familiar y comunitaria. Se espera controlar la conducta y mermar los síntomas psicopatológicos; dada las causas orgánicas del cuadro clínico del paciente, muchas veces los síntomas psicopatológicos son persistentes o residuales y nunca se logra una remisión total. De ser preciso esta fase se realizará con el paciente hospitalizado o se hará la referencia respectiva a otro Hospital y/o Departamento si predominan los síntomas y signos físicos sobre los mentales y conductuales. La evaluación será esencialmente clínica, teniendo cuidado de evaluar aquellos síntomas que ponen en riesgo la vida del paciente o personas de su entorno. De ser necesario se realizará la interconsulta a la Unidad de Psicogeriatría y Trastornos Mentales Orgánicos del Departamento de Hospitalización.

C. Fase de Seguimiento.

El objetivo de esta fase es asegurar el mantenimiento o mejora de conducta y cognición del paciente, que pueda recuperar su nivel de funcionamiento previo y calidad de vida. Una vez estabilizado el paciente se procederá al alta médica si se encuentra hospitalizado y/o continuara su control médico en Consultorios Externos.

En el Consultorio externo la evaluación continua determinará si el paciente pueda beneficiarse de algún cambio en el tratamiento tanto en el ámbito farmacológico, psicoterapéutico o de rehabilitación. Se intensificará la rehabilitación personalizada y se fortalecerán las redes sociales de apoyo.

VII. ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS AGUDOS: DELIRIUM.

A. Protocolo de Evaluación de Pacientes con Delirium.

1. Estado físico

- Anamnesis e historia clínica.
- Evaluación de los signos vitales.
- Exploraciones físicas generales y neurológicas.
- Revisión detallada de las historias médica y psiquiátrica.
- Revisión detallada de las medicaciones y relación con los cambios conductuales.

2. Estado mental

- Entrevista
- Pruebas cognoscitivas de atención, memoria, comprensión, etc.

3. Pruebas complementarias:

3.1. Pruebas básicas, investigar en todos los pacientes con delirium:

- Hemograma completo.
- Análisis de sangre: electrolitos, glucosa, concentración plasmática de urea, creatinina, transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina, etc.
- ECG (Electrocardiograma)
- Radiografía de tórax
- Velocidad de sedimentación globular.
- Análisis de orina.

3.2. Pruebas de laboratorio complementarias, solicitar las pruebas según el estado clínico:

- Cultivo y antibiograma de orina.
- Prueba de detección de drogas en orina.
- Prueba de depuración de creatinina.
- Análisis sanguíneos (p. ej., prueba de detección serológica para la sífilis (VDRL), niveles de B₁₂ y folato, anticuerpos antinucleares, pruebas serológicas para neurocisticercosis, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).
- TAC (tomografía computarizada) o RM (resonancia magnética) del encéfalo.
- EEG (electroencefalograma)

B. Diagnóstico y evaluación.

1. Diagnóstico de delirium:

- 1.1. Realizar una evaluación detallada de los síntomas del paciente, que incluya todos los criterios de la CIE N° 10 - OMS para el delirium.



- 1.2. Organizar la información en la historia clínica, la historia psiquiátrica, de la familia, del personal cuidador y de otras fuentes de anamnesis, con énfasis en los factores de riesgo para delirium.
- 1.3. Realizar una evaluación exhaustiva de los antecedentes psiquiátricos del paciente que tenga en cuenta:
 - Episodios previos de delirium.
 - Peligrosidad para uno mismo y para los demás.
 - Respuestas previas al tratamiento.
 - Consumo previo de alcohol y otras sustancias.
- 1.4. Distinguir entre los posibles diagnósticos diferenciales; para los pacientes con características de delirium, lo más frecuente es determinar si el paciente tiene delirium, demencia o ambos.

2. Evaluación del estado clínico:

- 2.1. Realizar una evaluación detallada del estado clínico del paciente que considere:
 - La potencialidad del paciente para autolesionarse o lesionar a los demás.
 - La disponibilidad de medios para lesionarse a sí mismo o a los demás
 - La presencia de alucinaciones e ideas delirantes.
- 2.2. La evaluación del psiquiatra debe ser coordinada con el internista, el neurólogo, y otros médicos especialistas.

3. Evaluar los trastornos médicos comórbidos y la historia médica pasada:

- 3.1. Los pacientes con delirium requieren una evaluación exhaustiva de sus antecedentes médicos y su historia clínica central, incluida la medicación, poniendo especial atención en aquellas enfermedades o tratamientos que pueden contribuir al delirium.
- 3.2. Realizar una evaluación de la presencia de otros trastornos o síntomas psiquiátricos.

4. Evaluación de la historia psicosocial y entorno del paciente:

- 4.1. Realizar una evaluación exhaustiva de la historia psicosocial del paciente, que incluya:
 - Relaciones familiares e interpersonales.
 - Ambiente pre mórbido psicosocial, doméstico, laboral, y comunitario.
- 4.2. El conocimiento de las características psicológicas y sociales del paciente y la familia pueden ser de gran ayuda para controlar la ansiedad y las reacciones de los pacientes y los familiares.

5. Para los pacientes con pérdida de la capacidad para tomar decisiones, debe señalarse la disponibilidad de los miembros de la familia o responsables capaces de ayudar en la toma de decisiones.

C. Criterios de Manejo

1. Criterios de atención hospitalaria:

Se atenderá todo paciente con sintomatología psíquica y se realizará el deslinde adecuado; se atenderá en las modalidades de consulta externa, emergencia, interconsultas y se realizará la referencia y/o contra-referencia de acuerdo al caso. La hospitalización requiere además el consentimiento informado del familiar responsable.

2. Criterios de Transferencias Externas e Internas:

Dada la complejidad y urgencia del cuadro clínico se realizarán las referencias con las coordinaciones específicas con otros hospitales y con el Servicio de cuidados médicos complementarios si el caso ameritase ser atendido en el Hospital, por ejemplo delirium por abstinencia, psicosis agudas por drogas, RAM por psicofármacos, entre otros.

3. Criterios de Alta:

Alta médica por remisión de los síntomas, por estado mental estable, y por conducta adecuada y/o manejable.

Alta administrativa por solicitud de los familiares responsables, con exoneración de responsabilidades, y por disposición de las autoridades pertinentes.

Criterios de Referencia:

Se referirán aquellos pacientes que por su compromiso somático, complejidad diagnóstica y/o de manejo, que requiera de la atención de otras especialidades médicas, donde la atención psiquiátrica no sea la prioritaria. Las referencias se realizarán acorde a los procedimientos normados por el MINSA.

5. Criterios De Contra-Referencia:

Se atenderán a los pacientes referidos de otras instituciones de salud y retornaran a su institución de origen, después de resolver el motivo de referencia y/o se resolverá la consulta y se contra referirá si la atención psiquiátrica no es la prioritaria. Las contra-referencias se realizarán acorde a los procedimientos normados por el MINSA

D. Manejo psiquiátrico:

En la formulación del plan de tratamiento y durante su avance y evolución posterior, se deben tenerse en cuenta los siguientes principios de tratamiento psiquiátrico:

1. Coordinar con otros médicos.

Con frecuencia, el tratamiento de los pacientes con delirium requiere un enfoque conjunto y coordinado entre el psiquiatra y el internista u otros especialistas.

2. Identificar factores etiológicos y corregirlos.
Revisar la información de la historia médica y psiquiátrica del paciente con los familiares y otros allegados.
3. Realizar las pruebas diagnósticas de laboratorio y radiológicas para determinar la causa o causas subyacentes al delirium. La elección de las pruebas específicas debe guiarse por los resultados de las evaluaciones clínicas.
4. Iniciar intervenciones urgentes.
Los pacientes con delirium pueden tener trastornos médicos generales que requieren intervención terapéutica urgente, incluso antes de que se identifique la etiología del delirium.
Suele ser necesario un aumento de la observación y el control de la enfermedad subyacente, que incluya el control frecuente de los signos vitales, el balance hídrico, y la concentración e oxígeno.
5. Proporcionar otros tratamientos específicos para el trastorno.
Las causas reversibles del delirium que se identifican deben tratarse rápidamente, si no es posible hacerlo una vez identificado el cuadro y debe dar la intervención psiquiátrica específica y el paciente debe referirse a un Hospital General del Sistema de Salud.
6. Controlar y reafirmar las medidas de seguridad.
Controlar a los pacientes con delirium por su potencialidad para lesionarse a ellos mismos y a los demás. Las conductas dañinas con frecuencia son involuntarias o responden a alucinaciones o ideas delirantes.
Tomar medidas apropiadas para prevenir las autolesiones o las lesiones a otros. Siempre que sea posible, deben utilizarse las medidas menos restrictivas pero más eficaces.
7. Evaluar y controlar el estado mental del paciente.
Controlar regularmente los síntomas psíquicos y las conductas, porque pueden fluctuar rápidamente.
Ajustar las estrategias de tratamiento en consecuencia.
8. Establecer y mantener alianzas con el paciente y la familia.
Establecer una postura terapéutica de apoyo a los pacientes.
Establecer alianzas fuertes con los miembros de la familia del paciente, los distintos médicos y los cuidadores.
9. Educar e informar sobre la enfermedad.
Debe educarse a los pacientes sobre el actual delirium, su etiología y su curso, adaptado a la información a su capacidad para entender la enfermedad.
También puede ser muy beneficioso educar y proporcionar información sobre el delirium a los familiares del paciente, al personal de enfermería y a otros médicos.

E. Intervenciones psiquiátricas específicas.

1. Medicación antipsicótica.

1.1. Haloperidol y antipsicóticos clásicos:

- Los fármacos antipsicóticos de alta potencia, como haloperidol, son el tratamiento de elección para delirium.
- El haloperidol puede administrarse por vía oral, vía parenteral intramuscular, o intravenosa.
- Las dosis iniciales de haloperidol oscilan entre 1 y 2 mg cada 2 o 4 horas, con dosis de inicio inferiores en los pacientes ancianos, donde las dosis fluctúan entre 0.25 y 0.50 mg cada 4, 6 u 8 horas (el lapso de tiempo también es mayor en ancianos).
- La utilización de haloperidol por vía intramuscular es la recomendada porque ofrece mayor seguridad, puede iniciarse con una inyección intramuscular de 2.5 a 5 mg.
- Debe considerarse la inyección intravenosa de haloperidol en los pacientes con síntomas severos y/o resistentes, -especialmente delirium con agitación- que requieren de una intervención farmacológica rápida. El haloperidol por vía intravenosa puede iniciarse con una inyección intravenosa de 2.5 a 5 mg.
- El tratamiento con haloperidol parenteral que se inicia intravenoso puede ser continuada con inyectables -de preferencia por vía intramuscular- de 2.5 a 5 mg. cada hora, hasta un máximo de 12.5 mg/24h., bajo de control médico estricto de funciones vitales y ECG. En pacientes adultos mayores la dosis máxima recomendable es de 5mg.; en pacientes con disfunción cerebral como en el retraso mental la dosis máxima recomendable es de 7.5mg/24h.
- Cuando se utiliza haloperidol para tratar el delirium debe realizarse control mediante ECG. En los intervalos QTC mayores de 450 ms o por encima del 25% de los valores de referencia, se considerará una interconsulta cardiológica y la interrupción de la medicación antipsicótica.



1.2. Nuevos fármacos antipsicóticos atípicos:

- Los antipsicóticos atípicos como risperidona, olanzapina y quetiapina para tratar el delirium, se utilizan en parte porque su perfil de efectos secundarios es más tolerable.
- En caso de utilizarse los nuevos fármacos antipsicóticos atípicos debe comenzarse con dosis bajas, sobre todo en adultos mayores. Una precaución especial en el caso de pacientes con delirium superpuesto a demencia, porque se ha descrito el incremento de riesgo de eventos cerebrovasculares.

2. Benzodiacepinas:

- Generalmente se reservan las benzodiacepinas como monoterapia para los pacientes con delirium causado por convulsiones o abstinencias de alcohol, sedantes e hipnóticos.
- Son preferibles las benzodiacepinas de acción corta y que no tienen metabolitos activos como el lorazepam. De ser necesario se utilizará diazepam o midazolam por vía intravenosa.
- Se debe considerar la combinación de una benzodiacepina con un antipsicótico para los pacientes que únicamente toleran dosis bajas de medicación antipsicótica o que suelen presentar ansiedad o agitación.

- En el delirium con agitación psicomotriz puede iniciarse el tratamiento combinado con 5 mg de haloperidol por vía intramuscular o intravenosa seguidos inmediatamente de 0,5 – 1,0 mg de lorazepam (VO). Como alternativa se puede utilizar haloperidol vía IM con midazolam o diazepam vía intravenosa.
3. Tiamina:
Deben administrarse tiamina 100 mg por vía parenteral, a los pacientes con delirium que presentan riesgo de deficiencia de vitamina B, como los pacientes alcohólicos o mal alimentados.
 4. TEC (Terapia electro convulsiva):
La TEC debe tenerse en cuenta en algunos casos de delirium secundario al síndrome neuroléptico maligno. El posible beneficio de la TEC debe sopesarse con los riesgos de este procedimiento en pacientes que a menudo son clínicamente inestables.



VIII. ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS CRÓNICOS: LAS DEMENCIAS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, LAS DEMENCIAS VASCULARES Y OTRAS DEMENCIAS DEL ADULTO MAYOR.

A. Protocolo de Evaluación de Pacientes con Demencia.



1. Estado físico:
 - Anamnesis e historia clínica.
 - Evaluación de los signos vitales
 - Realizar evaluaciones médicas psiquiátricas, neurológicas y realizar las interconsultas pertinentes.
 - Revisión detallada de las historias médica y psiquiátrica.
 - Revisión detallada de las medicaciones y relación con los cambios conductuales.
 - Evaluar la performance en las actividades de vida diaria y su nivel de independencia.
 - Identificar los factores médicos tratables que pueden causar o exacerbar la demencia.
 - Atender y/o derivar las otras necesidades e interurrencias médicas.
2. Estado mental:
 - Entrevista
 - Pruebas cognoscitivas de atención, memoria, comprensión, etc.
 - Determinar la naturaleza y las causas de los síntomas cognoscitivos y no cognoscitivos.
3. Pruebas Complementarias:
 - 3.1. Pruebas básicas, investigar en todos los pacientes con demencia:

- Hemograma completo.
- Análisis de sangre: electrolitos, glucosa, concentración plasmática de urea, creatinina, transaminasas, etc.
- ECG (Electrocardiograma)
- Radiografía de tórax
- Velocidad de sedimentación globular.
- Análisis de orina.

3.2. Pruebas de laboratorio complementarias, solicitar las pruebas según el estado clínico:

- Prueba de depuración de creatinina.
- Análisis sanguíneos (p. ej., prueba de detección serológica para la sífilis (VDRL) y neurocitocercosis (WB), niveles de B₁₂ y folato (ácido fólico), anticuerpos antinucleares, etc.
- Cultivos sanguíneos.
- Niveles séricos de fármacos (p. ej., litio, digoxina, teofilina, fenobarbital)
- TAC (tomografía computarizada) o RM (resonancia magnética) del encéfalo.
- EEG (electroencefalograma).



B. Diagnóstico, Valoración y Seguimiento de los Síntomas.

1. Diagnóstico y valoración de la demencia:

- 1.1. Identificar la presencia, amplitud y severidad de los síntomas, que incluya los criterios de diagnóstico de la CIE N° 10 - OMS para la demencia.
- 1.2. Identificar la presencia de alucinaciones e ideas delirantes.
- 1.3. Organizar la información en la historia clínica, la historia psiquiátrica, de la familia, del personal cuidador y de otras fuentes de anamnesis, con énfasis en los factores de riesgo para la demencia y valorar la severidad del deterioro cognitivo.
- 1.4. Realizar una evaluación exhaustiva de los antecedentes psiquiátricos del paciente que tenga en cuenta:
 - Episodios previos de delirium.
 - Peligrosidad para uno mismo y para los demás.
 - Consumo previo de alcohol y otras sustancias.
- 1.5. La evaluación del psiquiatra debe ser coordinada con el geriatra, el internista, el neurólogo, y otros médicos especialistas.

2. Seguimiento del paciente:

- 2.1. Controlar los síntomas cognoscitivos y no cognoscitivos psiquiátricos a lo largo de la enfermedad y la respuesta de tratamiento.
- 2.2. Evaluar a los pacientes con demencia como mínimo cada tres meses si están estables. Aquellos que presenten determinados síntomas (p. ej.,



conducta agresiva) o estén bajo tratamientos específicos pueden requerir controles más frecuentes.

3. Consideraciones de seguridad:

3.1. Evaluar el potencial violento y suicida de los pacientes.

3.2. Asegurar que la supervisión sea adecuada.

3.3. Reducir el riesgo de caídas:

- Minimizar la hipotensión ortostática.
- Mantener al mínimo la medicación que tenga efectos sedativos sobre el sistema nervioso central (SNC).
- Modificar el entorno (p. ej., colocar barandas, retirar los felpudos, etc).
- Uso de implementos de apoyo para la deambulación (p. ej., bastones, andadores, etc.).

3.4. Reducir el riesgo de que el paciente se pierda:

- Avisar a los familiares del paciente de este peligro.
- Asegurar el acompañamiento adecuado para evitar que se pierda en situaciones arriesgadas.
- Estructurar el entorno para prevenir salidas sin acompañamiento.
- Utilizar cerrojos de seguridad u otros métodos que bloqueen las salidas de fácil acceso.

3.5. Apreciar cualquier signo de negligencia y/o abuso.

C. Criterios de Manejo.

1. Criterios de atención hospitalaria:

Se atenderá todo paciente con sintomatología psíquica y se realizará el deslinde adecuado; se atenderá en las modalidades de consulta externa, emergencia, interconsultas y se realizara la referencia y/o contra-referencia de acuerdo al caso. La hospitalización requiere además el consentimiento informado del familiar responsable.

2. Criterios de Transferencias Externas e Internas:

Dada la complejidad y urgencia del cuadro clínico se realizarán las referencias con las coordinaciones específicas con otros hospitales y con el Servicio de cuidados médicos complementarios si el caso ameritase ser atendido en el Hospital, por ejemplo agitación psicomotriz, conducta violenta, conducta suicida conducta oposicionista, conducta inhibida y negativista con retardo psicomotor (catatonia, Síndrome de Cotard, etc.), entre otros.

3. Criterios de Alta:

Alta médica por remisión de los síntomas, por estado mental estable, y por conducta adecuada y/o manejable.

Alta administrativa por solicitud de los familiares responsables, con exoneración de responsabilidades, y por disposición de las autoridades pertinentes.

6. Criterios de Referencia:

Se referirán aquellos pacientes que por su compromiso somático, complejidad diagnóstica y/o de manejo, que requiera de la atención de otras especialidades médicas, donde la atención psiquiátrica no sea la prioritaria. Las referencias se realizarán acorde a los procedimientos normados por el MINSA.

7. Criterios De Contra-Referencia:

Se atenderán a los pacientes referidos de otras instituciones de salud y retornaran a su institución de origen, después de resolver el motivo de referencia y/o se resolverá la consulta y se contra referirá si la atención psiquiátrica no es la prioritaria. Las contra-referencias se realizarán acorde a los procedimientos normados por el MINSA

D. Manejo Psiquiátrico.

1. Establecer alianzas con el paciente y la familia:

- Proporcionar apoyo y orientación emocional a los pacientes y a los familiares.
- Aceptar la información que proporcionan los familiares y cuidadores del paciente.
- Comprometer a los familiares y cuidadores del paciente en el cumplimiento y seguimiento del plan de tratamiento.
- Favorecer la participación del paciente según se indique.

2. Educar al paciente y a su familia:

- Proporcionar información actualizada de la enfermedad del paciente.
- Revisar los síntomas esperables y el curso de la enfermedad.
- Describir las opciones de tratamiento disponibles.
- Proporcionar expectativas realistas.
- Facilitar la educación e información sobre la enfermedad de Alzheimer y los otros tipos de demencias.
- Informar a los pacientes sobre los servicios sociales locales.

3. Aconsejar a la familia sobre los cuidados en el hogar:

- Supervisión y apoyo en las actividades de vida diaria, tratando de preservar su independencia de auto cuidado.
- Evitar que realice actividades que riesgo, p.ej. en la cocina, etc.

4. Aconsejar a la familia sobre recursos asistenciales y de apoyo.

Entre los posibles recursos destacan:

- OMAPED.
- Grupos de apoyo.
- Centros de día.
- Residencias de ancianos.



5. Proporcionar orientación sobre aspectos legales y económicos:

- La participación precoz del paciente, antes del deterioro de la enfermedad le proporciona la posibilidad de tomar parte de las decisiones actuales y futuras.
- Sugerir que el paciente se ocupe de documentos críticos como el testamento, los poderes notariales, y de dotar de poder a largo plazo a un agente legal para las decisiones médicas y económicas.
- Orientar al paciente y a la familia sobre la asistencia de Servicio Social que brinda el Hospital y la asistencia de otras dependencias del Estado a quienes compete la asistencia legal.

6. Dirigir los aspectos específicos del cuidado de los pacientes en el ámbito de la atención no hospitalaria en su domicilio y/o residencia de adultos mayores:

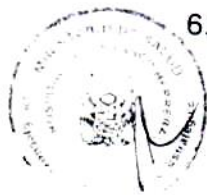
6.1 Optimizar el entorno:

- Muchos pacientes con demencia pueden necesitar eventualmente el ingreso a una residencia.
- Proponer los medios para cubrir las necesidades básicas de los pacientes con demencia.
- Informar cuidadosamente al personal cuidador.
- Proponer que tenga un nivel de actividad adecuado.
- Orientar en la organización de la vivienda para contener la deambulación y minimizar el riesgo de caídas.



6.2 Minimizar el uso de fármacos antipsicóticos:

- Utilizados de forma apropiada, los antipsicóticos pueden ser útiles para reducir la agitación y la psicosis, y para aumentar la seguridad del paciente, de otros residentes y del personal cuidador.
- Evitar el uso excesivo y/o prolongado de psicofármacos, porque puede conducir a un empeoramiento cognoscitivo, a un exceso de sedación, a caídas y a discinesia tardía.
- La buena práctica médica requiere del análisis cuidadoso de cada caso, de la adecuada aplicación y comprobación de las indicaciones, y utilizar las posibles alternativas a la medicación antipsicótica.
- Se debe considerar periódicamente la disminución de las dosis de los antipsicóticos o su retirada.
- Informar al personal cuidador para limitar su uso.



6.3 Minimizar el uso de restricciones físicas:

- Únicamente utilizar restricciones físicas en pacientes con un riesgo significativo de lesionarse a sí mismos o a los demás, y solamente de manera transitoria mientras se espera un tratamiento más definitivo.
- Analizar rápidamente las causas subyacentes a la agitación.
- Los cambios ambientales pueden disminuir la necesidad de restricciones controlando la deambulación y minimizando el riesgo de caídas.
- Comprobar con detalle las indicaciones y las alternativas a las restricciones físicas.

IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. ADAMS M. ROPPER A. "Adams y Víctor Manual de Neurología". 7ª ed. McGraw-Hill Interamericana; 2003. México.
2. AGÜERA L., CERVILLA J., MARTÍN M. "Psiquiatría Geriátrica". 2ª ed. Masson S.A., 2006. Barcelona, España.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-IV). Versión Castellana. Masson S.A. 1995. Barcelona, España.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos" 2004. Versión Castellana. Ars Medica. Barcelona, España.
5. BAGNATI P., ALLEGRI R., KREMER J., TARAGANO F. "Enfermedad del Alzheimer y Otras Demencias" 2ª ed. Polemos, 2010. Buenos Aires, Argentina.
6. BOBES J., PORTILLA MP. , Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 3ra ed. 2004. España.
7. BULBENA A., BERRIOS G. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicopatología. Masson S.A. 2000. Barcelona, España.
8. CASSEM Ned (et al.) MASSACHUSET GENERAL HOSPITAL. "Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales". 4ta. Ed. 1998. Harcourt Brace, Madrid, España.
9. CÉSPEDES Sebastián. "Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad de Alzheimer". Revista de Neuropsiquiatría. 1999; (58): 190-196. Lima, Perú.
10. FERREY G. LE GOUES G. BOBES J. "Psicopatología del Anciano". 1994. Barcelona, España.
11. FIRST Michael (et al.) "Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos" Barcelona. Psiquiatría Editores S.L., 2004.
12. GASTÓ FERRER C. VALLEJO RUILOBA J. "Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría". 1era. Edición. 1999. Barcelona, España.
13. GAVIRIA M. TÉLLEZ J., "Neuropsiquiatría" 1era. ed. 1995. Bogotá, Colombia.
14. GELDER M. LOPEZ IBOR Jr. J. ANDEASEN N. "Tratado de Psiquiatría" 2003. Ars Medica. Barcelona, España.
15. GÓMEZ-RESTREPO C., HERNÁNDEZ G., ROJAS A., SANTACRUZ H., URIBE M. "Psiquiatría Clínica". 3ª ed. 2008. Editorial Médica Internacional. Bogotá, Colombia.

16. KAPLAN, H. y SADOCK, B. "Tratado de Psiquiatría". VI tomos del I al IV.- (Capítulo IX del Tomo I). Intermédica, 1997. Buenos Aires, Argentina.
17. LOZANO M., RAMOS J. "Utilización de los Psicofármacos en Psiquiatría de Enlace". Colección de Psiquiatría Médica de SAIZ J. Masson S.A. 2002. Barcelona, España.
18. MICHELI F. y FERNÁNDEZ M. "Neurología en el Anciano". Editorial Médica Panamericana, 1996. Buenos Aires, Argentina.
19. NIH. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. "Demencias: Esperanza en la investigación". Bethesda, Maryland. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Gobierno USA, 2010.
20. OSCANO Teodoro. "Farmacología Clínica en Geriatría". 1ª Ed. Lima: Concytec, 2006. Lima, Perú.
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - GINEBRA, Trastornos Mentales y del Comportamiento – X Clasificación Internacional de Enfermedades. España, 1992.
22. PÉREZ U. Pablo. "Trastornos Mentales Orgánicos en: Fundamentos Medicina. Psiquiatría" 3era. Edición 1998. Medellín, Colombia.
23. SÁNCHEZ GARCÍA José. Síndromes y Trastornos Mentales Orgánicos. 1era. Edición. 1990. Lima, Perú.
24. SALAZAR M. PERALTA C. PASTOR F. "Tratado de Psicofarmacología – Bases y Aplicación Clínica" 2da ed. 2010. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
25. STRYDOM A., LIVINGSTON G., KING., HASSIOTIS A. "Frecuencia Elevada de Demencia entre los Adultos Mayores con Deficiencias Intelectuales". British Journal of Psychiatry 191: 150-157, Agosto 2007. En Colección Trabajos Distinguidos. Serie Salud Mental. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Vol. 11, Número 1, Diciembre 2007. Buenos Aires, Argentina.
26. TALLIS R. y FILLIT H. "Geriatría". España. Marbán Libros, 2007.
27. VICTOR M., ALLAN R. "Adams y Victor. Manual De Neurología". Séptima Edición. 2003. Mc Graw-Hill Interamericana. México.
28. WIKINSKI S., JUFE G. "El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría". 1era ed. 2005 (1ra. reimpresión 2006). Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.