



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 279 -2007-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 31 de Diciembre del 2007

VISTO, el Memorando Nº 300-SDG-HVLH-07

CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, Ley Nº 27657 Ley del Ministerio de Salud, es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el derecho de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona;

Que, constituye una preocupación constante del Hospital "Víctor Larco Herrera", promover la cultura de salud y la adquisición de capacidades y desarrollo de actitudes en las personas, para su desarrollo físico, mental y social;

En tal sentido resulta necesario implementar con Protocolos y Guías de Atención de Salud Especializada según detalle en el documento del VISTO, por lo que es conveniente aprobarlo mediante Resolución Directoral;

Estando a la propuesta por la Sub Dirección General del Hospital; y con la visación de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en la Ley Nº 26842 Ley General de Salud y literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar "Guías de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales Orgánicos"



279


Artículo 2º.- La Dirección General, a través de los Departamentos Finales del Hospital es responsable del uso y cumplimiento de los documentos que se aprueban conforme al artículo anterior.

Artículo 3º.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique el contenido de la norma técnica que se aprueba mediante la presente Resolución en el portal de Internet del Hospital.

Regístrese y comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"


Dra. Cristina Eguiguren Li
Directora General
CNP 17899 RNE 8270

CAEL/AESG/msm

GUÍA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS EN EL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

I. INTRODUCCION

Los Trastornos Mentales Orgánicos se deben a una lesión y/o disfunción del sistema nervioso central, de causa primaria encefálica o secundaria por lesión o enfermedad de causa generalmente metabólica. En los Trastornos Mentales Orgánicos se describen alteraciones de las múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la orientación, la memoria, el lenguaje, el pensamiento y el juicio, el afecto, habilidades intelectuales como la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, etc. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. En relación con otros trastornos mentales en los Trastornos Mentales Orgánicos el deterioro cognitivo es mayor, con disminución notoria de las habilidades y destrezas intelectuales. Un motivo importante de sospecha de organicidad debe ser la atipicidad de los cuadros clínicos en sus diversos aspectos, como la presentación de los síntomas, la evolución, la respuesta al tratamiento, entre otros.

Un elemento diagnóstico importante es la alteración del nivel de conciencia. Distingue básicamente los trastornos agudos como el delirium de los trastornos crónicos como las demencias donde la conciencia permanece clara; sin embargo no es una regla fija pues pueden coexistir ambos trastornos. La forma de presentación y evolución es la manera más clásica de presentar los TMO.

1. TMO de inicio agudo y curso breve como el delirium.
2. TMO de inicio insidioso y curso progresivo como las demencias

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. Delirium (F05). Retraso mental leve o moderado (F70-F71). Estado de rendimiento cognoscitivo anormalmente bajos atribuibles a un medio social con grandes carencias y con una educación escasa. Trastornos mentales iatrogénicos debidos a algún medicamento (F06).

La demencia puede ser consecutiva o coexistente con cualquier trastorno mental orgánico, en especial con delirium (ver 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.



II. TRATAMIENTO DEL DELIRIUM.

A. Diagnóstico y evaluación:

1. Diagnóstico de delirium.

- Realizar una evaluación detallada de los síntomas del paciente, que incluya todos los criterios de la CIE - 10 para el delirium por ej., alteraciones del sueño, actividad psicomotora y emociones. (Revisar el Protocolo)
- 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.
- Obtener información de la historia clínica, la historia psiquiátrica, de la familia, del personal cuidador y de otras fuentes.

2. Evaluación del estado clínico.

Realizar una evaluación detallada del estado clínico del paciente que tenga una cuenta:

- 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.

Evaluar los trastornos médicos comórbidos y la historia médica pasada.

- 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.
- A menudo la evaluación del psiquiatra está coordinada y se realiza conjuntamente con el internista del paciente, el neurólogo, y otros médicos de atención primaria y especialistas.

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.

Realizar una evaluación de la presencia de otros trastornos o síntomas psiquiátricos.

Realizar una evaluación exhaustiva de la historia psicosocial del paciente, que incluya:

- Relaciones familiares e interpersonales.
- Ambiente premórbido psicosocial, doméstico, laboral, y comunitario.
- 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.

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.



B. Tratamiento psiquiátrico:

A lo largo de la formulación del plan de tratamiento y durante su evolución posterior, 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 otros médicos internistas 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.

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 y puede incluir las que se resume a la Tabla 1.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Evaluar y controlar el estado psiquiátrico.

- Controlar regularmente los síntomas y las conductas, porque pueden fluctuar rápidamente.
- Ajustar las estrategias de tratamiento en consecuencia.



7. 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.

8. 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.

TABLA 1. EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DELIRIUM

Estado físico

- Historia
- Exploraciones físicas generales y neurológicas
- Análisis de los signos vitales y de la anestesia si es postoperatorio
- Análisis de las historias médica y psiquiátrica
- Revisión detallada de las medicaciones y relación con los cambios conductuales

Estado mental

- Entrevista
- Pruebas cognoscitivas (p. ej. esfera del reloj, prueba de dígitos)

Pruebas de laboratorio básicas (analizar en todos los pacientes con delirium)

- Análisis de sangre: electrolitos, glucosa, albúmina, concentración plasmática de urea, creatinina, transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina, etc.
- Hemograma completo
- ECG (Electrocardiograma)
- Radiografía de tórax
- Gasometría arterial o saturación de oxígeno
- Análisis de orina.

Pruebas de laboratorio complementarias

(Pedir las pruebas según el estado clínico)

- Cultivo y antibiograma de orina.
- Prueba de detección de drogas en orina.
- Análisis sanguíneo (p. ej., prueba de detección serológica para la sífilis (VDRL), prueba de detección de metales pesados, niveles de B₁₂ y folato, anticuerpos antinucleares, porfirinas urinarias, niveles de amoníaco, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), velocidad de sedimentación globular
- Cultivos sanguíneos
- Niveles séricos de fármacos (p. ej., digoxina, teofilina, fenobarbital, ciclosporina)
- Punción lumbar
- TC (tomografía computarizada) del cerebro o RM (resonancia magnética)
- EEG (electroencefalograma)



C. Intervenciones psiquiátricas específicas.

1. Medicación antipsicótica.

Haloperidol

Los fármacos antipsicóticos de alta potencia, como haloperidol, son el tratamiento de elección para delirium.

- El haloperidol puede administrarse por vía oral, intramuscular, o intravenosa.
- Las dosis iniciales de haloperidol oscilan entre 1 y 2 mg cada 2 o 4 h, con dosis de inicio inferiores en los pacientes ancianos (p. ej., de 0,25 a 0.50 mg cada 4 h).
- La utilización de haloperidol por vía intramuscular es la que ofrece mayor seguridad.
- Debe considerarse la infusión intravenosa continua de haloperidol en los pacientes graves con síntomas resistentes que requieren múltiples dosis de inyecciones intravenosas rápidas. El haloperidol intravenoso puede iniciarse con una inyección intravenosa de 5 mg, seguida de infusión de 5 a 10 mg/h, bajo de control mediante ECG.
- 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.

Nuevos fármacos antipsicóticos

- Está aumentando el uso de risperidona, olanzapina y quetiapina para tratar el delirium, en parte porque su perfil de efectos secundarios es más tolerable.
- Todavía no disponemos de estudios aleatorizados, doble ciegos, y comparativos con placebo de esta medicación en pacientes con delirium.

2. Otros tratamientos del delirium causado por etiologías específicas.

Benzodiazepinas

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

Deben administrarse complejos multivitamínicos, especialmente Tiamina 100mg por vía parenteral, a los pacientes con delirium que presentan riesgo de deficiencia de vitamina B, como los pacientes alcohólicos o mal alimentados.

TEC (Terapia electroconvulsiva)

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.

III. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DEL ANCIANO.

A. Evaluación, valoración y control

1. Evaluación diagnóstica.

Realizar evaluaciones psiquiátricas, neurológicas y médicas. Realizar las interconsultas pertinentes.

- Determinar la naturaleza y las causas de los síntomas cognoscitivos y no cognoscitivos.
- Identificar los trastornos médicos tratables que pueden causar o exacerbar la demencia.
- Cubrir o derivar las necesidades médicas.

2. Valoración y seguimiento de los síntomas.

Identificar la presencia, amplitud y gravedad de los síntomas.

Seguimiento del paciente

- Controlar los síntomas cognoscitivos y no cognoscitivos psiquiátricos a lo largo de la enfermedad y la respuesta de tratamiento.
- Evaluar a los pacientes con demencia como mínimo dos o tres veces al año. Aquellos que presenten determinados síntomas (p. ej., conducta agresiva) o estén bajo tratamientos específicos pueden requerir controles más frecuentes.

3. Consideraciones de seguridad.

Valorar el potencial violento y suicida de los pacientes.

Valorar que la supervisión sea adecuada.

Esforzarse por reducir el riesgo de caídas.

- Minimizar la hipotensión ortostática.
- Mantener al mínimo la medicación que tiene efectos sobre el SNC (sistema nervioso central).
- Cambiar el entorno (p. ej., quitar las alfombras).
- Asegurar la supervisión adecuada mientras el paciente camina, se asea, etc.

Intervenir para reducir el riesgo de que el paciente se pierda.

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

Valorar cualquier signo de negligencia o abuso.



B. Tratamiento psiquiátrico

1. Establecer alianzas con el paciente y la familia.

- Proporcionar apoyo y orientación emocional a los pacientes y a los familiares, que generalmente están asustados.
- Confiar en la información que proporcionan los familiares y cuidadores del paciente.
- Implicar a los familiares y cuidadores del paciente en el cumplimiento y seguimiento del plan de tratamiento.
- Demostrar compasión e interés por los familiares y cuidadores del paciente, ya que sus actitudes y conductas tienen un profundo afecto sobre el paciente.

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 educación y formación proporcionando material escrito, datos de asociaciones de la enfermedad de Alzheimer y de servicios sociales locales.

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

Entre los posibles recursos destacan:

- Grupos de apoyo.
- Centros de día.
- Ayudas en centros o en el hogar para los cuidadores.
- Centros de viviendas asistidas.
- Residencias de ancianos.
- La Asociación Peruana de Alzheimer.

4. Proporcionar orientación sobre aspectos legales y económicos.

- Animar la participación del paciente según se indique. La implicación relativamente precoz del paciente en la evolución de la enfermedad le proporciona la posibilidad de tomar parte de las decisiones actuales y futuras.
- Planear con el paciente y su familia una transferencia ordenada de la responsabilidad económica.
- 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. Asimismo, orientar al paciente y a la familia sobre la asistencia de Servicio Social.

5. Dirigir los aspectos específicos del cuidado de los pacientes en el ámbito de la atención domiciliaria.

Optimizar el entorno.



- Muchos pacientes con demencia pueden necesitar eventualmente el ingreso en una residencia. Aproximadamente dos tercios de los pacientes que reciben cuidados prolongados tienen demencia.
- Estructurar los medios para cubrir las necesidades de los pacientes con demencia.
- Formar cuidadosamente al personal cuidador.
- Proporcionar un nivel de actividad adecuado.
- Estructurar la vivienda para contener la deambulación y minimizar el riesgo de caídas.
- No existen pruebas de que las unidades de cuidados especiales sean más efectivas que las unidades tradicionales.

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.
- Un uso excesivo puede conducir a un empeoramiento cognoscitivo, a un exceso de sedación, a caídas y discinesia tardía.
- La buena práctica médica y las regulaciones federales requieren del análisis cuidadoso y comprobación de las indicaciones y las posibles alternativas a la medicación antipsicótica.
- Considera periódicamente la disminución de las dosis de los antipsicóticos o su retirada.
- Formar al personal para limitar su uso.

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 mientras se espera un tratamiento mas 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.
- Observar los requerimientos legales y reglamentados.

