

00 05677

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 101-2021-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 30 de Setiembre de 2021

Vistos; la Nota Informativa N°110-2021-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

CONSIDERANDO:

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

Que, la atención de la salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral 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;

Que, mediante documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera, la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención de los Pacientes Hospitalizados con Trastornos Mentales Orgánicos CIE-10: F00-F09; la misma que ha sido elaborada por el Departamento de Hospitalización, con la finalidad de continuar mejorando los procesos en atención en el Hospital, lo cual permitirá brindar una atención oportuna al usuario prestando servicio de calidad;

Que, mediante Nota Informativa N° 091-2021-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que la Guía de Práctica Clínica para la Atención de los pacientes hospitalizados con Trastornos Mentales Orgánicos del hospital



Víctor Larco Herrera, cumplen con el modelo de estructura precisada en el numeral 6.1.3 Guía Técnica, en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA; y sugiere su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

Con el visto bueno del Jefe del Departamento de Hospitalización, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR la Guía Técnica denominada: "GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS CIE-10: F00-F09" del Hospital Víctor Larco Herrera; la misma que en documento adjunto a folios doce (12) forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 / R.N.E. 10693

EMRCH/JRCR/JDCF/S/MYRV.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Departamento de Hospitalización
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”



Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la atención de los pacientes hospitalizados con Trastornos Mentales Orgánicos
CIE- 10: F00 – F09

AÑO 2021

Elaborada por:

Clara Huamán Aguado

Jefe del Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar y Social

Donald Cabrera Astudillo

Medico Asistente Pabellón 4

Supervisada por:

Augusto Felipe Vélez Marcial

Jefe del Departamento de Hospitalización

Refrendado por:

Elizabeth Magdalena Rivera Chávez

Directora General



ÍNDICE

- I. Finalidad
- II. Objetivo
- III. Ámbito de aplicación
- IV. Diagnóstico y tratamiento
 - 4.1 Nombre y código
- V. Consideraciones generales de la atención
 - 5.1 Definición
 - 5.2 Etiopatogenia
 - 5.3 Aspectos epidemiológicos
 - 5.4 Factores de riesgo asociados
- VI. Consideraciones específicas.
 - 6.1 Cuadro clínico
 - 6.1.1 Signos y Síntomas
 - 6.1.2 Interacción cronología
 - 6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías
 - 6.2 Diagnostico
 - 6.2.1 Criterios de diagnóstico
 - 6.2.2 Diagnóstico diferencial
 - 6.3 Exámenes auxiliares
 - 6.3.1 De patología Clínica
 - 6.3.2 De Imágenes
 - 6.3.3 De exámenes especializados complementarios
 - 6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive
 - 6.4.1 Medidas generales y preventivas
 - 6.4.2 Terapéutica
- VII. Bibliografía.



I. FINALIDAD

Mejorar la calidad de atención en salud mental de personas con Trastornos Mentales Orgánicos hospitalizados.

II. OBJETIVO

La presente guía técnica de práctica clínica tiene como objetivo general poner a disposición del personal de salud del Hospital Víctor Larco Herrera una herramienta para la atención óptima de los pacientes hospitalizados, que permita estandarizar el procedimiento terapéutico eficaz y así reducir la discapacidad funcional para la actividad diaria que suponen los trastornos mentales orgánicos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta Guía Técnica de Práctica Clínica ha sido elaborada para ser utilizada por todos los profesionales de salud mental que laboran en el Departamento de Hospitalización del Hospital Víctor Larco Herrera.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS (F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, y F09 de la Décima Versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades)

V. CONSIDERACIONES GENERALES DE LA ATENCIÓN

5.1 DEFINICION:

La definición "Trastorno Mental Orgánico" abarca una serie de manifestaciones psicopatológicas relacionadas al daño cerebral y/o disfunción cognitiva. Estas manifestaciones pueden incluir anomalías o déficits en cualquier aspecto de la conducta y la cognición: pérdida de la memoria, confusión, ansiedad, incapacidad para concentrarse, pérdida de la memoria a corto plazo, trastornos de la marcha, entre otros.

5.2 ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS.

La compleja manifestación del cuadro clínico se debe a la estrecha interacción de múltiples factores inherentes a:

5.2.1. La causa orgánica o agente

5.2.2. El paciente o huésped

5.2.3. El ambiente externo

5.2.1. LA CAUSA ORGÁNICA

Es el agente que causa disfunción metabólica del cerebro, daño en su estructura o ambos, y es condición necesaria para la aparición del síndrome. En su modo de acción debemos tomar en cuenta:



5.2.1.1 Grado de fuerza. Se refiere a la mayor cantidad o intensidad en la acción del agente; así, el mayor grado de hipoglicemia, hipoxia, toxina circulante, etc., o la mayor severidad de un traumatismo encéfalo craneano, aumentarán la probabilidad de disfunción cerebral.

5.2.1.2 Simultaneidad de varios factores patógenos. Tal como sucede en quemaduras severas, cirugía, infecciones, etc. Así, por ejemplo, en el delirium postquirúrgico, se añan los factores de estrés por la intervención, dolor postoperatorio, insomnio, medicación antálgica, desequilibrio electrolítico, infección, fiebre y pérdida sanguínea. Factores de toxemia, hipoxia, alteraciones del Ph sanguíneo potencian su efectividad y pueden causar un síndrome de delirio. En un anciano, un infarto cardiaco causa hipotensión arterial que lleva a un estado de delirium en un 13% de casos.

5.2.1.3 Extensión o amplitud del compromiso cerebral. El daño o disfunción cerebral puede ser:

a). De tipo global o generalizado, tal como en la insuficiencia metabólica cerebral por déficit en el aporte de oxígeno, glucosa, vitaminas y otros substratos esenciales; o en las encefalopatías metabólicas de origen hepático, renal, pulmonar, etc.; o en los trastornos estructurales generalizados, sean degenerativos o vasculares y que causan los síndromes de delirium, estado confusional y/o demencia.

b). De tipo localizado o selectivo; así, la acción sobre la región reticular del tallo cerebral causa entorpecimiento de la conciencia; algunas drogas y virus tienen afinidad específica por el sistema límbico; el LSD 25 produce una hipersincronía en el hipocampo; la falta de tiamina daña las estructuras diencefálicas provocando un síndrome amnésico.

5.2.1.4 Modo de acción. Si la alteración es repentina e intensa (crisis hipertensiva, hipoglicémica, hipocalcémica) o rápidamente progresiva (invasión de una neoplasia maligna), se puede producir grados variables de entorpecimiento de conciencia, delirium o crisis convulsiva. Si el cambio es lento y prolongado (crecimiento de un tumor cerebral, hematoma subdural crónico, intoxicación crónica con barbitúricos o monóxido de carbono, hipotiroidismo crónico, anemia perniciosa, deficiencia nutricional prolongada, procesos degenerativos del sistema nervioso central) o si los trastornos patológicos se repiten a menudo (traumatismos cefálicos en boxeadores, reiterados infartos cerebrales, crisis hipoglicémicas), se presentará una psicopatología de inicio gradual y de curso subagudo o crónico, de tipo demencia, a veces irreversible. Si el trastorno patológico es único (intoxicación por CO₂, paro cardíaco, un TEC), resultará un grado de déficit psicológico estacionario, sea global o selectivo, que, salvo casos muy severos, puede ser compensado permitiendo una buena adaptación y competencia. La patología de un curso irregular como en los cuadros cerebro vasculares, resulta incierta e impredecible y en los estados iniciales puede dar lugar a depresiones severas y/o ansiedad, a veces con tendencias suicidas. Pueden, además, presentarse síntomas psicóticos.

5.3 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La presencia de síntomas psiquiátricos en las enfermedades somáticas es elevada, así como la presencia de patología orgánica en enfermos psiquiátricos, llegando esta última al 15% en algunos estudios (1). Hablamos de trastorno mental orgánico para referirnos a un grupo de trastornos psiquiátricos secundarios a enfermedad cerebral estructural demostrable, tal como tumores, traumatismos, o degeneración. También se aplica este término para trastornos psiquiátricos que proceden de una disfunción cerebral secundaria a enfermedades sistémicas o extracerebrales, tales como el síndrome de Cushing o el mixedema.

5.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:



Los factores de riesgo generales para los trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas se encuentran en tres categorías: Envejecimiento, genéticos y ambientales.

Dentro de estas categorías se incluyen los siguientes factores:

- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de Trastorno Mental Orgánico
- Trauma Cráneo Encefálico con pérdida de la conciencia
- Alteraciones en los vasos sanguíneos (Hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis).
- Diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos.
- Trastornos mentales
- Infecciones del SNC: Meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH.
- Abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Delirium postoperatorio o durante la hospitalización.
- Accidentes cerebro vasculares, cardiopatía isquémica y aterosclerosis.
- Cáncer
- Enfermedad de Parkinson.
- Nivel educativo y laboral bajo.

En los pacientes que cursaron con delirium post operatorio o durante la hospitalización se recomienda buscar la presencia de demencia o síntomas subclínicos de la misma. Esto último, considerando que el delirium alerta sobre una reserva fisiológica sistémica y cerebral disminuida. La evaluación cognoscitiva se debe realizar durante la estabilidad clínica, al recibir atención en el primer nivel.

Los factores de riesgo relacionados con los trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas de origen vascular son:

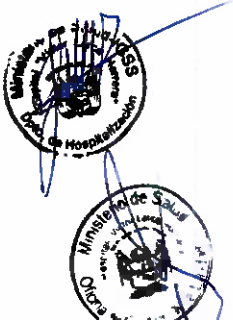
- Hipertensión arterial
- Resistencia a la insulina y diabetes mellitus
- Hipercolesterolemia
- Obesidad
- Homocisteinemia
- Tabaquismo y alcoholismo.

El fundamento es una lesión isquémica de la sustancia blanca, con lesiones múltiples o focalizadas.

La demencia puede ser consecutiva o coexistente con cualquier trastorno mental orgánico, en especial con delirium (F05). 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 trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas tienen etiologías diversas:

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



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1 CUADRO CLINICO:

El uso del término orgánico implica que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido directamente a un trastorno o enfermedad cerebral orgánica o sistémica diagnosticable en sí misma o a una sustancia exógena.

Sus manifestaciones clínicas se parecen o son idénticas a los trastornos funcionales, por lo que para poder clasificarlos en este grupo es preciso que cumplan las siguientes condiciones:

1. Evidencia de una enfermedad, lesión o disfunción cerebral o de una enfermedad sistémica
2. Relación temporal (semanas o pocos meses) entre el desarrollo de la enfermedad subyacente y el inicio del síndrome psicopatológico.
3. Remisión del trastorno mental cuando mejora o remite la presunta causa subyacente.
4. Ausencia de otra posible etiología que pudiera explicar el síndrome psicopatológico (por ejemplo, unos antecedentes familiares muy cargados o la presencia de un estrés precipitante).

Las condiciones 1 y 2 justifican un diagnóstico provisional, pero la certeza diagnóstica aumenta de un modo considerable si están presentes los cuatro.

Otros síntomas que nos deben hacer sospechar trastorno mental orgánico son la presencia de confusión mental, las variaciones de los síntomas con exacerbación nocturna, la presencia de alucinaciones visuales, el comienzo brusco en una persona sin antecedentes y previamente bien adaptada, la falta de respuesta al tratamiento adecuado, el consumo reciente de tóxicos o la introducción en los días previos de nuevos fármacos.

6.2 DIAGNÓSTICO:

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

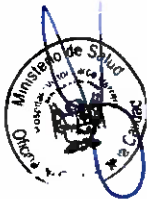
Es fundamental una anamnesis exhaustiva, investigación de los antecedentes la evaluación psicopatológica y el examen físico que debe realizarse dentro de los principios generales de la historia clínica psiquiátrica, cuya elaboración dependerá del contexto en el que se encuentre el paciente, sea en hospitalización, consulta externa o emergencia.

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

La evaluación inicial del paciente deberá incluir.

1. Elaboración de la historia clínica psiquiátrica de acuerdo con el 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.

6.2.2 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 bajo atribuibles a un medio social con grandes carencias y con una educación escasa.

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. Exámenes de laboratorio.

Las siguientes pruebas son de rutina cuando se presentan cuadros que cursan con déficit cognitivo:

- a. Estudios hematológicos: 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 y triglicéridos.
- c. Examen completo de orina.
- d. Otra prueba cuando el caso lo requiera, por ejemplo: Perfil tiroideo, Perfil renal, VDRL, HIV, etc.

6.3.2. Neurofisiología.

El electroencefalograma es un examen complementario que es de ayuda en el diagnóstico diferencial de los trastornos convulsivos y paroxísticos.

6.3.3. 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.

A.-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.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas Generales y preventivas:

Las indicaciones terapéuticas serán individualizadas de acuerdo con 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 con el 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 con las normas legales y éticas relacionadas a la prescripción de medicamentos (Ley General de 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.

6.4.1.1. Pautas de tratamiento en los trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas.

El tratamiento de los trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas al igual que la mayoría de los trastornos psiquiátricos deben 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.

6.4.1.2. Tratamiento etiológico.

Siempre lo antes posible, hay que tratar la etiología de los trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas, 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.

6.4.1.3. Tratamiento conductual inicial.

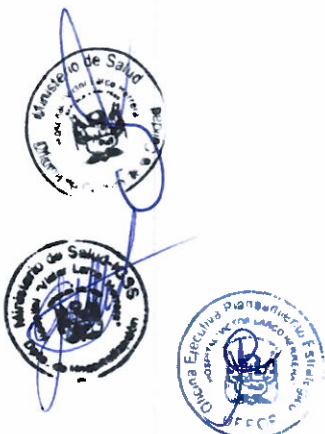
Si el paciente no colabora y su estado mental lo aconseja, hay que procurar un rápido control de su comportamiento, sobre todo si es potencialmente peligroso. La hospitalización puede estar indicada por ese motivo o porque resulte difícil el estudio y el tratamiento ambulatorio. En los casos de agitación 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, esta 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 debe hacer las interconsultas respectivas para establecer las pautas el manejo de la conducta del paciente.

6.4.2. Terapéutica

6.4.2.1. 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 psiquiátricos y conductuales. En el tratamiento farmacológico sintomático se utilizan antipsicóticos clásicos y atípicos, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y 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.

A. 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 los servicios especializados necesarios.

B. 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 continuará su control médico en Consulta Externa.

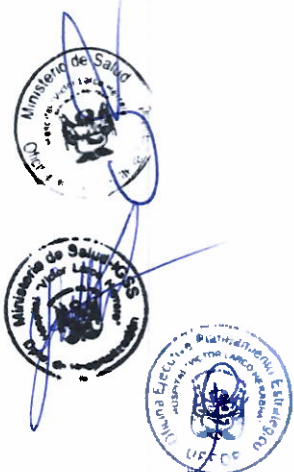
En Consulta Externa la evaluación continua, determinará si el paciente pueda beneficiarse de algún cambio en el tratamiento tanto en el ámbito farmacológico, psicoterapéutico o de rehabilitación. Se intensificará la rehabilitación personalizada y se fortalecerán las redes sociales de apoyo.

6.4.2.2. Criterio de manejo.

A. 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 contrarreferencia de acuerdo al caso. La hospitalización requiere además el consentimiento informado del familiar responsable.

B. 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 opositorista, conducta inhibida y negativista con retardo psicomotor (catatonía, Síndrome de Cotard, etc.), entre otros.

C. 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.

D. 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.

E. 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 contrarreferencias se realizarán acorde a los procedimientos normados por el MINSA.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS M. ROPPER A. "Adams y Víctor Manual de Neurología". 7° ed. McGraw-Hill Interamericana; 2003. México.
- AGÜERA L. CERVILLA J. MARTÍN M. "Psiquiatría Geriátrica". ° ed. Masson S.A., 2006. Barcelona, España.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-IV). Versión Castellana. Masson S.A. 1995. Barcelona, España.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos" 2004. Versión Castellana. Ars Medica. Barcelona, España.
- BAGNATI P., ALLEGRI R., KREMER J., TARANGO F. "Enfermedad del Alzheimer y Otras Demencias" 2° ed. Polemos, 2010. Buenos Aires, Argentina.
- BOBES J., PORTILLA MP., Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 3ra ed. 2004, España.
- BULBENA A., BERRIOS G: Medicación Clínica en la Psiquiatría y Psicopatología. Masson S.A. 2000. Barcelona, España.
- CASSEM Ned (et al.) MASSACHUSET GENERAL HOSPITAL. "Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales". 4ta. Ed. 1998. Harcourt Brace, Madrid, España.
- CÉSPEDES Sebastián. "Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad de Alzheimer". Revista de Neuropsiquiatría. 1999. (58): 190-196, Lima, Perú.
- FERREY G. LE GOUES G. BOBES J. "Psicopatología del Anciano". 1994. Barcelona, España.



- FIRST Michael (et al.) "Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos" Barcelona. Psiquiatría Editores S.L., 2004.
- GASTÓ FERRER C. VALLEJO RUILOBA J. "Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría". 1era Edición. 1999, Barcelona, España.
- GAVIRIA M. TÉLLEZ J., "Neuropsiquiatría" 1era. Ed. 1995. Bogotá, Colombia.
- GELDER M. LOPEZ IBOR Jr. J. ANDEASEN N. "Tratado de Psiquiatría" 2003. Ars Médica. Barcelona, España.
- GÓMEZ-RESTREPO C., HERNÁNDEZ G., ROJAS A. SANTACRUZ H., URIBE M. "Psiquiatría Clínica". 3° ed. 2008. Editorial Médica Internacional. Bogotá, Colombia.
- KAPLAN H. y SADOCK B. "Tratado de Psiquiatría". VI tomo del I al IV. (Capítulo IX del Tomo I). Intermédica, 1997. Buenos Aires, Argentina.
- 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.
- MICHEL F. y FERNÁNDEZ M. "neurología en el Anciano". Editorial Médica Panamericana, 1996. Buenos Aires, Argentina.
- 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.
- OSCANO Teodoro. "Farmacología Clínica en Geriatría". 1° Ed. Lima: Concytec, 2006. Lima, Perú.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – GINEBRA, Trastornos Mentales y del Comportamiento – X Clasificación Internacional de Enfermedades. España, 1992.
- PERÉZ U. Pablo. "Trastornos Mentales Orgánicos en: fundamentos Medicina. Psiquiatría" 3era. Edición 1998. Medellín. Colombia.
- SÁNCHEZ GARCÍA José. Síndromes y Trastornos Mentales Orgánicos 1era. Edición. 1990. Lima, Perú.
- SALAZAR M. PERALTA C. PASTOR F. "Tratado de Psicofarmacología – Bases y Aplicación Clínica" 2da ed. 2010. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- ROTONDO
- 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, Numero 1, Diciembre 2007. Buenos Aires, Argentina.
- TALLIS R. y FILLT H. "Geriatría". España, Marbán Libros. 2007.
- WIKINSK S., JUFE G. "El tratado de Farmacología en Psiquiatría". 1era ed. 2005 (1ra. Reimpresión 2006). Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.

