



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 145-2022-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 23 de Setiembre de 2022

Vistos; el expediente N° 2200002511, que contiene la Nota Informativa N° 154-2022-DEm-HVLH/MINSA, emitida por la Jefa del Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera;

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, la Jefa del Departamento de Emergencia, remite a la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera, la Guía de Práctica Clínica de Manejo de Trastorno Psicótico Agudos y Transitorios (F23); con la finalidad de contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, optimizando la atención de los usuarios de emergencia que presenten trastornos agudos psicóticos y transitorios, a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica que puedan servir al equipo de salud de emergencia para mejorar el abordaje diagnóstico y manejo del paciente;

Que, mediante Nota Informativa N° 094-2022-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que hace suya el Informe N° 075-2022-UFPOP-



OEPE-HVLH/MINSA efectuado por la Unidad Funcional de Planeamiento, Organización y Proyectos, a su cargo, donde indica que la Guía de Práctica Clínica de Manejo de Trastorno Psicótico Agudos y Transitorios (F23) del hospital Víctor Larco Herrera, está regulada por la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V 01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" aprobada por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA y a la estructura indicada en el numeral 6.1. Estructura de los documentos normativos, precisado en el literal 6.1.3 Guía Técnica, en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA; y solicita 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 la Jefe del Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, y,

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa del Departamento de Emergencia, de la Jefa de 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 "Victor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR la Guía Técnica denominada: "GUIA DE PRACTICA CLINICA DE MANEJO DE TRASTORNO PSICOTICO AGUDOS Y TRANSITORIOS (F23)" del Hospital Víctor Larco Herrera; la misma que en documento adjunto a folios dieciocho (18) 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 "Victor 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 E N E. 10693

EMRCH/JRCR/AMZT/MYRV.

Distribución:

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

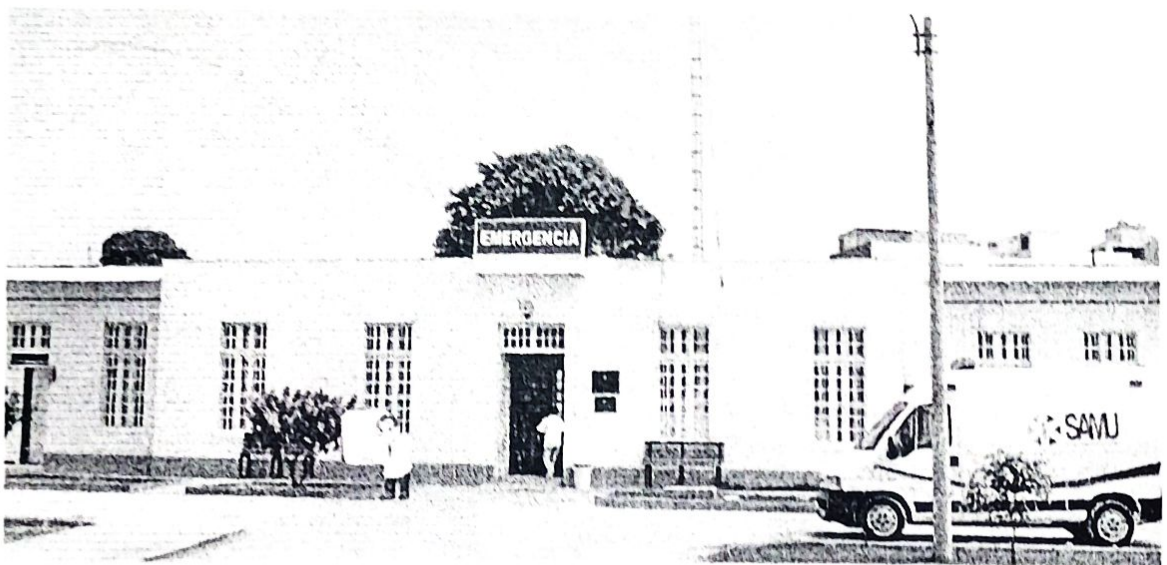




GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DE TRASTORNO
PSICOTICO AGUDOS Y TRANSITORIOS

F23

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA



2022



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I FINALIDAD | 3 |
| II OBJETIVO | 3 |
| III AMBITO DE APLICACIÓN | 3 |
| IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR..... | 3 |
| 4.1 NOMBRE Y CÓDIGO | 3 |
| V CONSIDERACIONES GENERALES..... | 3 |
| 5.1 DEFINICION | 3 |
| 5.2 ETIOLOGIA..... | 4 |
| 5.3 FISIOPATOLOGIA..... | 5 |
| 5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS..... | 6 |
| 5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS | 7 |
| 5.5.1 Factores Biológicos | 7 |
| 5.5.2 Factores Psicosociales | 7 |
| VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS..... | 8 |
| 6.1 CUADRO CLÍNICO..... | 8 |
| 6.2 DIAGNÓSTICO | 9 |
| 6.3 EXÁMENES AUXILIARES..... | 11 |
| 6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA | 11 |
| 6.4.1 Medidas generales y preventivas..... | 11 |
| 6.4.2 Terapéutica | 12 |
| 6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento | 13 |
| 6.4.4 Signos de alarma | 13 |
| 6.5 COMPLICACIONES..... | 13 |
| 6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA..... | 13 |
| 6.7 FLUJOGRAMA | 14 |
| VII ANEXOS | 15 |
| VIII BIBLIOGRAFÍA | 17 |



I FINALIDAD

La presente Guía de práctica clínica tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, optimizando la atención de los usuarios de emergencia que presenten trastornos agudos psicóticos y transitorios. a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica que puedan servir al equipo de salud de emergencia para mejorar el abordaje, diagnóstico y manejo del paciente.

II OBJETIVO

Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible para las acciones de triaje, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presenten trastornos psicóticos agudos y transitorios.

III AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es de aplicación en el Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, DIRIS LIMA CENTRO perteneciente al MINSA.

IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y tratamiento de Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios.

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

- F23.0. Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia.
- F23.1. Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia.
- F23.2. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
- F23.3. Otro Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
- F23.8. Otros Trastornos psicóticos agudos y transitorios
- F23.9. Trastorno psicótico agudo no especificado

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia): Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes, pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro



e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este cuadro clínico cambiante, polimorfo e inestable es característico y aunque a veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o esquizofrenia (F20.-). Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los síntomas. En un elevado número de casos no existe un claro estrés precipitante.

Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia: Trastorno psicótico agudo en el que se satisfacen las pautas diagnósticas del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0) y en el que están presentes de forma consistente síntomas típicos de la esquizofrenia.

Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico: Trastorno psicótico agudo en el cual los síntomas psicóticos son comparativamente estables y satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) pero cuya duración ha sido inferior a un mes. Puede estar presente hasta cierto punto una inestabilidad o variabilidad emocional, pero no con la extensión descrita en el trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0)

Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes: Trastornos psicóticos agudos en los cuales la característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables pero que no satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-). Las ideas delirantes de persecución o de referencia son frecuentes y las alucinaciones son generalmente auditivas (voces que hablan directamente al enfermo).

Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios Trastornos psicóticos agudos no clasificables en los apartados precedentes (tales como cuadros psicóticos agudos en los cuales aparecen claras alucinaciones o ideas delirantes, pero que persisten por muy poco tiempo). Los estados de excitación no diferenciados deben ser también codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo, siempre que haya evidencia de que no existe una causa orgánica que justifique los síntomas.

Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación Incluye: Psicosis reactiva (breve) sin especificación.

5.2 ETIOLOGIA

Varias teorías intentan explicar cómo los riesgos genéticos podrían interaccionar con los riesgos biológicos y psicosociales que causan los trastornos psicóticos. Se mantiene la multicausalidad en la etiología de los trastornos psicóticos. Se tienen las siguientes hipótesis

La hipótesis del neurodesarrollo, propone que algunas personas tienen una vulnerabilidad al desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia y que ésta surge debido a la interacción de los riesgos genéticos y ambientales en el momento del nacimiento. Por ejemplo, algunas personas podrían tener genes que aumentan las posibilidades de complicaciones antes o durante el parto y/o tener otros genes que hacen que sean difícil de reemplazar o reparar las células nerviosas dañadas cuando se produce una complicación. La teoría propone que estas personas a veces adquirirán lesiones neurológicas sutiles que no son inmediatamente evidentes durante la infancia. Sin embargo, cuando el niño entra en la adolescencia, estas lesiones sutiles de alguna manera alteran los cambios normales en la conectividad cerebral que se producen en todos los adolescentes. El resultado final es que la persona afectada se vuelve particularmente sensible a desarrollar psicosis ante la presencia de algunos de los riesgos ambientales descritos anteriormente (por ejemplo, el consumo de cannabis).



Hay evidencia para apoyar la hipótesis del neurodesarrollo. Por ejemplo, algunas personas que desarrollan esquizofrenia tienen rasgos de personalidad inusuales (esquizotipia) así como pequeños retrasos en el desarrollo.

La hipótesis de la dopamina, propone que la psicosis y la esquizofrenia pueden ser causadas por la sobreactividad en el sistema dopaminérgico mesolímbico. La principal evidencia para apoyar esta teoría es que el tratamiento farmacológico eficaz para la psicosis y la esquizofrenia regula el sistema neurotransmisor dopaminérgico. Sin embargo, debe hacerse una distinción entre la acción farmacológica de los fármacos antipsicóticos (que bloquean los receptores de dopamina) y la hipótesis de que la esquizofrenia está causada por la actividad excesiva de las neuronas dopaminérgicas, porque la evidencia no es clara. Por ejemplo, podría ser que los fármacos antipsicóticos causaran una supresión neurológica general que reduce la intensidad de los síntomas.

También se han propuesto teorías para explicar cómo pueden los factores psicológicos conducir al desarrollo de los síntomas psicóticos. Los factores psicológicos pueden dividirse en tener problemas con las funciones cognitivas básicas (tales como el aprendizaje, la atención, la memoria o planificación) y en sesgos en los procesos emocionales y de razonamiento. Los problemas en las funciones cognitivas básicas están relacionados con la investigación de la estructura y función del cerebro, mientras que los problemas con los procesos emocionales y de razonamiento pueden estar relacionados con factores sociales.

Ambos tipos de factores psicológicos han sido implicados en el desarrollo de los síntomas de la psicosis y la esquizofrenia. De ahí que los estudios sobre los factores psicológicos puedan proporcionar un vínculo entre los factores de riesgo biológicos y ambientales

5.3 FISIOPATOLOGIA

El principal personaje que, además de estudiar las psicosis exógenas, se encargó de proponer teorías sobre la fisiopatología, fue Karl Bonhoeffer. El cual propuso la teoría de la reacción exógena. En esta teoría, originalmente se propuso que a partir de una noxa primaria (v.g. infecciones, intoxicaciones, neoplasias, etc.) se producen toxinas metabólicas, denominadas eslabón etiológico intermedio. Los eslabones etiológicos intermedios producirían los síndromes o tipos de reacción exógena. Si tomamos en cuenta la propuesta de Bonhoeffer, podríamos considerar que los eslabones intermedios a los que se refería se tratarían de los glucocorticoides o de las citoquinas.

Así, ante una inflamación o infección, por ejemplo, hay secreción de corticoides desde la corteza suprarrenal que activan al núcleo del tracto solitario, y que consecutivamente dicha señal se dirige hacia la corteza cerebral y el sistema límbico, produciendo posteriormente síntomas psicóticos. Además cuando hay una respuesta inflamatoria, hay secreción de citoquinas (IL-1, TNF-ALFA, IL-6, entre otros), que atraviesan la barrera hematoencefálica hacia el hipotálamo (NPV) y posteriormente a la hipófisis, promoviendo la secreción de ACTH y estimulando la circulación de corticoides, y repotenciando la probabilidad de aparición de síntomas psicóticos.

La hipótesis que los glucocorticoides serían los eslabones intermedios de Bonhoeffer, guarda relación con las observaciones de Rome y Braceland, en cuestión a los efectos psíquicos de los corticoides cuando se administran como tratamiento de diversas entidades médicas. Estos efectos psíquicos van desde euforia moderada hasta cuadros delusivos, alucinatorios, con amplias variaciones del afecto. Vasilevskis y colegas reportaron que ciertos marcadores inflamatorios están relacionados a cuadros delirantes.

Entre los marcadores inflamatorios se ha encontrado a la procalcitonina, proteína C reactiva y metabolitos del triptófano. Después de la observación de los casos, Bonhoeffer concluyó que no existían cuadros clínicos psíquicos específicos para cada enfermedad y que por lo tanto la mayoría de las enfermedades se expresaban de forma similar. Finalmente, describió que la evolución de las psicosis sintomáticas sigue y depende de la constitución general del paciente y la severidad y duración de la enfermedad física subyacente.



La recuperación puede ser rápida y repentina, como también pudiera ser perenne y duradera.

Otra teoría propuesta para explicar las reacciones psicóticas a partir de cuadros inflamatorios o infecciosos, es la teoría de la reacción endógena propuesta por Bostroem. En esta teoría, se trata de explicar las psicosis sintomáticas a partir de que existe una disposición patológica heredada y que la acción de las causas externas produce que estos factores heredados se activen más rápido en los individuos que los portan en comparación de aquellos que pertenecen al común de la población.

En ciertos sujetos, los agentes exteriores solo se consideran efectivos si se hallan mermadas o anuladas las resistencias orgánicas al desarrollo de las predisposiciones constitucionales.

En contradicción a Bonhoeffer, Specht fundamentó que no existe diferencia entre endógeno y exógeno, ya que los últimos se tratarían de psicosis endógenas producidas por factores externos. La diferencia también yace entre la instalación del cuadro: mientras en uno la instalación es progresiva (endógena) el otro es de instalación brusca.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Dentro de las patologías mentales, la psicosis es considerada un estado de pérdida total o parcial de la realidad, acompañado de trastornos del pensamiento como delusiones y de la percepción como alucinaciones, se vuelve de importancia clínica puesto que aumenta el riesgo de los pacientes de generar daño tanto a ellos como a otros y al mismo tiempo de no cubrir sus necesidades básicas dentro del componente de desorganización conductual.¹

La psicosis como tal no es considerada una entidad clínica individual sino como componente a muchas enfermedades mentales en incluso orgánicas², entre las cuales, dentro del primer grupo tenemos a la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno esquizoafectivo y otros trastornos afectivos como la depresión con síntomas psicóticos, y en el segundo grupo estar relacionados a consumo de sustancia u otras enfermedades orgánicas tanto estructurales como metabólicas³.

Los últimos 50 años del siglo XX, la incidencia de psicosis en el mundo fue de 50 de cada 100 000 personas y la incidencia de esquizofrenia fue de 15 de cada 100 000 por año^{4,5} y si bien es cierto la se puede dar en la infancia (aproximadamente 1 en 10,000) es muy rara, siendo más común en varones^{6,7}.

Sin embargo, los primeros 20 años del siglo XXI, esta incidencia ha ido en aumento siendo de 86 por 100 000 entre los 15 a 29 años y 46 por 100 000 entre los 30 a 59 años, y si bien es cierto que el primer grupo la incidencia es mayor, la población del segundo grupo era aproximadamente el doble, siendo entonces el mayor porcentaje de diagnósticos en emergencias la del segundo grupo etéreo⁸

En una cohorte reciente (2020) en una población de 2091 pacientes de Suecia durante los años 2007 y 2011, se les realizó un seguimiento desde su primer ingreso por primer episodio psicótico desde 1987, donde se encontró que la media de edad del primer ingreso hospitalario por psicosis fue de 21,2 años, 64% fueron hombres y los diagnósticos fueron: esquizofrenia 11%, trastorno delirante 5%, trastornos psicóticos agudos y transitorios 36%, trastorno esquizoafectivo 4%, otros trastornos psicóticos no orgánicos 1,2% y psicosis no orgánica no especificada 42%.⁹

Si bien es cierto en el mundo se mantiene la discusión entre el diagnóstico de la psicosis aguda versus el primer episodio psicótico, debido a que la psicosis suele relacionarse como una puerta inicial a otras enfermedades mentales, o de un origen orgánico, sin necesidad de ser una entidad nosológica individual¹⁰, existen muy pocos estudios al respecto siendo de los últimos 20 años estudios relacionados con la incidencia a la resistencia de fármacos como Clozapina¹¹ o la incidencia de la esquizofrenia y psicosis en una población nacional, como la de Brasil en Sao Paulo¹².



En el Perú, la situación de las salas hospitalarias y de emergencias de los principales hospitales de Salud Mental están en una condición precaria que no permite la adecuada atención de estos casos¹³. En el caso del nuestro centro hospitalario, el Hospital Víctor Larco Herrera, según el Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) realizado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA, nos señala que en los últimos 10 años (2011 – 2020) la prevalencia acumulada de enfermedades más comunes atendidas en el servicio de emergencias, los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23) ocuparon el tercer lugar en prevalencia con 2926 atendidos con el diagnóstico mencionado, superando incluso al trastorno bipolar (F31), el trastorno depresivo recurrente (F33) y el trastorno esquizoafectivo (F25) con una prevalencia de 2030, 571 y 499 pacientes diagnosticados respectivamente; siendo superado por la esquizofrenia (F20) con 8777 atendidos y los episodio depresivos (F32) con 3741 atendidos^{14,15}.

Todos estos datos nos demuestran la importancia de una correcta identificación temprana, y un manejo adecuado para los pacientes que se atienden en nuestro servicio de manejo agudo como es el Servicio de Emergencias; y por ello la importancia de tener una Guía Institucional adecuada para brindar el mejor servicio posible a nuestros usuarios.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

En lo que se refiere a los riesgos genéticos, tener un familiar cercano con psicosis o esquizofrenia es el mayor factor de riesgo para desarrollar un trastorno psicótico. Se ha estimado que el riesgo de por vida en un niño con un padre afectado sería del 13%, y del 46% cuando los dos padres lo están. Cuando es un hermano o un gemelo o idéntico el 10%, y el 48% en el caso de un gemelo idéntico.

5.5.1 Factores Biológicos

- Complicaciones antes o durante el parto (como infecciones, mala nutrición del feto durante el embarazo, el estrés maternal o trauma en el parto).
- El consumo de cannabis, sobre todo en la adolescencia.
- Padres de edad avanzada.
- La exposición al parásito unicelular toxoplasma gondi.

5.5.2 Factores Psicosociales

- Adversidad en la infancia y de adultos, incluyendo vivir en zonas desfavorecidas, el abuso sexual, físico y emocional, la negligencia y la intimidación.
- La inmigración, especialmente cuando los inmigrantes son de un país en desarrollo o un país donde la mayoría de la población es de raza negra



Tabla 1. Factores de riesgo para el desarrollo de delirio

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bajo nivel de educación | <input type="checkbox"/> Cirugías abiertas |
| <input type="checkbox"/> Edad avanzada | <input type="checkbox"/> Cirugía de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Comorbilidad | <input type="checkbox"/> Aumento del tiempo de duración de la cirugía |
| <input type="checkbox"/> Alteración visual | <input type="checkbox"/> Aumento del número de transfusiones |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cirugía valvular y procedimientos que involucren bypass cardiopulmonar de forma prolongada |
| <input type="checkbox"/> Historia de abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Número de procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Severidad de la enfermedad médica | <input type="checkbox"/> Comorbilidad cardiovascular (incluyendo diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Malnutrición | <input type="checkbox"/> Sexo masculino |
| <input type="checkbox"/> Uso de opioides en casa | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Uso de benzodiazepinas | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular |
| <input type="checkbox"/> Alteración de la funcionalidad | <input type="checkbox"/> Disfunción renal |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones auditivas | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Antecedente de accidentes cerebrovasculares y/o crisis convulsivas | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia respiratoria > 20 veces/min | <input type="checkbox"/> Ingreso postoperatorio a la UCI |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico de infección del tracto urinario y hemorragia intracraneal | <input type="checkbox"/> Exposición a opioides |
| <input type="checkbox"/> Cirugías procedentes de los servicios de otorrino-laringología, cirugía general y cardiovascular | |

Fuente: Vasilevskis EE, Han BE, Hughes CG, Ely EW, 2012 (6)

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

Presencia de delusiones o alucinaciones de comienzo agudo, este se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace.

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable, llamado aquí "polimorfo", el cual ha sido descrito en los trastornos psicóticos agudos en varios países y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.

El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural.

Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura.

Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes.



GRÁFICOS, DIAGRAMAS Y FOTOGRAFÍAS

Tabla 10. Factores de riesgo más frecuentes detectados con el LISMEN en los antecedentes de una población (n=838) de pacientes con psicosis, seleccionando los que ya habían consultado en la Unidad de Salud Mental en edad infantil (n=120). Factores de riesgo que pueden afectar a cualquier edad infanto-juvenil

| Factores de riesgo comunes a cualquier edad infantil. | Porcentajes de presencia en Historia Clínica |
|---|--|
| Funciones maternas muy empobrecidas | 31.1 % |
| Funciones paternas muy empobrecidas | 37.5 % |
| Agresividad: <ul style="list-style-type: none"> - En la familia - Impulsividad, accidentes frecuentes - Excentrición excesiva, desbordante | 78.3 % |
| Dificultades de relación: <ul style="list-style-type: none"> - Retorcimiento en la relación. - Niño raro: evita la relación social, no juega - Problemas de la madre para relacionarse con su hijo. - Notable empobrecimiento en su funcionamiento relacional: aislamiento. - Menos de dos amigos - Ansiedad excesiva en situaciones sociales | 26.3 % |
| Dificultades en el desarrollo y aprendizajes: <ul style="list-style-type: none"> - Retraso en el desarrollo mental y/o psicomotor. - Disfunciones del lenguaje (mutismo, tartamudeo, de más de 4 semanas) - Fracaso escolar. - Dificultades escolares: niño que no aprende | 28.4 % |

Tabla 11. Factores de riesgo diferenciados según la edad detectados con el LISMEN en los antecedentes de una población (n= 838) de pacientes con psicosis, seleccionando los pacientes que ya habían consultado en la Unidad de Salud Mental en edad infantil (n=120)

| Factores de riesgo específicos de cada franja de edad | Porcentajes de presencia en Historia Clínica |
|---|--|
| Niño/a con enfermedad crónica | 35.2% |
| Institucionalización temprana (instituciones tutelares, instituciones de justicia): | 35.3 % |
| Problemas obstétricos | 8.2 % |
| Vómitos frecuentes y/o rechaza la alimentación | 5.7 % |
| Miedos, dificultades de adaptación, difícil de calmar | 13.5 % |
| Depresión de la madre en embarazo y/o puerperio | - |
| Rabietas, enfados frecuentes | 15 % |
| Problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos: comidas, higiene | 20 % |
| Dificultades de separación y de ser autónomo | 31.9 % |
| Ideas autoreferenciales, tendencia al delirio, pensamiento demasiado particular | 38.8 % |
| Problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos: comidas, higiene | 35.9 % |
| Ideas raras | 31.1 % |



6.2 DIAGNÓSTICO

Trastornos psicóticos agudos y transitorios

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno.



El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

- Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general.
- Presencia de síndromes típicos.
- Presencia de estrés agudo.

Pautas para el diagnóstico:

- Ninguno de los trastornos de este grupo satisface las pautas de un episodio maníaco (F30.-) o depresivo (F32.-), aunque los cambios emocionales y los síntomas afectivos individuales puedan estar de vez en cuando en primer plano.
- Ausencia de una causa orgánica, tal como de conmoción cerebral, delirium o demencia. A menudo se observa perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata, pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto.

Las pautas temporales (tanto en lo que se refiere a las dos semanas como a las 48 horas) no se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo.

Los síntomas y las alteraciones deben de ser obvios sólo en los plazos citados, en el sentido de que normalmente habrán llevado al individuo a buscar algún tipo de ayuda o de intervención médica.

Puede utilizarse un quinto carácter para indicar si el trastorno psicótico agudo se asocia a una situación estresante aguda: F23.x0 No secundario a situación estresante aguda. F23.x1 Secundario a situación estresante aguda.

Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia. F23.0

Pautas para el diagnóstico

- El comienzo sea agudo (pasar desde un estado no psicótico a un estado claramente psicótico en el plazo de dos semanas o menos).
- Estén presentes varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes, variando de tipo e intensidad de un día para otro o dentro del mismo día.
- Exista un estado emocional cambiante de forma similar.
- A pesar de la variedad de los síntomas, ninguno esté presente con la suficiente consistencia como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.) o de un episodio maníaco o depresivo (F30. o F32.).

Incluye: "Bouffée delirante" sin síntomas de esquizofrenia o no especificada. Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia. F23.1

Pautas para el diagnóstico Deben cumplirse las pautas a), b) y c) (F23.0) del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0). Que además hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente. Si los síntomas esquizofrénicos persisten más de un mes, el diagnóstico debe ser cambiado por el de esquizofrenia (F20.-). Incluye: "Bouffée delirante" con síntomas de esquizofrenia. Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia



Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Pautas para el diagnóstico

- El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).



- b) Hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.
- c) No se satisfacen las pautas del trastorno psicótico agudo polimorfo.

Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- b) Las ideas delirantes o alucinaciones hayan estado presentes durante la mayoría del tiempo desde que el cuadro clínico comenzó a manifestarse.
- c) No se satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) ni del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Si las ideas delirantes persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastornos de **ideas delirantes persistentes (F22.)**

Si son sólo las alucinaciones las que persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de otros **trastornos psicóticos no orgánicos (F28).**

Incluye: Reacción paranoide. Psicosis psicógena paranoide.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

Toxicológico, para descartar intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas.

En mujeres de edad fértil y que no se conozca bien su método anticonceptivo: Test de embarazo

En caso que el paciente haya tenido conducta errática: Hemograma completo, Glucosa, Urea, Creatinina, Transaminasas, colesterol total y triglicéridos, proteínas total y fraccionada; examen de orina, Elisa para VIH y VRDL

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Es recomendable que la evaluación inicial de todo paciente psicótico en situación de emergencia incluya una anamnesis completa, se sugiere la presencia de un familiar, de no ser posible se pedirá a la persona que lo acompaña que brinde la información que tenga acerca del motivo que propició que acudan a emergencia, y por medio de trabajo social se ubicará a los familiares.

Si el paciente estuviese en estado de agitación psicomotriz se recomienda lo siguiente:

- Es importante la evaluación pronta del estado del paciente, para evitar el riesgo de escalada de los síntomas.
- Comprobar la seguridad del ambiente en el que se realizará la intervención, tanto para el paciente como para el personal.
- La evaluación deberá ser de al menos 2 personas, el médico y personal técnico de enfermería. De ser necesario solicitar la presencia de otras personas del equipo, que tengan adecuada capacitación.



- Efectuar una rápida valoración del riesgo de violencia. Así como la medicación parenteral que amerite el caso
- Se debe evitar una actitud confrontativa o de provocación por parte del personal, utilizando un lenguaje claro, en tono tranquilo, demostrando a través del lenguaje corporal que no se tiene hostilidad.
- Solo si es inevitable y pese a las medidas tomadas al abordar al paciente, persiste la agitación o la conducta agresiva, se indicarán medidas restrictivas como la sujeción mecánica.

6.4.2 Terapéutica

En caso el paciente ingrese con agitación psicomotriz se podrá usar Haloperidol vía parenteral. 5mg 01 ampolla Im Stat.

En el caso de que no exista presencia o riesgo de agitación psicomotriz se usará antipsicóticos por vía oral. De preferencia se utilizarán los antipsicóticos atípicos.

Se escogerá un antipsicótico preferentemente de segunda generación en monoterapia y a dosis bajas, en función a la eficacia, probabilidad de presentar efectos secundarios y comorbilidades del paciente.

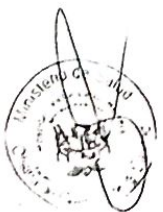
Se evitará el uso de clozapina en pacientes con primer episodio psicótico, esta se usará para casos de esquizofrenia resistente al tratamiento

Aunque los fármacos antipsicóticos son efectivos contra los síntomas de psicosis positivos, su efectividad es limitada contra los negativos. El tratamiento debe complementarse con medidas no farmacológicas (psicoeducación, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales).

Rangos de dosis de antipsicóticos recomendadas en guías y textos

| | PORT | NICE (SPC) | TMAP | Lieberman | Castle (20) | Labatte |
|-----------------|-----------|--------------|-----------|------------------|-------------|---------|
| amisulprida | | 400-800 | | | 400-1.200 | |
| anpirazol | 10-30 | 10-15(30) | 10-30 | 10-30 | 10-30 | 15 |
| clozapina | 300-800 | 200-450(900) | 300-900 | 150-600(300-800) | 200-900 | |
| olanzapina | 10-20 | 5-20 | 10-20(30) | 10-30 | 5-20 | 10-20 |
| paliperidona | 3-15 | | | 6-12 | 3-12 | 6 |
| quetiapina | 300-750 | 300-450(800) | 300-800 | 300-750 | 300-750 | 600 |
| risperidona | 2-8 | 4-6(16) | 2-6(16) | 2-8 | 4-6 | 4-6 |
| risperidona ILL | 25-75 | 25-50 | | 25-50 | | |
| ziprasidona | 80-160 | | 80-160 | 120-160 | 40-160 | 160 |
| clorpromazina | 300-1.000 | | 300-1.000 | 300-1.000 | | |
| perfenazina | 12-64 | | 16-64 | | | |
| haloperidol | 6-20 | | 2-20 | | | |

PORT=Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, NICE=National Institute for Health and Clinical Excellence, SPC=Summary of Products Characteristics (equivalente a las fichas técnicas europeas), TMAP=Texas Medication Algorithm Project, ILL=inyectable de liberación lenta cada 2 semanas. Entre paréntesis dosis máximas.



6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Se resumen los principales efectos adversos de los antipsicóticos atípicos en la siguiente tabla:

| | Clozapina | Olanzapina | Quetiapina | Risperidona | Ziprasidona | Aripiprazol |
|------------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|---------------|---------------|
| Agranulocitos | Si | No | No | No | No | No |
| Efectos extrapiramidales | No | A dosis altas | No | A dosis altas | A dosis altas | A dosis altas |
| Hipotensión ortostática | Alta | Baja | Alta | Moderada | Baja | Baja |
| Convulsiones | Si | No | No | Raras | Raras | Raras |
| Sedación | Alta | Baja | Alta | Baja | Alta | Baja |
| Efectos anticolinérgicos | Si | Si | Moderado | No | No | No |
| Taquicardia | Si | No | Moderada | Si | Si | Baja |
| Aumento de peso | Si | Si | Si | Si | Muy leve | No |
| Hipersecreción de prolactina | No | No | No | Si | Rara | No |

6.4.4 Signos de alarma

En la presencia de: Fiebre de origen no conocido, rigidez muscular, CPK elevado, tener sospecha del Síndrome Neuroléptico Maligno. En ese caso el paciente debe ser derivado a un hospital general para su estabilización y suspender el tratamiento antipsicótico.

6.5 COMPLICACIONES

1. Derivados del estado del paciente

- Abandono del tratamiento: Propiciando el retorno de síntomas psicóticos con las alteraciones conductuales.

2. Derivados del uso de la medicación

- Reacciones extrapiramidales
- Sedación excesiva
- Síndrome neuroléptico maligno
- Distonía aguda
- Acatisia
- Efectos anticolinérgicos
- Existe el riesgo de complicaciones cardíacas como Torsades de pointes por prolongación del intervalo Q-T con el uso de haloperidol.
- El uso concomitante de Olanzapina parenteral y benzodiacepinas puede provocar hipotensión, depresión y depresión respiratoria.

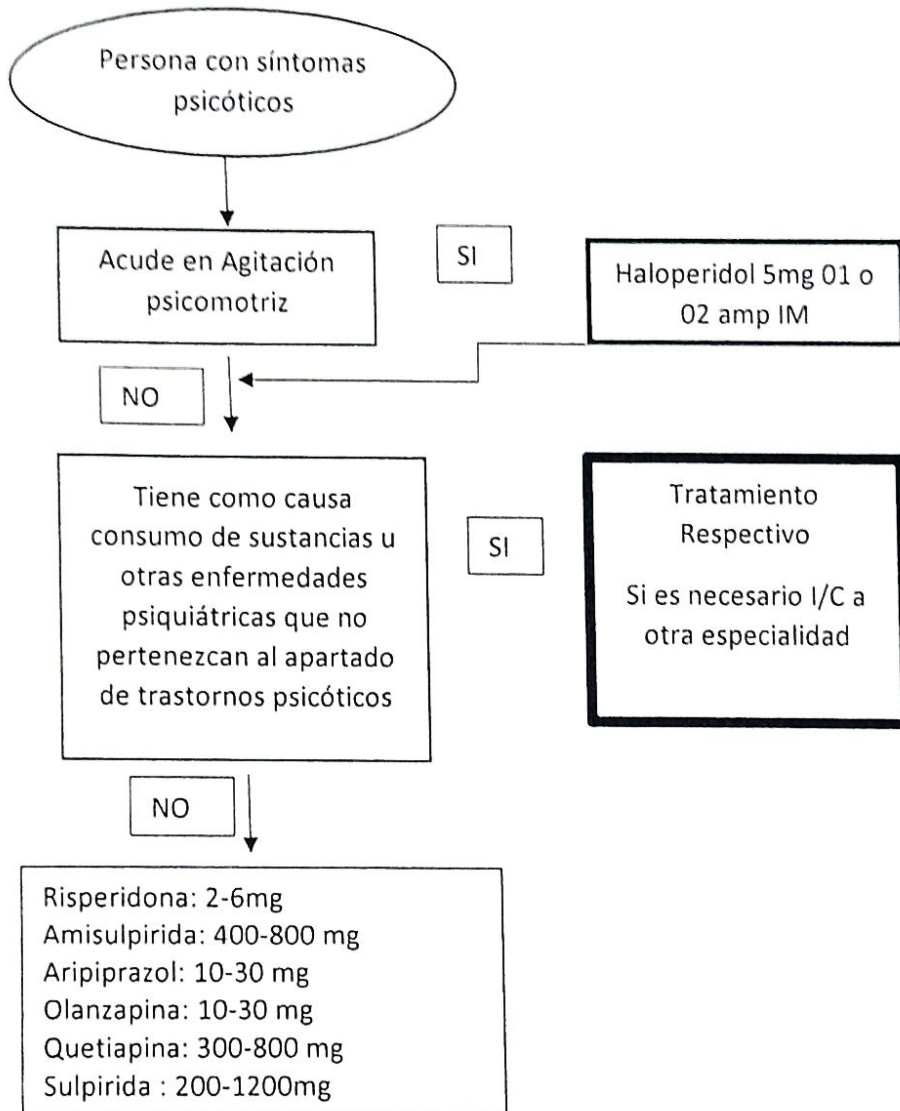
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- Paciente con sospecha de Síndrome Neuroléptico Maligno
- Paciente con sospecha o evidencia de trastorno orgánico.
- Paciente con antecedente de traumatismo encefalocraneano.



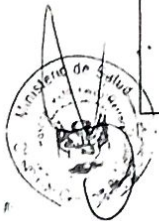
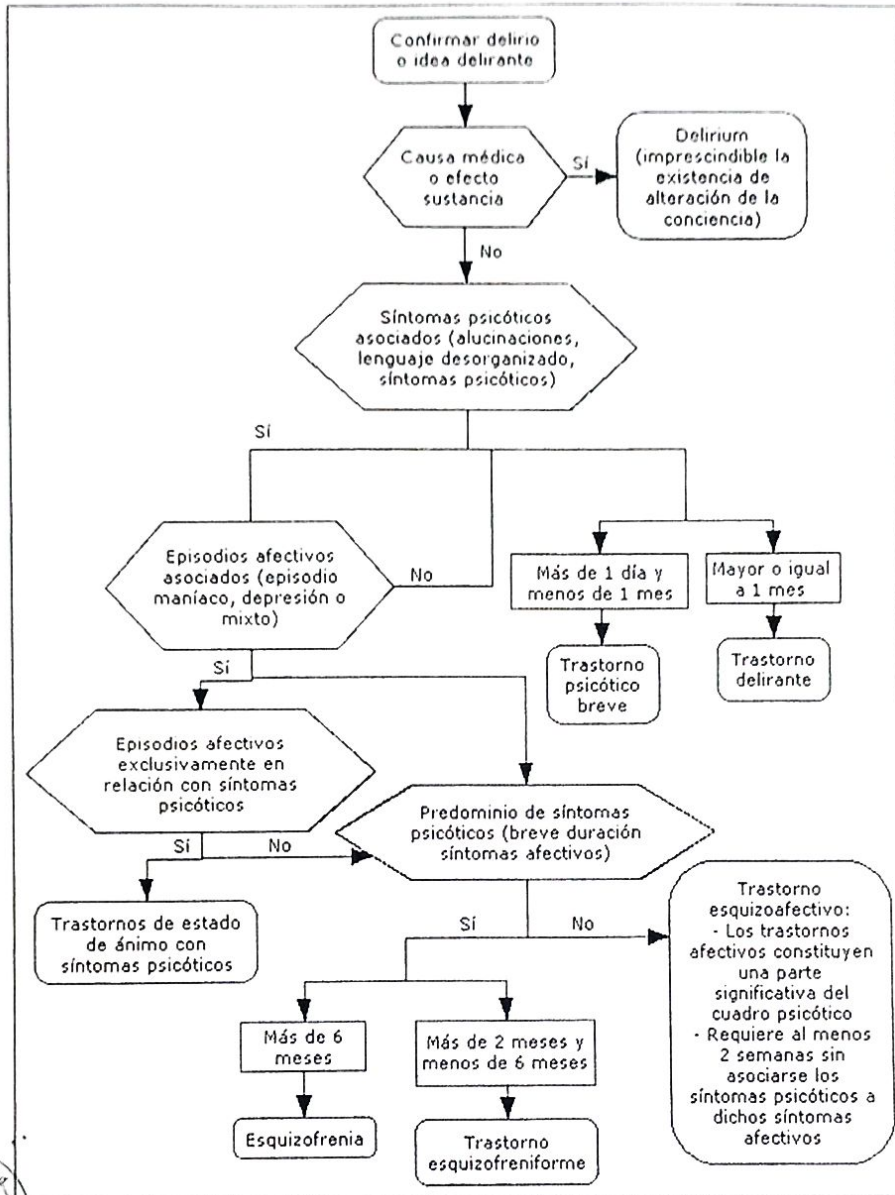
- Paciente hemodinamicamente inestable

6.7 FLUJOGRAMA

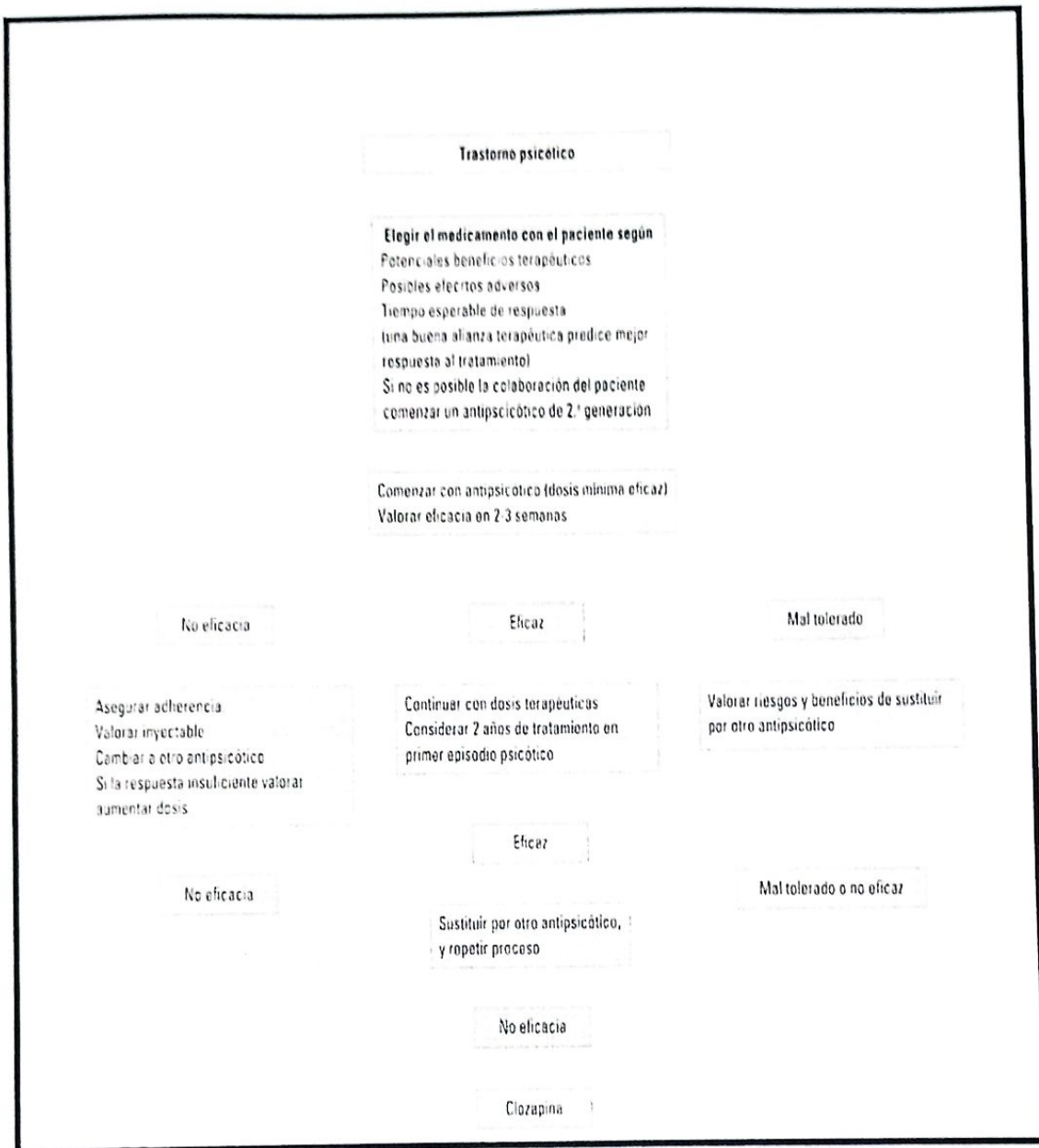


VII ANEXOS

Pautas para diagnóstico

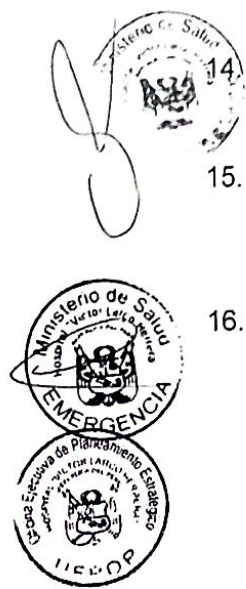


Pautas para tratamiento



VIII BIBLIOGRAFÍA

1. Siddiqui, W., Gupta, V. and Huecker, M., 2020. Agitation. *StatPearls*, [online] 1(1). Available at: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493153/>> [Accessed 24 August 2020].
2. Stucchi S, Cruzado L, Fernandez R, Bernut M, Rejas N, Vargas H, Nuñez M, Cáceres E, Sanchez M. Guia de Practica clínica para el Tratamiento de la Agitación Psicomotora y la Conducta Agresiva. 2015. [Citado el 24 agosto 2020] Disponible en: <file:///C:/Users/User640/Downloads/Guias%20practica%20clinica/GUIA%20AGITACION%20NOGUCHI.pdf>
3. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse Effects Associated with Physical Restraint. *The Canadian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2003;48(5):330-337. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370304800509>
4. American Psychological Association. Psychosis. APA Dictionary of Psychology. Accessed April 7, 2022. <https://dictionary.apa.org/psychosis>
5. Cadenhead K, Marder S. Psychosis in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. Uptodate. Published 2022. Accessed August 14, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>
6. Wood AJ, Carroll AR, Shinn AK, Ongur D, Lewandowski KE. Diagnostic Stability of Primary Psychotic Disorders in a Research Sample. *Front Psychiatry*. 2021;12(October):1-7. doi:10.3389/fpsy.2021.734272
7. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*. 2004;2:13. doi:10.1186/1741-7015-2-13.
8. Cadenhead K, Marder S. First episode psychosis. Uptodate. Published 2022. Accessed August 14, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/first-episode-psychosis>
9. Polanczyk G, Moffitt TE, Arseneault L, et al. Etiological and clinical features of childhood psychotic symptoms: results from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(4):328-338. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.14
10. Driver DI, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2013;22(4):539-555. doi:10.1016/j.chc.2013.04.001
11. Simon GE, Coleman KJ, Yarborough BJH, et al. First Presentation With Psychotic Symptoms in a Population-Based Sample. *Psychiatr Serv*. 2017;68(5):456-461. doi:10.1176/appi.ps.201600257
12. Strálin P, Hetta J. First episode psychosis: register-based study of comorbid psychiatric disorders and medications before and after. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021;271(2):303-313. doi:10.1007/s00406-020-01139-6
13. Vispe Astola A, Hernández González M, Ruiz-Flores Bistuer M, García-Valdecasas Campelo J. De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2015;35(128):731-748. doi:10.4321/S0211-57352015000400003
14. Mena C, Gonzalez-Valderrama A, Iruretagoyena B, Undurraga J, Crossley NA. Early treatment resistance in a Latin-American cohort of patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2018;199:380-385. doi:10.1016/j.schres.2018.02.056
15. Loch AA, Wang Y-P, Rössler W, Tófoli LF, Silveira CM, Andrade LH. The psychosis continuum in the general population: findings from the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261(7):519-527. doi:10.1007/s00406-011-0204-8
16. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. *An Salud Ment*. 2018;XXXIV(1):55-119.



[http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2022/estudio/Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana 2015.pdf](http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2022/estudio/EstudioEpidemiológicodeSaludMentalenHospitalesGeneralesyCentrosdeSaluddeLimaMetropolitana2015.pdf)

17. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA. *Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) - Hospital Víctor Larco Herrera.*; 2015.
18. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental OESA. *Análisis Situacional de Establecimientos Hospitalarios (ASEH) - Hospital Víctor Larco Herrera.*; 2020.
19. Edras.cl. Disponible en: http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf
20. Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribe M, Ferrando J, Pérez C, et al. Factores de riesgo para sufrir trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clinica Salud.* 2008. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100002
21. Álvarez-Mon MA, Vidal C, Ortuño F. Protocolo de asistencia clínica en la psicosis. *Medicina* [Internet]. 2019;12(86):5075–80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121930232X>
22. Heimann Navarra C. Antipsicóticos en esquizofrenia: revisión de guías internacionales actuales. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet]. 2015 [citado el 5 de septiembre de 2022];35(125):79–91. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100006

