

PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA 1999 - 2001

salud mental



**GUÍA PARA LA COORDINACIÓN, INTERVENCIÓN,
ATENCIÓN Y DERIVACIÓN
ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**

**DOCUMENTO GUÍA PARA LA COORDINACIÓN,
INTERVENCIÓN, ATENCIÓN Y DERIVACIÓN
ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**

PLAN DE SALUD MENTAL

1999-2001

Impresión y Fotocomposición:

INTEGRAF MAGENTA, S.L.

Telf. 968 30 47 91 - 30006 PUENTE TOCINOS (Murcia)

Depósito Legal: MU - 185 - 2000

I.S.B.N.: 84 - 95393 - 12 - 3

COMISIÓN DE ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO TÉCNICO. PROGRAMA ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINADOR

FERNANDO NAVARRO MATEU
Psiquiatra, C.S.M.-Altiplano. Área V-Murcia.

COMPONENTES

JUAN DE DIOS ARNALDOS HERRERO
Médico de Atención Primaria. C.A.P. de Cehegín.

JUAN A. AZNAR MOYA
Psiquiatra, C.S.M.-nº 2. Área I-Murcia.

JOSÉ JOAQUÍN BRINES SALA
Médico de Atención Primaria. C.A.P. de Yecla.

IGNACIO CABEZAS HURTADO
Psicólogo, C.S.M.-Cartagena. Área II-Murcia.

JUAN IGNACIO CAUTO VALERA
Médico de Atención Primaria. C.A.P. de Vistalegre.

CARLOS GIRIBET MUÑOZ
Psiquiatra. Jefe de Departamento de Salud Mental.

LUIS LÓPEZ SÁNCHEZ
Psiquiatra, C.S.M.-nº 2. Área I-Murcia.

AMADEO VALORIA MARTÍNEZ
Psiquiatra, UCA-Orhuela.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo

COMISIÓN PRIMER PLAN DE SALUD MENTAL. PROGRAMA ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINADORES

JUAN A. AZNAR MOYA
Psiquiatra, Centro de Salud Mental II. Murcia.

JESÚS FERNÁNDEZ LORENCIO
Médico de Atención Primaria, Centro de Salud de Cartagena Casco.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS

IGNACIO CABEZAS HURTADO
Psicólogo, Centro de Salud Mental, Cartagena.

M^º EULALIA JAÉN LÓPEZ
Psiquiatra, Centro de Salud Mental. Cartagena.

M^º ANTONIA MARTÍNEZ SÁNCHEZ
Enfermera de Atención Primaria C.S. B^º Peral.

ANTONIO MATIAS URREA
Médico Atención Primaria. C.S. Fuente Alamo.

JOSÉ L. MOLINO CONTRERAS
Enfermero, Centro de Salud Mental Cartagena.

CARMEN PÉREZ-CRESPO GÓMEZ
Médico Atención Primaria, C.S. Barrio Peral.

COLABORADORES

LUIS LÓPEZ SÁNCHEZ
Jefe de Área de Salud Mental.

AMADEO VALORIA MARTÍNEZ
Médico Psiquiatra, Centro de Salud Mental II.

ISABEL ILLÁN CANO
Enfermera, Centro de Salud Mental II Murcia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	13
2. CRITERIOS PARA LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL	17
2.1. Cauces de Comunicación	19
2.2. Entrevista Psiquiátrica y Exploración Psicopatológica	20
2.3. Criterios de Actuación y Derivación	20
2.4. Derivación Preferente desde Atención Primaria a los Centros de Salud Mental	21
2.5. Formación Continuada	22
2.6. Reuniones de Coordinación	22
2.7. Evaluación	22
3. LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA Y LA EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA	25
3.1. La Entrevista Psiquiátrica en Atención Primaria de Salud	27
3.2. Exploración Psicopatológica	29
1.- Reacción al contacto y apariencia general	30
2.- Nivel de conciencia o vigilia	30
3.- Orientación temporo-espacial	30
4.- Memoria	30
5.- Percepción	31
6.- Pensamiento	31
7.- Afectividad	32
8.- Conductas instintivas	32
4. CRITERIOS GENERALES DE INTERVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	35
4.1. Criterios Generales de Intervención en Atención Primaria para los Trastornos Mentales Orgánicos	37
A) Demencias	43
B) Delirium	47
C) Síndrome amnésico orgánico no producido por alcohol ni por otras sustancias psicotrópicas	49

4.2. Criterios de Intervención en Atención Primaria para los Trastornos Afectivos	51
A) Depresión	51
B) Distimia	55
C) Trastorno Bipolar	58
D) Tentativa de suicidio	61
4.3. Criterios Generales de intervención en Atención Primaria para los Trastornos de Ansiedad	67
A) Trastornos fóbicos	70
B) Trastornos de pánico/ansiedad paroxística	72
C) Trastornos de ansiedad generalizada	78
D) Trastornos obsesivos-compulsivos	80
E) Reacciones a estrés grave y Trastornos de adaptación	81
F) Trastornos disociativos	83
4.4. Criterios Generales de intervención en Atención Primaria para los Trastornos de Personalidad	86
4.5. Criterios Generales de Intervención en Atención Primaria para los Trastornos de la Conducta Alimentaria	89
4.6. Criterios Generales de Intervención en Atención Primaria para los Trastornos de Psicóticos	99
A) Esquizofrenia	101
B) Otros trastornos psicóticos	107
5. UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	113
5.1. Datos Generales	115
5.2. Clasificación de los Psicofármacos	116
5.3. Antipsicóticos	117
5.4. Antidepresivos	123
5.5. Benzodiacepinas	133
6. BIBLIOGRAFÍA	141

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Esquema de los cauces de comunicación	20
Gráfica 2: Líneas de intervención en los trastornos mentales orgánicos en Atención Primaria	50
Gráfica 3: Líneas de intervención en Atención Primaria en los Trastornos Afectivos	57
Gráfica 4: Líneas de intervención en Atención Primaria en los Trastornos Bipolares	60
Gráfica 5: Líneas de intervención en Atención Primaria en los intentos de suicidio	66
Gráfica 6: Líneas de intervención de la actuación de Atención Primaria en los Trastornos Fóbicos	71
Gráfica 7: Líneas de actuación en los Tr. por Ansiedad Generalizada o por Pánico	79
Gráfica 8: Líneas de actuación en Atención Primaria en el Trastorno Obsesivo Compulsivo	80
Gráfica 9: Líneas de actuación en Atención Primaria en las Reacciones a Estrés Agudo y en los Trastornos por Adaptación	82
Gráfica 10: Líneas de actuación en los Trastornos Disociativos	83
Gráfica 11: Líneas de actuación en Atención Primaria en los Trastornos de Personalidad ..	89
Gráfica 12: Líneas de actuación en Atención Primaria con los Trastornos de la Conducta Alimentaria	98
Gráfica 13: Líneas de actuación en Atención Primaria ante los trastornos Psicóticos	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Requisitos para la entrevista psiquiátrica	27
Tabla 2: Sintomatología general más frecuente	33
Tabla 3: F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (Clasificación CIE-10)	37
Tabla 4: Causas de demencia reversibles o potencialmente reversibles	40
Tabla 5: Trastornos mentales orgánicos irreversibles. Demencia degenerativa primaria	41
Tabla 6: Frecuencias de los distintos tipos de Demencias	42
Tabla 7: Observaciones	42
Tabla 8: Manifestaciones clínicas de las demencias	43
Tabla 9: Diagnóstico de la demencia	45
Tabla 10: Resumen de las demencias	46
Tabla 11: Clasificación esquemática de los trastornos del humor (afectivos) en la CIE-10 (F30-F39)	51
Tabla 12: El coste oculto de la depresión mayor no tratada (Preskorn, 1994)	52
Tabla 13: Criterios diagnósticos para el Episodio Depresivo Mayor	54
Tabla 14: Estrategias de tratamiento en la depresión	55
Tabla 15: Datos epidemiológicos del trastorno bipolar	58
Tabla 16: Aspectos clínicos de la fase maníaca	59
Tabla 17: Diagnóstico de la fase maníaca del trastorno bipolar	60
Tabla 18: Factores de riesgo para las tentativas de suicidio	61
Tabla 19: Perfiles más frecuente del suicidio consumado y de los intentos de suicidio	63
Tabla 20: Evaluación del intento de suicidio	64
Tabla 21: Clasificación CIE-10 de los Trastornos de Ansiedad (F40-F48)	67
Tabla 22: Clasificación de los Trastornos de Ansiedad	69
Tabla 23: Diagnóstico diferencial del Tr. de Pánico	72
Tabla 24: Criterios diagnósticos de las Crisis de Angustia y de las Crisis de Pánico	73
Tabla 25: Objetivos del tratamiento del Trastornos de Pánico	74
Tabla 26: Tratamiento agudo de las Crisis de Pánico	74
Tabla 27: Agentes eficaces en la prevención de las Crisis de Pánico	75
Tabla 28: Pautas para el tratamiento farmacológico del tr. por Crisis de Pánico	75
Tabla 29: Ventajas e Inconvenientes del empleo de psicofármacos	76
Tabla 30: Ventajas e Inconvenientes de los tratamientos combinados (antidepresivos y benzodiazepinas)	76
Tabla 31: Protocolo de mantenimiento en el tratamiento del Tr. por Pánico	77
Tabla 32: Técnicas no farmacológicas. Educación del paciente	77
Tabla 33: Pautas diagnósticas para el Trastorno por Ansiedad Generalizada	78
Tabla 34: Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación (CIE-10)	81
Tabla 35: Estructuración de las terapias grupales	85
Tabla 36: Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto (CIE-10)	86
Tabla 37: Rasgos clínicos fundamentales de los Trastornos de Personalidad	87
Tabla 38: Datos epidemiológicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	90
Tabla 39: Pistas para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa	91
Tabla 40: Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según la CIE-10	92

Tabla 41: Diagnóstico diferencial de la Anorexia Nerviosa	92
Tabla 42: Exploración general más frecuente en las anoréxicas	93
Tabla 43: Complicaciones médicas de la Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo	93
Tabla 44: Factores pronósticos a largo plazo de la Anorexia Nerviosa	95
Tabla 45: Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa según la CIE-10	95
Tabla 46: Diagnóstico diferencial de la Bulimia Nerviosa	96
Tabla 47: Complicaciones de la Bulimia Nerviosa	96
Tabla 48: Diferencias entre la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa	97
Tabla 49: Clasificación de los Trastornos Psicóticos en la CIE-10	100
Tabla 50: Criterios diagnósticos de la Esquizofrenia	101
Tabla 51: Formas de inicio de la Esquizofrenia	102
Tabla 52: Formas clínicas de la Esquizofrenia	103
Tabla 53: Frecuencia de los síntomas de la Esquizofrenia	104
Tabla 54: Indicadores de buen y mal pronóstico en la Esquizofrenia	105
Tabla 55: Datos epidemiológicos de la Esquizofrenia	106
Tabla 56: Otros Trastornos Psicóticos	107
Tabla 57: Sospecha de trastornos psicóticos en adolescentes y jóvenes	109
Tabla 58: Consejos más importantes para los familiares de pacientes psicóticos según la O.M.S.	110
Tabla 59: Causas subsanables de fracaso terapéutico de los psicofármacos	115
Tabla 60: Principales antipsicóticos	117
Tabla 61: Antipsicóticos depot.	117
Tabla 62: Dosis generales de los antipsicóticos	119
Tabla 63: Otras indicaciones de los antipsicóticos	119
Tabla 64: Efectos adversos de los neurolépticos	120
Tabla 65: Interacciones de los antipsicóticos	122
Tabla 66: Contraindicaciones de los antipsicóticos	123
Tabla 67: Clasificación de los antidepresivos en función de sus mecanismos de acción (Pita, 1997)	124
Tabla 68: Dosificación y actividad de los antidepresivos	125
Tabla 69: Nuevos antidepresivos	126
Tabla 70: Reacciones adversas de los antidepresivos en función a su perfil de acción (Pita, 1997)	127
Tabla 71: Contraindicaciones para el empleo de los antidepresivos heterocíclicos	127
Tabla 72: Efectos secundarios más frecuentes de los I.S.R.S. (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina)	128
Tabla 73: Características de los nuevos antidepresivos que facilitan su uso en Atención Primaria	128
Tabla 74: ¿Por qué es necesario un tratamiento de mantenimiento?	129
Tabla 75: ¿Qué significa respuesta en la Depresión Mayor? (Preskorn, 1994)	130
Tabla 76: Factores relacionados con la ausencia de cumplimentación en el tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos (Preskorn, 1994)	131
Tabla 77: Motivos del abandono del tratamiento antidepresivo por parte del paciente ...	131
Tabla 78: Factores que ayudan al cumplimiento del tratamiento antidepresivo	131
Tabla 79: Factores a considerar en la elección de un antidepresivo	132
Tabla 80: Clasificación de las benzodiacepinas	137

1. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de la reestructuración y reforma de la asistencia a la Salud Mental en Nuestra Región, hemos definido desde el principio que la atención ambulatoria a la Salud Mental se fundamenta en la organización de la Atención Primaria de Salud. Numerosos autores han justificado ampliamente esta necesidad, con cifras que incluso perfilan el número de pacientes con problemas psíquicos tipificados que acude al médico generalista.

Así mismo, la falta de desarrollo de la psiquiatría dentro de los servicios médicos generales ha hecho que casi toda la patología psiquiátrica haya estado en manos de los psiquiatras sin que se establecieran diferenciaciones y grados en la patología que podrían y deberían intervenir en los niveles primarios de salud.

En la superación de esta situación hemos basado toda nuestra organización de la Salud Mental, estableciendo a la Atención Primaria como única puerta de entrada a los Servicios Especializados de Salud Mental y abandonando nuestra posición de primer nivel para situarnos en el nivel de actuación secundaria, como cualquier otra especialidad médica. No obstante, las características especiales que confluyen en la Salud Mental, la diferencian bastante de otras especialidades médicas, donde la atención especializada puede equipararse a la actuación hospitalaria y, por tanto, desarrollarse en el ámbito hospitalario. La incidencia y prevalencia de factores no médicos (psicológicos y sociales) en la enfermedad mental establecen una gran diferencia entre la atención especializada ambulatoria, que permite contemplar mejor la integridad de la patología en algunos de sus factores etiopatogénicos, y la atención psiquiátrica hospitalaria, que por sus características, se suele circunscribir a los aspectos médicos (crisis agudas, situaciones de riesgo, descompensaciones clínicas...) de la patología psiquiátrica.

Estas razones nos llevan a definir nuestra intervención ambulatoria en estrecha relación con la Atención Primaria, para que en esta última vaya recayendo progresivamente aquella parte de la psiquiatría que corresponda a una intervención médica general y por desarrollar fuera del hospital la intervención especializada que determinados trastornos de la Salud Mental necesitan y que, desde una atención especializada hospitalaria, no sería posible abordar.

El hecho de que la Atención Primaria se organice en Centros de Salud y Equipos de Profesionales con mayor dedicación a los cuidados básicos de salud, permite que se estructure la relación y coordinación que vaya a establecerse entre los dos niveles. Esto se acompaña también de una evolución semejante en la organización de la asistencia a la salud mental que va de la consulta ambulatoria de neuropsiquiatría a un equipo multidisciplinar con responsabilidades en la Atención Específica de la Salud Mental de una población determinada.

Para que este sistema funcione lo más eficazmente posible, sin que dependa solamente de la "buena voluntad de los profesionales", es preciso establecer acuerdos, definir intervenciones y formas de relación profesional. Conjuntar, en definitiva las opiniones, conocimientos e intereses sobre la Salud Mental entre los Responsables Sanitarios del Área de Salud (profesionales de atención primaria, profesionales de atención especializada y administración sanitaria).

INTRODUCCIÓN

El presente Documento Técnico, que forma parte del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia, está basado en sus líneas generales en el realizado en el anterior Plan de Salud Mental. Sin embargo, se han introducido nuevas secciones (p. ej.: la entrevista psiquiátrica, la exploración psicopatológica) y se han cambiado sustancialmente los contenidos de otras secciones ya presentes en el anterior Plan, adecuándolas a los conocimientos actuales sobre la patología psiquiátrica.

El objetivo del siguiente documento no es la realización exhaustiva de unas guías de diagnóstico y tratamiento, para lo cual remitimos al interesado a las guías ya publicadas. Se han elaborado unas nociones generales de cada patología, con una mayor extensión en aquellas patologías por diversos motivos (prevalencia e incidencia, indicación de tratamiento en ámbito de atención primaria,...). Así mismo, se ha pretendido elaborar, de una forma práctica, unas propuestas de actuación para el médico de atención primaria, tanto en su intervención clínica, como las conductas a seguir en otro tipo de intervenciones.

Con esta finalidad se organiza este grupo técnico de trabajo que ha pretendido, pues, definir de manera práctica y realista los principios necesarios para:

- Establecer una buena relación profesional entre Atención Primaria y Salud Mental.
- Favorecer una mejor y más eficaz utilización de nuestros recursos.
- Estimular un mayor intercambio de información y apoyos técnicos mutuos.

Y, en definitiva, para aportar unos mejores servicios a las necesidades de Salud Mental de la Población.

2. CRITERIOS...

2. CRITERIOS PARA LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

2.1. Cauces de Comunicación

Uno de los pilares esenciales en los que se debe basar las relaciones entre los Profesionales de Atención Primaria y los de Salud Mental debe ser la comunicación e información clínica entre ellos. En este sentido, son perfectamente asumibles los acuerdos a los que llegó el grupo de trabajo que realizó la primera versión del documento técnico con el fin de garantizar al máximo dicha comunicación.

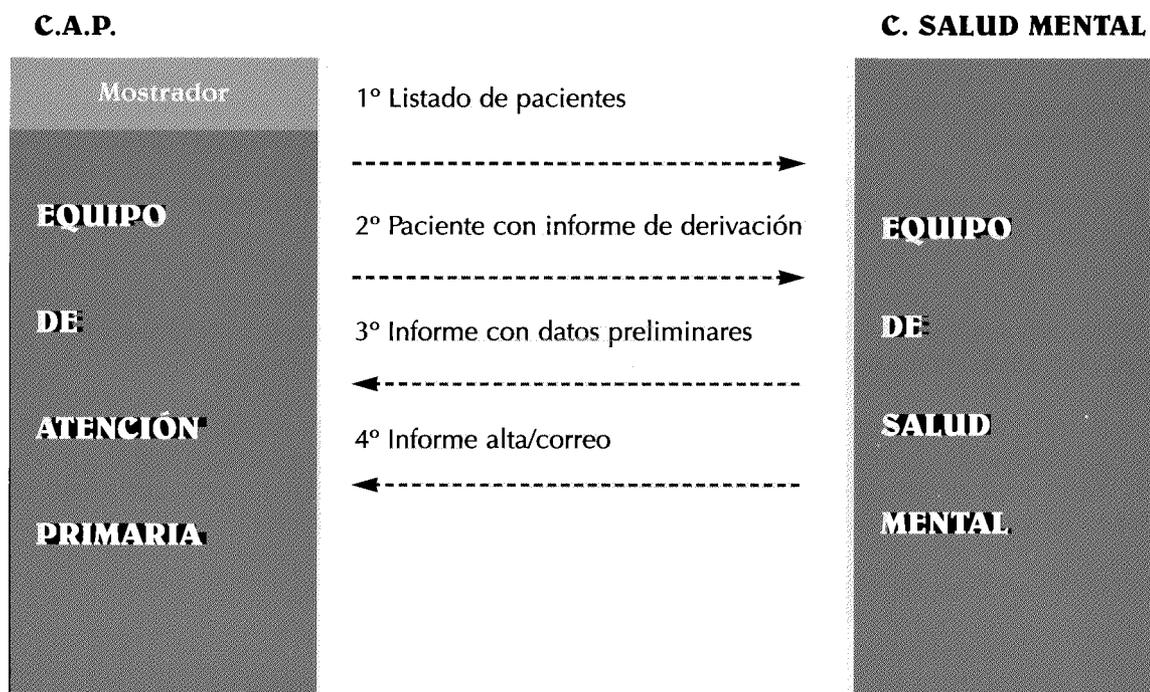
- Se utilizará el Programa Mostrador de Atención Primaria y se enviará al Centro de Salud Mental por fax los listados de personas que serán atendidas, especificando el día y la hora que les corresponda en un número total diario previamente pactado.
- El informe clínico que debe realizar el médico de atención primaria de cada paciente que remita al Centro de Salud Mental se hará según el modelo que se utilice habitualmente en las relaciones entre Atención Primaria y Atención Especializada u otro cualquiera que se defina al respecto con los siguientes puntos brevemente reseñados:
 - Motivo de consulta.
 - Tiempo de padecimiento.
 - Tratamientos realizados.
 - Información sobre su estado somático si procede.
 - Petición que realiza al médico.

Este informe lo presentará el paciente en el Centro de Salud Mental el día que entre a consulta.

- Desde el Centro de Salud Mental se devolverá la siguiente información:
 - La copia del modelo establecido, se puede dar en mano al paciente indicándole que lo remita a su médico que con la finalidad de que éste sepa que se ha realizado la consulta del paciente y el tipo de intervención que se prevé en el Centro de Salud Mental.
 - Una vez diagnosticado y finalizado el tratamiento realizado en el Centro de Salud Mental, se dará el alta cuando proceda al paciente con devolución al nivel primario de salud.
 - Junto con la notificación del alta, se enviará un informe completo de alta al Centro de Salud por la vía que se juzgue más adecuada (por correo o a través del propio paciente y/o familiares).

Se establecerán todos los cauces de comunicación que se estimen oportuno para mejorar la atención de la población en relación a la patología mental. (Programas de formación continuada, contactos telefónicos o por carta, y todos aquellos contactos que entre los distintos profesionales implicados para asuntos y temas concretos que así lo requieran).

Gráfica 1: Esquema de los cauces de comunicación.



2.2. Entrevista Psiquiátrica y Exploración Psicopatológica

Consideramos fundamental la adquisición de unos conocimientos previos sobre la técnica de la entrevista psiquiátrica y sobre la exploración psicopatológica para poder obtener e interpretar los datos que nos proporcionan el paciente y/o la familia elaborando una orientación diagnóstica y terapéutica. Se exponen de forma esquemática unas nociones básicas sobre estos temas.

2.3. Criterios de Actuación y Derivación

Con el fin de ajustar las derivaciones a unos criterios de necesidad clínica y a distribuir los niveles de intervención en la patología psiquiátrica entre atención generalizada y atención especializada, elaboramos unas líneas de actuación que organicen y dirijan estas intervenciones.

Agrupamos la patología en cinco grupos:

- A) TR. ORGÁNICOS
- B) TR. AFECTIVOS
- C) TR. POR ANSIEDAD

CRITERIOS...

- D) TR. PSICÓTICOS
- E) TR. PERSONALIDAD

De estos grupos asignamos guías de actuación para los siguientes cuadros clínicos:

A) TR. ORGÁNICOS:

- Demencias
- Delirium
- Síndrome amnésico no alcohólico

B) TR. AFECTIVOS:

- Episodio Depresivo
- Tr. Bipolar
- Suicidio

C) TR. POR ANSIEDAD:

- A. Generalizada/Pánico
- Fobias
- T. Obsesivos
- T. Somatización
- T. Disociativos

E) TR. PERSONALIDAD

D) TR. PSICÓTICOS

2.4. Derivación Preferente desde Atención Primaria a los Centros de Salud Mental

En Atención Primaria pueden darse varias situaciones en relación a las urgencias psiquiátricas:

- a) Urgencias de intervención en crisis: Utilización de los servicios de urgencia psiquiátrica, ubicados en el hospital donde se encuentre la unidad de internamiento de referencia. Los Centros de Salud Mental no asumen la atención de las urgencias psiquiátricas.
- b) Atención urgente por otros temas diferentes de la crisis: Derivación al Centro de Salud Mental a través de la vía de atención preferente, si existe lista de espera en la zona correspondiente.

La cita para la atención preferente será justificada por parte del Médico de Atención Primaria mediante un contacto telefónico con el Centro de Salud Mental, de forma que dicha cita se dará en función de los datos suministrados por el Médico de Atención Primaria y de la disponibilidad y condiciones de funcionamiento del C.S.M.

2.5. Formación Continuada

Dada la creciente importancia que tiene la formación continuada como vía de actualización de los conocimientos médicos ante su rápido crecimiento, se cree conveniente:

1. Establecer unos seminarios para la aplicación de las líneas de actuación que serán elaborados por este mismo grupo de trabajo. Puede invitarse a participar a otros compañeros que aporten su experiencia y conocimiento en los seminarios.
2. Se plantea metodológicamente para estos seminarios, sesiones de una hora incluida dentro de las actividades propias de los Centros de Salud. Sin aumentar ni interferir demasiado en su trabajo cotidiano.
3. Dichos seminarios, serán preferentemente prácticos y dirigidos a favorecer la discriminación, el diagnóstico en los protocolos. No deben ser lecciones teóricas sobre los síndromes psiquiátricos.
4. Se facilitará bibliografía y documentación para que particularmente el profesional que lo desee profundice en sus conocimientos sobre Salud Mental.
5. Se propone que cada año en los programas de formación continuada establecidos por Atención Primaria y por Salud Mental se tenga en consideración la introducción de temas referentes a Salud Mental, de interés común, según las prioridades que se establezcan a través de las reuniones de coordinación.

2.6. Reuniones de Coordinación

Proponemos el establecimiento de unas reuniones entre los coordinadores de los Centros de Salud de Atención Primaria y los de Salud Mental con el fin de hacer un seguimiento estrecho de las actividades organizadas y facilitar la resolución de problemas. La periodicidad de las reuniones se realizaría en función de las necesidades según los programas y actividades que se compartan entre los dos niveles. En cualquier momento, no obstante, los coordinadores de los centros pueden reunirse para temas concretos que atañan a sus centros o zonas de salud.

2.7. Evaluación

Se establecen unos indicadores que ayuden a evaluar anualmente si se están cumpliendo los acuerdos establecidos en la organización de derivaciones y recepciones (cantidad) y en el cumplimiento de lo establecido en los protocolos para las patologías (calidad).

CRITERIOS...

* Indicadores de Cantidad:

1. Indicador de cumplimiento de citas:

- Nº de pacientes recibidos en el Centro/Nº total de pacientes enviados desde el programa mostrador a través de Atención Especializada.

2. Indicador de información de altas:

- Nº de informes de alta que llegan al Centro de Salud/Nº de altas y derivaciones a AP.

Con estos indicadores mediremos si los acuerdos que regulan nuestra comunicación son cumplidos o no lo son y según sus resultados estableceremos las correspondientes conclusiones.

* Indicadores de Calidad:

- Recoger una muestra representativa de los informes de derivación.
- Analizar su contenido y contrastarlo con los requisitos establecidos en los protocolos.

Este trabajo nos dirá si se está haciendo uso de lo establecido en los protocolos para las diferentes patologías y nos debería justificar aquellas situaciones en las que no fuese así.

3. LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

3. LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA Y LA EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

3.1. La Entrevista Psiquiátrica en Atención Primaria de Salud

La entrevista es un instrumento imprescindible para el diagnóstico y tratamiento en Salud Mental. Borrell (1989) señala que el buen entrevistador debe presentar cuatro características:

1. Empatía o capacidad de entenderse, sintonizar e interactuar con el paciente y los problemas que nos refiere.
2. Calidez, es decir que exista proximidad entre el paciente y el entrevistador, manifestada a nivel no verbal.
3. Respeto o capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, preservando su forma de pensar.
4. Concreción o capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

Pero adaptar la entrevista de Salud Mental a su uso en Atención Primaria tropieza con un escollo: el tiempo. Por ello disponer de un esquema que poder seguir para la conducción de la entrevista (no directivo) facilita el empleo óptimo del tiempo, dando seguridad al entrevistador y evitando que dispersemos nuestras preguntas con lo que la información obtenida resulta más fácil de manejar e integrar.

Existen diferentes modelos de entrevista, proponiendo aquí uno que se centra en el análisis de los problemas concretos y que creemos más fácilmente aplicable desde Atención Primaria.

Tabla 1: Requisitos para la entrevista psiquiátrica.

1. Debe realizarse cara a cara.
2. Debe tener un propósito.
3. Es una relación asimétrica (el entrevistador asume el papel de "experto" que recaba información).
4. Exige un canal de comunicación, que habitualmente es oral.
5. Debe escogerse el ambiente y situación adecuados para llevarla a cabo.
6. La actitud del médico debe ser neutra y receptiva, evitando tanto la familiaridad como la desaprobación, posturas de compadreo y evitando comentarios tales como "esto también me pasa a mí".
7. Se debe estar atento tanto a lo que se dice como a lo que se omite.
8. Se debe procurar que las ansiedades y emociones propias no entorpezcan la intervención clínica y
9. Que el tiempo empleado sea el suficiente.

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Desarrollo de "una entrevista"

Las personas suelen acudir con una información ya elaborada de lo que les sucede y de las posibles causas y consecuencias. Conviene al entrevistado la oportunidad de exponer su discurso libremente: "¿Qué le sucede?" o "¿Qué le trae a la consulta?". Si la respuesta del paciente fuese de bloqueo se le deberá tranquilizar, indicándole que nosotros asumiremos la dirección de la entrevista, limitándose el paciente a responder a nuestras preguntas.

Es conveniente aclarar al paciente la confidencialidad de la información y el proceso a seguir. Esto reduce la incertidumbre del paciente y permite dividir en varias sesiones la recogida de información, si resultase necesario.

Conviene recorrer todas las áreas de exploración, no solo aquella por la que consulta. Se procede a utilizar para ello estrategias de apertura tales como: "Quiénes tienen problemas similares al que me plantea también suelen tener repercusiones en este o este aspecto, ¿le sucede a usted lo mismo?".

Tras la valoración inicial pasamos al análisis con profundidad de los problemas, ordenándolos de mayor a menor severidad y teniendo en cuenta para ello el peso que les da el paciente.

Examinar con detalle un problema consistiría en definirlo de la forma más concreta posible, evitando modismos psiquiátricos; resulta muy útil recoger textualmente las expresiones e ideas del propio paciente. No obstante, no debe darse por respondida una cuestión hasta que no sea posible descomponer la actuación del paciente en conductas concretas, siendo conveniente definir la frecuencia, la intensidad y duración de cada problema.

Es interesante tratar de discernir cuáles son los estímulos que con más probabilidad facilitan la aparición del problema, siendo necesario, igualmente, atender a aquellas variables del organismo que puedan tener alguna influencia sobre el mismo.

Toda la información recogida permitirá al Médico de Atención Primaria decidir sobre un diagnóstico y su posible abordaje a ese nivel o la conveniencia de su derivación a los Servicios de Salud Mental.

Es importante descartar cualquier patología orgánica antes de realizar la derivación ya que esto ahorrará gastos al sistema sanitario y, lo que es más importante, sufrimientos y pérdidas de tiempo a los pacientes y a los propios profesionales.

La entrevista que se ha propuesto resulta activa y semiestructurada, el entrevistador va guiando al entrevistado a lo largo del camino que precisa para recoger la información que necesita. Debe ser así porque es el médico quien administra los tiempos, evitando que se repita información, introduciendo nuevas áreas de investigación y quien pide aclaraciones o precisiones sobre las verbalizaciones del paciente.

En los primeros momentos es aconsejable la omisión de preguntas abiertas que faciliten al enfermo la exposición de lo que pueda traer elaborado. A medida que se van detectando los

problemas, las preguntas se volverán más cerradas, operativizando la información que proporcionen.

El entrevistador debe preguntar e insistir hasta que encuentre respuesta a la pregunta que realiza. Nunca debe presuponer información ni adelantarse a ella.

Tras la recogida de información siempre resulta positivo tratar de resumirla al paciente ya que éste nos podrá aclarar posibles errores de comprensión e incluso ampliar detalles en algún punto.

El entrevistador puede influir en la información que aporta el entrevistado mediante la emisión de estímulos reforzantes: la postura, el contacto ocular, mostrando interés sobre el problema manifestando la comprensión del mismo, realizando comentarios de apoyo o asentimiento bien de forma no verbal.

3.2. Exploración Psicopatológica

Se trata de evaluar el estado de diversas funciones psíquicas y detectar y describir sus anomalías.

Fundamentalmente hay cuatro métodos para evaluar el estado psicopatológico de un paciente. Estas son:

- La observación, a través de la cual cabe apreciar el aspecto, estado de vigilia, actividad psicomotriz e incluso la afectividad.
- La conversación, por la que obtenemos datos sobre funciones de habla, atención, concentración, pensamiento,...
- La exploración, por la que se examinan funciones no tan aparentes como el ánimo, percepción, contenido y forma del pensamiento, criterio de realidad, autoevaluación y juicio.
- Los tests o exámenes específicos para determinar ciertos rendimientos como memoria, orientación, concentración,...

Describiremos a continuación, muy someramente, las áreas más relevantes que deben ser evaluadas en toda exploración psiquiátrica.

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

1.- *Reacción al contacto y apariencia general.*

- **Abordabilidad:** capacidad y disponibilidad del sujeto para ponerse en contacto con el entrevistador.
- **Disimulación:** el paciente oculta deliberadamente los síntomas.
- **Simulación:** el paciente quiere aparentar un trastorno mental.

Es importante observar el aspecto del paciente, su presentación, arreglo, limpieza corporal y su forma de vestir.

2.- *Nivel de conciencia o vigilia.*

- **Obnubilación:** estado de somnolencia fluctuante valorable por el grado de respuesta a estímulos y con presentación fuera del horario habitual de sueño.
- **Confusión:** disminución menos ostensible del nivel de vigilancia pero a la que se sobreañaden trastornos ideativos y perceptivos (especialmente alucinosis) que fluctúan y no siempre son patentes. Discurso inconexo y entrecortado. Suele acompañarse de ansiedad y agitación psicomotriz. Su origen es orgánico siempre.

3.- *Orientación temporo-espacial.*

- **Desorientación espacial:** el sujeto es incapaz de responder a las preguntas de orientación espacial y es incapaz de orientarse en su propio ambiente.
- **Desorientación temporal:** el sujeto es incapaz de responder a las preguntas sobre su orientación temporal (día del mes, día de la semana, mes y año).

4.- *Memoria.*

- **Pérdida de la memoria inmediata:** El sujeto no es capaz de recordar (identificar y reproducir) lo que segundos antes se le ha presentado como material para recordar.
- **Pérdida de la memoria reciente:** Igual al anterior, pero abarcando entre varios minutos y algunas horas.
- **Pérdida de la memoria remota:** referida a hechos antiguos, que el paciente no es capaz de recordar o de identificar.

5.- Percepción.

La percepción es aquella función psíquica por la que captamos e indentificamos el mundo externo y la propia corporalidad.

- **Ilusiones:** Percepción deformada de una experiencia sensorial real, generalmente siendo el estado emocional quien provoca la distorsión. Ej.: al moverse un seto, el paciente lo interpreta como un ladrón o interpreta el ruido de un pájaro por el ruido de un coche.
- **Alucinaciones:** son percepciones sin objeto, es decir, sin una estimulación sensorial, localizadas en el espacio exterior, con viveza, claridad y colorido. Sin conciencia de enfermedad. Pueden ser visuales, auditivas, olfativas, gustativas, táctiles, en función del órgano sensorial implicado. Ej.: visión de monstruos, "he oído la voz de un demonio en la cocina y no había nadie", ...
- **Pseudoalucinaciones:** Percepciones sin objeto, localizadas en el espacio interior, con menor riqueza sensorial que las alucinaciones pero sin que tampoco el paciente haga crítica de las mismas. La diferencia con las alucinaciones clásicas radica en que el paciente las vivencia en ausencia de exterioridad espacial. Ej.: "he oído voces en el interior de mi cabeza".
- **Alucinosis:** Percepciones sin objeto, con gran riqueza sensorial, en el espacio exterior. A diferencia de las anteriores, el paciente no está convencido de la realidad de su experiencia y las critica, viviéndolas con extrañeza y/o con conciencia de patológicas. Suelen ser características de procesos de etiología orgánica (deliriums). Ej.: " he visto un dragón enorme reflejado en el techo de la habitación, pero no puede ser cierto...".

6.- Pensamiento.

Es aquella función que nos permite enlazar representaciones, percepciones y afectos para integrarlos y elaborar las ideas.

- Curso:

- Bradipsiquia: pensamiento enlentecido.
- Taquipsiquia: pensamiento acelerado.
- Fuga de ideas: frases incompletas seguidas, que no termina.
- Pseudofuga de ideas: las frases del paciente están bien entrelazadas sintácticamente, pero el discurso carece de lógica formal.
- Incoherencia: las frases no cuentan con una estructuración sintáctica y son incomprensibles.
- Perseveración: Repetición reiterada de palabras o frases ya citados.

- Contenido:

- Idea delirante: Idea equivocada aunque no imposible siempre, sin lógica de aparición, resistente a la argumentación lógica y constituyendo un elemento axial en la vida del paciente. El contenido puede ser de grandeza y/o de poder (ideas megalomaniacas, o de poseer un poder mágico), de persecución (el paciente cree firmemente ser el centro de un complot conspiratorio), de celos, ...
- Obsesiones: fenómenos parásitos que aparecen sin la voluntad del sujeto, que lo considera absurdo y que no puede liberarse de él. Pueden ser ideas obsesivas (ideas extrañas y repetitivas que le impiden realizar sus tareas habituales), interrogantes y dudas obsesivas, ...

7.- *Afectividad.*

Consistiría en el conjunto de estados y tendencias que el individuo experimenta como propias e inmediatas, que ejercen gran influencia sobre su conducta y expresión y que generalmente se distribuyen entre polaridades como alegría-tristeza, placer-dolor, atracción-repulsión, miedo-temeridad, etc.

Las emociones son estados afectivos agudos con un cortejo vegetativo concomitante y que surgen frecuentemente de modo reactivo.

El estado de ánimo, humor, es una afectividad que surge de forma más larvada y a menudo emergen en los ejes de alegría-tristeza, aunque cabe incluir la irritabilidad, el vigor,...

8.- *Conductas instintivas.*

Implican la semiología del sueño, la alimentación y la sexualidad, que configuran campos clínicos específicos.

Clínica psiquiátrica más común en Atención Primaria

Desde hace ya más de 30 años se puede constatar que la psicopatología más común no era la de la "psiquiatría mayor", como delirios, alucinaciones, etc., sino que se trataba de síntomas "menores" como ansiedad, fatiga, tristeza, somatizaciones, trastornos del sueño,...

Para la identificación de esa tan frecuente sintomatología menor, Goldberg y Huxley (tomado de Bulbena, 1982) propusieron un modelo a modo de inventario de síntomas que hemos recogido en la tabla 1 y que son útiles para identificar a este tipo de pacientes.

Por último, y a modo de resumen, remarcaremos cuáles son las características de la entrevista que han mostrado ser más eficaces para identificar casos psiquiátricos desde Atención Primaria:

1. Buen contacto visual (mirar a los pacientes).
2. Clasificar las quejas.
3. Utilización de preguntas de estilo directivo para evaluar la sintomatología física.
4. Utilización de preguntas abiertas y cerradas, en ese orden.
5. Estilo empático de comunicación.
6. Sensible a datos verbales y no verbales durante la entrevista.
7. Manejo adecuado de la verborrea.

Tabla 2: Sintomatología general más frecuente.

SÍNTOMAS	
General:	Síntomas Somáticos: Apetito, peso, sueño, libido, fatiga, irritabilidad, dificultad de concentración.
Ansiedad:	Preocupaciones con tensión e insomnio, crisis de ansiedad, preocupación acerca de la propia salud, temores hipochondríacos.
Depresión:	Ánimo depresivo, llanto, desesperanza, ideas de suicidio.
Humor:	
Signos biológicos:	Variación diurna, anorexia, pérdida de peso, despertar precoz, pérdida de libido, enlentecimiento.
Pensamiento depresivo:	Rumiaciones depresivas, ideas de culpa e inferioridad, ideación referencial.

4. CRITERIOS GENERALES...

4. CRITERIOS GENERALES DE INTERVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

4.1. Criterios Generales de Intervención en Atención Primaria para los Trastornos Mentales Orgánicos

Tabla 3: F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (Clasificación CIE-10).

F00	<u>Demencia en la enfermedad de Alzheimer</u>
F01	<u>Demencia vascular</u>
F02	<u>Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar</u>
F03	<u>Demencia sin especificación</u>
F04	<u>Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas</u>
F05	<u>Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas</u> F05.0 Delirium no superpuesto a demencia. F05.1 Delirium superpuesto a demencia. F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol u otras sustancias. F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.
F06	<u>Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática</u> F06.0 Alucinosis orgánica. F06.1 Trastorno catatónico orgánico. F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico. F06.3 Trastorno del humor (afectivos) orgánicos. F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico. F06.5 Trastorno disociativo orgánico. F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico. F06.7 Trastorno cognoscitivo leve. F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática. F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.
F07	<u>Trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral</u>
F09	<u>Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación</u>

CRITERIOS GENERALES

Consideraciones Generales. (CIE-10).-

Agrupar trastornos mentales que tienen en común una etiología orgánica demostrable (enfermedad o lesión cerebral). La alteración orgánica se califica como **primaria** en caso de que la alteración, daños o lesiones se produzcan en el cerebro directamente, o **secundaria o sintomática** cuando se deben a alteraciones sistémicas o trastornos que afectan a órganos o sistemas, incluido el cerebro.

Manifestaciones Psicopatológicas.-

- Grupo A Trastorno de las funciones cognitivas superiores:
 - Memoria
 - Inteligencia
 - Capacidad de aprendizaje
- Grupo B Trastorno del Sensorio:
 - Alt. de la conciencia
 - Alt. de la atención
- Grupo C Trastorno de la percepción y pensamiento:
 - Alucinaciones
 - Alteraciones formales del pensamiento
 - Ideas delirantes
- Grupo D Trastorno del humor y emociones:
 - Depresión
 - Euforia
 - Ansiedad
- Grupo E Trastorno general de la personalidad o comportamiento.

Clasificación.-

El enorme auge que han adquirido los trastornos mentales orgánicos, sobre todo las demencias, y sus implicaciones sociales, han llevado a que su clasificación esté en continua revisión. En los últimos 10 años han surgido varias propuestas de clasificación (CIE 10, DSM-IV, Grupo de Consenso Sueco para el Estudio de las Demencias o GCSED):

1. Atendiendo a sus posibilidades terapéuticas, debido a que algunos trastornos mentales orgánicos obedecen a causas tratables, se hace una clasificación entre trastornos mentales orgánicos reversibles e irreversibles
2. Otra forma de clasificación se hace contemplando los estados clínicos que ocasionan el síndrome demencial, de acuerdo al mecanismo de producción del deterioro cognitivo, según

CRITERIOS GENERALES

las diferencias semiológicas que ello implica. Tenemos así, los síndromes corticales, con afasia, agnosia, apraxia etc... cuando se produce un despoblamiento neuronal de la corteza cerebral, y los síndromes subcorticales cuando se produce una desconexión entre sistemas neuronales profundos, tálamo estriados y diferentes áreas de la corteza.

3. La clasificación etiológica que es la que sigue el Grupo de Consenso Sueco, ya mencionado. Establece cuatro grupos :

- a) Trastornos (demencias) degenerativos primarios.
- b) Trastornos (demencias) vasculares.
- c) Trastornos (demencias) secundarios.
- d) Otras.

Vamos a detenernos un poco mas en la clasificación de reversibles o irreversibles por el interés que puede tener clarificar su etiología de cara al establecimiento del tratamiento correcto y que puede afectar a otras disciplinas médicas diferentes a la psiquiatría

- **Trastornos Mentales Orgánicos Reversibles (Demencias).** - El deterioro cognitivo del síndrome demencial es una manifestación posible en 50 o 60 enfermedades con posibilidades de tratamiento y mejoría. Las principales causas de demencia potencialmente reversible o mejorable las podemos ver en la tabla I.
- **Trastornos Mentales Orgánicos Irreversibles (Demencias).** - Se consideran irreversibles aquellas enfermedades demenciantes para las que no se conoce un tratamiento curativo. Son todas las enfermedades degenerativas que ocasionan un despoblamiento neuronal progresivo y cuyo prototipo sería la enfermedad de Alzheimer, que a pesar de los nuevos tratamientos disponibles (Tacrina, Donepezilo, Xanomelina, etc..) debemos seguir considerándola como irreversible ya que ningunos de ellos son capaces de hacer revertir completamente la situación clínica. Su clasificación podemos verla en la tabla II.

CRITERIOS GENERALES

Tabla 4: Causas de demencia reversibles o potencialmente reversibles.

Depresión	
Medicamentos	Anticolinérgicos Fenobarbital Sedantes
Hidrocefalia de presión normal	
Procesos expansivos intracraneales	Meningioma frontal Hematoma subdural crónico Tumores hipotalámicos Hidrocefalia por tumores de línea media
Afecciones endocrinas y metabólicas	Hipo e Hipertiroidismo Hipo e Hiperparatiroidismo Hipoglucemia recurrente Encefalopatía hepática Demencia dialítica
Enfermedades nutricionales	Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff Pélagra (enfermedad de Casal) Anemia perniciosa Enfermedad de Marchiafava-Bignami
Intoxicaciones	Alcoholismo crónico Intoxicación por plomo
Procesos infecciosos	Neurosífilis Meningitis crónica Enfermedad de Whipple
Procesos inflamatorios	Esclerosis múltiple Sarcoidosis cerebral Colagenosis
Afecciones médicas	Policitemia vera Insuficiencia respiratoria grave
Otras	Enfermedad de Wilson

CRITERIOS GENERALES

Tabla 5: Trastornos mentales orgánicos irreversibles. Demencia degenerativa primaria.

Predominio Frontotemporal	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad de Pick Degeneración del lóbulo frontal Esclerosis lateral amiotrófica con demencia Alzheimer atípico con predominio frontal Tipos familiares infrecuentes
Predominio Temporoparietal	<ul style="list-style-type: none"> E. de Alzheimer comienzo temprano E. de Alzheimer. Comienzo tardío S. de Down con demencia Alzheimer Demencia postraumática tipo Alzheimer
Predominio Subcortical	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad de Huntington Gliosis subcortical progresiva (Binswanger) Demencia talámica Parálisis supranuclear progresiva Atrofia sistémica múltiple con demencia
Otras	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad de Parkinson con demencia Enfermedad de cuerpos de Lewy difusos

Se consideran irreversibles las demencias degenerativas primarias, además de la demencias multiinfarto.

- Demencia tipo Alzheimer, de causa degenerativa primaria o metabólica idiopática que impide al cerebro mantener las funciones normales.
- Demencia Parkinsoniana.
- Demencias subcorticales.
 - Gliosis Subcortical progresiva (Binswanger).
 - Demencia hipocámpica.
 - Demencia Talámica (Núcleos Medios).

Se consideran irreversibles secundarios la pérdida de sustancia cerebral como puede darse en infartos cerebrales grandes del lado izquierdo y traumatismo craneales con lesión cortical extensa y la extirpación amplia de tumores.

Epidemiología.-

- En el año 2030 el 25% de la población europea y el 20% de la americana tendrá mas de 65 años.
- La frecuencia (prevalencia) de la demencia se estima en un 5 a 10 % de los individuos mayores de 65 años y en un 20 a 30 % de los mayores de 80 años.
- Estudios alemanes de 1988 estiman la demencia grave en mayores de 65 años en un 4,9%, y la leve en un 8,7%.

CRITERIOS GENERALES

- La incidencia (tasa media anual de nuevos casos) es del 1% y aumenta exponencialmente con la edad.
- El 86% de pacientes con demencia está siendo atendido en el hogar familiar
- La duración media de la enfermedad está entre 5 y 10 años, con una esperanza de vida que es mas baja cuanto mas temprano ha sido el inicio de la enfermedad.
- La demencia de Alzheimer es al 4º o 5º causa de muerte en Estados Unidos.

Tabla 6: Frecuencias de los distintos tipos de Demencias.

- Demencia Senil T. Alzheimer:	50 a 60%
- Demencia Vacular:	10 a 20%
- Formas mixtas:	10 a 20%
- Demencias Reversibles:	10 a 20%

Tabla 7: Observaciones.

JUSTIFICACIÓN	RESALTAR QUE:
Elevada FREQÜENCIA: 5 a 10% Mayores de 65 años 20 a 30% Mayores de 80 años	<p>NO todo trastorno psiquiátrico o alteración de conciencia o cognitiva en mayores de 65 años.</p> <p>HAY trastornos psiquiátricos en el anciano reversibles con el tratamiento adecuado.</p>
Cuadro de demencia REVERSIBLES que necesita tratamiento adecuado para su recuperación.	<p>NO todos los cuadros de desorientación y confusión en el anciano son demencia.</p> <p>NO todos los fallos de memoria son sintomáticos de demencia.</p> <p>SI toda demencia se acompaña de alteración de memoria.</p> <p>UN 20% de casos calificados de demencia no son tales.</p> <p>UN 70% son cuadros depresivos.</p>

CRITERIOS GENERALES

A) DEMENCIAS

La Demencia es un síndrome de naturaleza orgánica que produce un déficit global de las funciones intelectuales y una desintegración de las conductas personales y sociales del individuo y que suele ser de curso progresivo e irreversible.

Manifestaciones Clínicas.-

Tabla 8: Manifestaciones clínicas de las demencias.

~~Alteración grave de las funciones corticales superiores:~~

~~Memoria
Pensamiento
Orientación
Comprensión
Cálculo
Capacidad de aprendizaje
Lenguaje
Juicio~~

~~Deterioro del control emocional:~~

~~Labilidad
Irritabilidad
Depresión~~

~~Deterioro del comportamiento social~~

~~El nivel de conciencia permanece claro~~

Este síndrome clínico aparece en las siguientes enfermedades :

- Alzheimer
- Vasculocerebrales
- Otras Enf. de Pick
- Enf. de Creutzfeld-Jakob
- Enf. de Huntington
- Enf. de Parkinson
- VIH

Vamos a referirnos brevemente a las dos primeras por ser las más frecuentes.

CRITERIOS GENERALES

Diagnóstico.-

El requisito primordial es el deterioro de la memoria y el pensamiento, suficiente para interferir en la actividad cotidiana del paciente. Afecta primeramente a la memoria reciente, es decir, a la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva. Posteriormente conforme progresa la enfermedad afecta también a los recuerdos y memoria retrógrados. Debe acompañarse la alteración de memoria de deterioro del pensamiento y de la capacidad para razonar. Empobrecimiento en la producción y flujo de ideas, por lo que se distancia de estímulos externo y se dificulta la capacidad para fijar la atención. Se requiere un nivel de conciencia claro para diagnosticar la demencia. Si desciende el nivel de conciencia, estaría presente la concomitancia de Delirium, que también puede darse con independencia de la demencia. El deterioro expuesto mas arriba, debe tener una duración mínima de 6 meses según la CIE-10.

Una exploración clínica detallada más un hemograma y bioquímica que incluya los niveles de hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico permite establecer el diagnóstico de demencia y nos permitirá realizar un diagnóstico diferencial. Por razones prácticas, es necesario utilizar métodos sencillos y rápidos que permitan descubrir con suficiente sensibilidad los pacientes que presenten deterioro cognitivo.

El test que mejor ha sido estudiado como método de detección de demencia es el llamado Mini Mental State Examination (MMSE), que puede realizarse en 5 a 10 minutos. Contempla múltiples aspectos cognitivos de la función mental (orientación, memoria, atención, cálculo...), puntuando cada una de las respuestas correctas, hasta una suma total máxima de 30 puntos. Puntuaciones totales inferiores a 24 tienen una sensibilidad del 87% y una especificidad del 82% para el diagnóstico de demencia. Una puntuación igual o inferior a 20 incrementa la probabilidad de deterioro cognitivo, y puntuaciones iguales o mayores de 26 casi pueden excluir la posibilidad de demencia.

Pacientes con retraso mental, esquizofrenia o depresión severa pueden dar falsos positivos en los datos proporcionados por este test.

Diagnóstico Diferencial.-

Hemos de hacerlo principalmente con el **trastorno depresivo**, que puede semejar una demencia incipiente, sobre todo en la alteración de la memoria, el pensamiento enlentecido y la apatía y falta de actividad espontánea, desorientación y cambios de personalidad y conducta. Un 30% de pacientes diagnosticados en principio de demencia, presentan otro problema que es el responsable de la sintomatología (Depresión).

La demencia es un trastorno en el que no se altera el nivel de conciencia, y por tanto, no podemos diagnosticarla en un paciente confuso o estuporoso (Delirium).

CRITERIOS GENERALES

Evaluación

- 1) Reconocer el tipo de deterioro cognitivo o intelectual que presenta.
- 2) Descartar cuadro confusional.
- 3) Intentar identificar la etiología para descartar cuadros reversibles que requieran tratamiento específico.

Tabla 9: Diagnóstico de la demencia.

Exploración	Exploración
	Orientación
	Memoria
	Abstracción
	Cálculo
	Atención
	Praxia
	Lenguaje
	A través del Mini Examen Cognoscitivo
Anamnesis detallada a enfermo y familia o terceros.	
Exploración psiquiátrica	
Exploración neurológica	
Examen complementario	Análítica general Pruebas tiroideas y hepáticas Lues E.E.G./TAC/RMN

Tratamiento

En la actualidad no se conoce tratamiento alguno realmente eficaz para las demencias más frecuentes. El tratamiento específico de la enfermedad responsable del deterioro mental cuando ésta se conozca y sea tratable mejorará o normalizará el estado mental del paciente. De ahí la importancia, resaltada una vez más, de diferenciar bien los trastornos mentales orgánicos tratables.

Tratamiento Farmacológico.-

Los nuevos fármacos anticolinérgicos Donepezilo y Tacrina, son psicofármacos que aumentan el nivel de acetilcolina, con lo que se mejora la sintomatología de la demencia, sobre todo en sus estadios iniciales. Son fármacos restringidos al uso especializado de neurología y psiquiatría y condicionado su uso al inicio de la demencia y a la respuesta clínica positiva.

Otros fármacos como neurolepticos, sedantes, hipnóticos, piracetan, citicolina nimodipino son de un uso más generalizado como tratamiento sintomático de la agitación, los alucinaciones, los

CRITERIOS GENERALES

delirios, el insomnio, la inquietud, etc... y facilitar la adaptación del paciente con demencia a su ambiente familiar o institucional.

El abordaje terapéutico de las demencias, que como otras enfermedades crónicas no tiene tratamiento curativo (irreversibles), pero sí paliativo, no puede olvidarse de la familia, a través del apoyo, información y orientación que faciliten la organización de los cuidados que necesita el paciente a lo largo de su evolución.

Tabla 10: Diagnóstico de las demencias.

ALZHEIMER	<p>Es la demencia más frecuente 50 a 60%. Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria. Etiología desconocida. Inicio insidioso y lento y evolución progresiva en 5 a 10 años (puede ser más corto, 2/3 años). Comienza en la edad madura, pero su mayor incidencia es en la vejez (>70 años). Lesiones anatomopatológicas características. Hoy día se considera irreversible. En un 10 a 15% coexisten Alzheimer y D. vascular.</p>
	<p>a) Inicio Precoz: Menores de 65 años. Progresión más rápida. Mayor deterioro de funciones corticales superiores. Alzheimer tipo II.</p>
	<p>b) Inicio Tardío: Hacia la década de los 70. Progresión lenta. Predomina deterioro de memoria. Alzheimer tipo I (D. Senil).</p>
VASCULAR	<p>Un 20% de las demencias. También llamada D. Arterioesclerótica. Incluye la D. Multiinfarto. Antecedentes de ictus transitorios con breves trastornos de conciencia previos. Se puede producir por ACV. agudos. Comienza generalmente en la edad avanzada. Comienzo brusco, como consecuencia de accidente isquémico o más gradualmente como consecuencia de infartos pequeños de efecto acumulativo. La demencia es consecuencia de los infartos del tejido cerebral secundarios a enfermedad vascular. Incluye la enfermedad vascular hipertensiva. Su deterioro cognitivo es más desigual que el Alzheimer.</p> <p>Rasgos accesorios son: Hipertensión arterial, distimias depresivas, episodios de obnubilación transitorios. La personalidad se mantiene relativamente bien.</p>
OTRAS	<p>Hay más de cien tipos debidos a múltiples causas de frecuencia muy reducida.</p>

CRITERIOS GENERALES

B) DELIRIUM

Es probablemente el trastorno mental más común en la práctica hospitalaria. En los pacientes clínicos y quirúrgicos hospitalizados, la *incidencia* global del cuadro se estima en alrededor de 10-15 %. En pacientes hospitalizados mayores, de 1/3 a 1/2 sufrirá durante su estancia hospitalaria un cuadro de delirium, especialmente en unidades de cuidados intensivos y unidades coronarias.

En general, la causa del delirium es multifactorial.

Las *manifestaciones clínicas* esenciales son la obnubilación de la conciencia con una reducción de la capacidad de captación del entorno. Aunque el inicio del cuadro puede ser brusco, habitualmente se desarrolla en un período de varias horas a días, caracterizándose la *fase prodrómica* por ansiedad, pesadillas, hipervigilancia, cefaleas, sensación de malestar. A medida que progresa aparecen:

- dificultad para mantener la atención en una tarea, percepciones erróneas;
- ilusiones o alucinaciones francas (más comúnmente visuales o auditivas, pero pueden ser de cualquier modalidad sensorial), ideas delirantes (habitualmente paranoides), y desorientación (primero en el tiempo, luego en espacio y, por último, en la persona);
- pueden aparecer otros trastornos que evidencian una alteración cortical, con ataxia, apraxia o agnosia. Se ha destacado la disgrafía como un trastorno temprano y sensible;
- los trastornos de conducta varían desde períodos de tranquilidad a cuadros de agitación psicomotriz importante con actitud beligerante. Lo más característico es una fluctuación diurna de la actividad, empeorando al atardecer y anochecer ("puesta de sol"). No está claro si esto representa una función del ritmo circadiano biológico o si es el resultado del ingreso sensorial disminuido.
- pueden aparecer signos físicos de disfunción autonómica (p.ej.: alteraciones en el tamaño pupilar, en la temperatura corporal, rubor, diaforesis, incontinencia, ...).

El *diagnóstico diferencial* se debe realizar, según la CIE-10, con cualquier otro sdr. orgánico cerebral, en especial la demencia, de los episodios psicóticos agudos transitorios, de las formas agudas de la esquizofrenia y de los trastornos de humor (afectivos), en todos los cuales pueden presentarse rasgos confusionales. El delirium inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas debe codificarse en otra sección.

El delirium per se rara vez es causa directa de mortalidad, pero su índice de mortalidad es elevado por las posibles complicaciones por catéteres descolocados, caídas y otros accidentes. Según Goldman (1991), la mayoría de las muertes autoinflingidas en un hospital general probablemente son secundarias a un cuadro de delirium más que a un intento de suicidio real. Según el mismo autor, todos los pacientes con cambios agudos en la función cognoscitiva deben ser **hospitalizados** a menos que se cumplan 3 condiciones:

CRITERIOS GENERALES

- 1) la causa del delirium es conocida o se presupone firmemente;
- 2) las alteraciones de la conducta son leves y
- 3) la familia o los cuidadores del paciente son fiables y pueden ofrecer una supervisión hasta que el delirio haya desaparecido.

La principal prioridad en el *manejo* de estos cuadros es la de garantizar la seguridad del paciente y la del personal sanitario, utilizando medidas de contención mecánica si fuera necesario. Posteriormente se debe realizar una rápida *evaluación del estado mental*, para determinar la necesidad de una rápida intervención farmacológica. Si el estado del paciente lo permite, es mejor examinarlo antes de sedarlo para determinar lo antes posible si la alteración del estado mental se debe a un proceso médico que ponga en peligro la vida del paciente (hipoxia, hipoglucemia, arritmias o una alteración intracraneal) y que exijan intervenciones inmediatas:

- explorar signos vitales;
- examen del estado mental y exploración física, incluyendo una exploración neurológica;
- obtener datos de laboratorio hematológicos y bioquímicos;
- si se creyera oportuno, realizar ECG, Radiografías, TAC craneal o punción lumbar.

Las *intervenciones* en estos pacientes deben dirigirse en dos direcciones:

1.- MANIPULACIÓN AMBIENTAL

Son fundamentales las interacciones frecuentes y breves que sirvan para orientar al paciente y para monitorizar su estado.

Con respecto al paciente, debe mantenerse en observación, en especial si es a nivel ambulatorio, durante las 24 horas del día. Las conversaciones deben ser breves y enfocadas a la realidad, con repetición de la localización del paciente, estado, nombre de los cuidadores,... Control de los síntomas vitales con la frecuencia indicada según el trastorno clínico. No se aconseja el examen formal frecuente de la cognición del paciente, ya que el dirigir la atención hacia los déficits pone más agitados a algunos pacientes.

Con respecto al ambiente, deben aportarse en abundancia señales que orienten:

- las luces deben encenderse durante el día y apagarse por la noche;
- son útiles los calendarios y relojes;
- deben realizarse intentos para mantener un ciclo normal de vigilia-sueño;...