
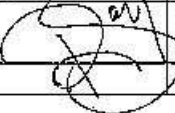
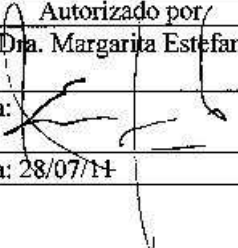

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-24
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE DEMENCIA	F. Emisión : 28/07/11 F. Revisión : 28/07/13 Página 1 de 3

**PROTOCOLO DE DEMENCIA
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

2010-2013

Elaborado por Dr. Kristo Gasic Dra. Sandra Lanza	Revisado por Dr. Francisco Armijo Dra. Rayén Gac	Autorizado por Dra. Margarita Estefan
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Fecha: 15/07/11	Fecha: 19/07/11	Fecha: 28/07/11

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-24
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE DEMENCIA	F. Emisión : 28/07/11 F. Revisión : 28/07/13 Página 1 de 3

**PROTOCOLO DE DEMENCIA
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

2010-2013

Elaborado por Dr. Kristo Gasic	Revisado por Dr. Francisco Armijo Dra. Rayén Gac	Autorizado por Dra. Margarita Estefan
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 15/07/11	Fecha: 19/07/11	Fecha: 28/07/11

1. **Introducción:** 10 % de la población en Chile es mayor de 65 años y este trastorno aumenta considerablemente según la edad: en mayores de 65 años la prevalencia es de 5-8%, en mayores de 75 años es de 15-20% y en mayores de 85 años entre 25-50%. Por lo tanto es un problema de Salud Pública mayor debido a :

- a) Gran repercusión familiar y social: emocional - económica (Gastos médicos, institucionalización, laboral, accidentes, etc.)
- b) Gran subdiagnóstico en la población general (75% Demencia moderada – severa y 95% Trastornos cognitivos no demenciantes)

2. **Objetivo:**

Estandarizar el proceso de derivación en pacientes con demencia en atención primaria con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a la pertinencia diagnóstica.

3. **Alcance:**

- a. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU
- b. Médico UEA/ Hospital
- c. Médico Especialista CAE/Hospital

4. **Responsabilidad:**

- a. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- b. Jefe de policlínico de especialidades.
- c. Director de Hospital

5. **Fundamento:** la alta prevalencia de esta patología hace necesario protocolizar el manejo y derivación al especialista.

6. Definiciones

6.1.1. Trastorno Cognitivo No demenciante (TCND): Deterioro en rendimiento cognitivo, en relación a lo esperable por edad y escolaridad, pero que no interfiere en las actividades instrumentales de la vida diaria, por lo tanto no hay pérdida de autonomía básica.

Causas: Trastorno primario de memoria =25%,

Accidente Cerebrovascular y Factores riesgo asociado =17%

Depresión y trastornos Psiquiátricos No depresivo =15%

OH y drogas =8%

Retardo Mental= 2,3 %

Deprivación socio-cultural y otros= 27%

6.1.2. Demencia: Síndrome clínico caracterizado por deterioro adquirido, progresivo y persistente en al menos 3 de las siguientes 5 áreas cognitivas : LENGUAJE (AFASIAS); MEMORIA ; FUNCIONES EJECUTIVAS (Cálculo, abstracción , juicio etc), DESTREZA VISUOESPACIAL(PRAXIAS-GNOSIAS) y PERSONALIDAD (Conducta, Animo), de suficiente gravedad para interferir en la autonomía básica.

En síntesis la demencia es adquirida, es Inespecífica (Síndrome), es Funcionalmente invalidante. No es siempre la memoria la principal manifestación (Ej Demencia Fronto Temporal), No todas son incurables, No es un fenómeno propio e inevitable de la edad.

Causas: Degenerativas Corticales: Demencia Tipo Alzheimer, Fronto Temporal.

Degenerativas Subcorticales: Demencia por cuerpos de Lewy, Demencia Huntington, Demencia Parkinson.

Vasculares: Extenso o estratégico, multi-infarto, Encefalopatía Hipóxico Isquémica

Infecciosas: E.Jakob Kreutzfeldt, SIDA, Lues

Tumores primarios o metastásicos

Endocrino-metabólicas: Hipotiroidismo, Hepática, renal.

Nutricionales: B12, Folatos, Niacina

6.2. Diagnóstico:

6.2.1. Anamnesis: Quejas de memoria (Perfil, tipo episódica v/s fragmentos, ocasionales o frecuentes, mejora con claves o no, grado de comprensión, anosognosia, etc). Quejas somáticas, conductas desajustadas, errores graves en AVD, alteraciones emocionales.

Grado de preocupación familiar. Depresión v/s deterioro (Depresión es más rápida, mas afectiva, mayor conciencia de stress o fracaso, quejas con detallismo, alteración de memoria variable y menos consistente, empeora por las mañanas).

6.2.2. Evaluación neuro- cognitiva: Test tamizaje Mini Mental State Examination en APS

MMSE: Corte en 21 puntos Sensibilidad para deterioro (71-99%), Especificidad (35-58%).

6.2.3. Examen neurológico: hallazgos focales, Hipertensión endocraneana, etc.

6.2.4. Estudio complementario en APS: laboratorio. Protocolo básico incluye: H.U.G.O., Ca-P, Pruebas Hepáticas, Perfil Tiroideo, ELP, Lípidos, VDRL

Estudio de riesgo CV. HIV en paciente de riesgo.

Otros según contexto: Vit. B12 y Folatos, cuando hay anemia, gastritis crónica y alteraciones propioceptivas es mandatorio.

6.3. Importancia de Diagnóstico Precoz:

-Educación familiar para disminuir riesgo sanitario, planificación de estrategias, protección de los cuidadores.

-Cautelar toma de decisiones trascendentes que involucran al paciente (interdicción)

-Tratar comorbilidades frecuentes.

- Evitar fármacos con efectos inconvenientes (Tricíclicos, Exceso de Benzodiacepinas, paroxetina, etc).

6.4. Manejo del síndrome demencial a nivel primario:

Establecido el diagnóstico, se deben implementar medidas:

Información y educación a la familia

Capacitación y contención del cuidador primario

Estimulación física y cognitiva diaria

Contacto con asociaciones de enfermos con Demencia

6.5. ROL del Equipo de APS:

6.5.1. Etapas tempranas:

-Análisis de la repercusión familiar de la D

-Eliminar psicofármacos que afecten la cognición

-Informar aspectos legales y de riesgo público.

-Referir al paciente y cuidadores (formales o informales) a la asociación de Alzheimer local.

6.5.2. Etapas Avanzadas:

-Estimulación via cuidador de las capacidades remanentes.

-Monitorear y tratar los síntomas neuropsiquiátricos

-Apoyo integral al cuidador.

-Evaluación de Institucionalización y cuidados del paciente Terminal.

6.6 Tratamiento:

6.6.1. Especifico: A cargo de especialista, en general no disponible en sistema público de salud, incluye pro-colinérgicos (Donepecilo, Rivastigmina, galantamina), antiglutamatérgicos (memantina), neurotróficos (cerebrolisyn)

6.6.2. Sintomático: Trastornos Neuropsiquiátricos asociados

Existen 2 grandes síndromes:

- a) Síndrome Afectivo: Apatía, Disforia, Ansiedad, Irritabilidad, Agitación
- b) Síndrome Sicótico: Delirio, Alucinaciones, Agresividad, desinhibición

6.6.2.1. Intervenciones No farmacológicas: Luminoterapia-Músicoterapia-modificación ambiental

6.6.2.2 Intervenciones farmacológicas:

a) Sícosis: Haloperidol, Clorpromazina en dosis bajas (Idealmente Quetiapina, Risperidona)

b) Agitación: Haloperidol, Clorpromazina en dosis bajas (Idealmente Quetiapina, Risperidona), Antidepresivos (Trazodona, Citalopram, Sertralina, Mirtazapina)

La fluoxetina y paroxetina aumentan las interacciones farmacológicas, no se recomiendan

c) Trastornos del Sueño: Evitar polifarmacia. Los antihistamínicos por su efecto anticolinérgico empeoran la confusión mental.

Hipnóticos, Trazodona.

6.7. Prioridad de la derivación:

Se deberán derivar pacientes a policlínico de neurología cuando:

Ante la sospecha fundada de un Trastorno cognitivo, con evaluación de MMSE y exámenes de laboratorio según protocolo enunciado.

7. Referencia y Contrareferencia

Características de la derivación:

Interconsulta con datos completos: RUT, edad (fecha de nacimiento), hipótesis diagnóstica.

Detallar características clínicas, hallazgos del examen físico y examen neurológico.

Adjuntar MMSE o puntaje obtenido.

Paciente deberá acudir con acompañante, idealmente familiar.

8. Indicadores:

Nº de pacientes con demencia derivado de acuerdo a protocolo *100

Total de pacientes con demencia derivados desde APS



MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota
Int. N° 345 de 05.10.2011

RESOLUCIÓN EXENTA N° 5101

VIÑA DEL MAR, 13 OCT. 2011

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al mejoramiento de la capacidad resolutive de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.



2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

3.- El correo electrónico de fecha 05 de octubre de 2011, de la Sra. Jefe (S) del Subdepartamento de Atención Primaria de Salud y Programa, de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2100 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Demencia, para el período 2011 – 2013, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Demencia 2011 – 2013, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

PROTOCOLO DE DEMENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2010 – 2013

1. **Introducción:** 10 % de la población en Chile es mayor de 65 años y este trastorno aumenta considerablemente según la edad: en mayores de 65 años la prevalencia es de 5-8%, en mayores de 75 años es de 15-20% y en mayores de 85 años entre 25-50%. Por lo tanto es un problema de Salud Pública mayor debido a :



- a) Gran repercusión familiar y social: emocional - económica (Gastos médicos, institucionalización, laboral, accidentes, etc.)
- b) Gran subdiagnóstico en la población general (75% Demencia moderada – severa y 95% Trastornos cognitivos no demenciantes)

2. Objetivo:

Estandarizar el proceso de derivación en pacientes con demencia en atención primaria con el fin de mejorar la resolutiveidad y el proceso asociado a la pertinencia diagnóstica.

3. Alcance:

- a. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU
- b. Médico UEA/ Hospital
- c. Médico Especialista CAE/Hospital

4. Responsabilidad:

- a. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- b. Jefe de policlínico de especialidades.
- c. Director de Hospital

5. Fundamento: la alta prevalencia de esta patología hace necesario protocolizar el manejo y derivación al especialista.

6. Definiciones

6.1.1. Trastorno Cognitivo No demenciante (TCND): Deterioro en rendimiento cognitivo, en relación a lo esperable por edad y escolaridad, pero que no interfiere en las actividades instrumentales de la vida diaria, por lo tanto no hay pérdida de autonomía básica.

Causas: Trastorno primario de memoria =25%,

Accidente Cerebrovascular y Factores riesgo asociado =17%

Depresión y trastornos Psiquiátricos No depresivo =15%

OH y drogas =8%

Retardo Mental= 2,3 %

Deprivación socio-cultural y otros= 27%



6.1.2. Demencia: Síndrome clínico caracterizado por deterioro adquirido, progresivo y persistente en al menos 3 de las siguientes 5 áreas cognitivas : LENGUAJE (AFASIAS); MEMORIA ; FUNCIONES EJECUTIVAS (Cálculo, abstracción , juicio etc), DESTREZA VISUOESPACIAL(PRAXIAS-GNOSIAS) y PERSONALIDAD (Conducta, Animo), de suficiente gravedad para interferir en la autonomía básica.

En síntesis la demencia es adquirida, es Inespecífica (Síndrome), es Funcionalmente invalidante. No es siempre la memoria la principal manifestación (Ej Demencia Fronto Temporal), No todas son incurables, No es un fenómeno propio e inevitable de la edad.

Causas: Degenerativas Corticales: Demencia Tipo Alzheimer, Fronto Temporal.

Degenerativas Subcorticales: Demencia por cuerpos de Lewy, Demencia Huntington, Demencia Parkinson.

Vasculares: Extenso o estratégico, multi-infarto, Encefalopatía Hipóxico Isquémica

Infecciosas: E. Jakob Kreutzfeldt, SIDA, Lues

Tumores primarios o metastásicos

Endocrino-metabólicas: Hipotiroidismo, Hepática, renal.

Nutricionales: B12, Folatos, Niacina

Hidrocefalia del Adulto.

6.2. Diagnóstico:

6.2.1. Anamnesis: Quejas de memoria (Perfil, tipo episódica v/s fragmentos, ocasionales o frecuentes, mejora con claves o no, grado de comprensión, anosognosia, etc). Quejas somáticas, conductas desajustadas, errores graves en AVD, alteraciones emocionales.

Grado de preocupación familiar. Depresión v/s deterioro (Depresión es más rápida, mas afectiva, mayor conciencia de stress o fracaso, quejas con detallismo, alteración de memoria variable y menos consistente, empeora por las mañanas).

6.2.2. Evaluación neuro- cognitiva: Test tamizaje Mini Mental State Examination en APS

MMSE: Corte en 21 puntos Sensibilidad para deterioro (71-99%), Especificidad (35-58%).



6.2.3. Examen neurológico: hallazgos focales, Hipertensión endocraneana, etc.

6.2.4. Estudio complementario en APS: laboratorio. Protocolo básico incluye: H.U.G.O., Ca-P, Pruebas Hepáticas, Perfil Tiroideo, ELP, Lípidos, VDRL

Estudio de riesgo CV. HIV en paciente de riesgo.

Otros según contexto: Vit. B12 y Folatos, cuando hay anemia, gastritis crónica y alteraciones propioceptivas es mandatorio.

6.3. Importancia de Diagnóstico Precoz:

- Educación familiar para disminuir riesgo sanitario, planificación de estrategias, protección de los cuidadores.
- Cautelar toma de decisiones trascendentes que involucran al paciente (interdicción)
- Tratar comorbilidades frecuentes.
- Evitar fármacos con efectos inconvenientes (Tricíclicos, Exceso de Benzodiazepinas, paroxetina, etc).

6.4. Manejo del síndrome demencial a nivel primario:

Establecido el diagnóstico, se deben implementar medidas:

Información y educación a la familia

Capacitación y contención del cuidador primario

Estimulación física y cognitiva diaria

Contacto con asociaciones de enfermos con Demencia

6.5. ROL del Equipo de APS:

6.5.1. Etapas tempranas:

- Análisis de la repercusión familiar de la D
- Eliminar psicofármacos que afecten la cognición
- Informar aspectos legales y de riesgo público.
- Referir al paciente y cuidadores (formales o informales) a la asociación de Alzheimer local.

6.5.2. Etapas Avanzadas:

- Estimulación vía cuidador de las capacidades remanentes.
- Monitorear y tratar los síntomas neuropsiquiátricos



- Apoyo integral al cuidador.
- Evaluación de Institucionalización y cuidados del paciente Terminal.

6.6 Tratamiento:

6.6.1. Específico: A cargo de especialista, en general no disponible en sistema público de salud, incluye pro-colinérgicos (Donepecilo, Rivastigmina, galantamina), antilglutamatergicos (memantina), neurotróficos (cerebrolisyn)

6.6.2. Sintomático: Trastornos Neuropsiquiátricos asociados

Existen 2 grandes síndromes:

- a) Síndrome Afectivo: Apatía, Disforia, Ansiedad, Irritabilidad, Agitación
- b) Síndrome Sicótico: Delirio, Alucinaciones, Agresividad, desinhibición

6.6.2.1. Intervenciones No farmacológicas: Luminoterapia-Musicoterapia-modificación ambiental

6.6.2.2 Intervenciones farmacológicas:

- a) Sicosis: Haloperidol, Clorpromazina en dosis bajas (Idealmente Quetiapina, Risperidona)
- b) Agitación: Haloperidol, Clorpromazina en dosis bajas (Idealmente Quetiapina, Risperidona), Antidepresivos (Trazodona, Citalopram, Sertralina, Mirtazapina)
La fluoxetina y paroxetina aumentan las interacciones farmacológicas, no se recomiendan
- c) Trastornos del Sueño: Evitar polifarmacia. Los antihistamínicos por su efecto anticolinérgico empeoran la confusión mental.
Hipnóticos, Trazodona.

6.7. Prioridad de la derivación:

Se deberán derivar pacientes a policlínico de neurología cuando:

Ante la sospecha fundada de un Trastorno cognitivo, con evaluación de MMSE y exámenes de laboratorio según protocolo enunciado.

7. Referencia y Contrareferencia

Características de la derivación:

Interconsulta con datos completos: RUT, edad (fecha de nacimiento), hipótesis diagnóstica.



Detallar características clínicas, hallazgos del examen físico y examen neurológico.

Adjuntar MMSE o puntaje obtenido.

Paciente deberá acudir con acompañante, idealmente familiar.

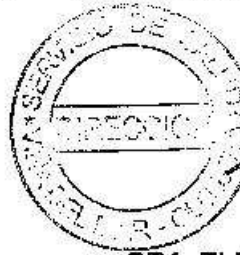
8. Indicadores:

Nº de pacientes con demencia derivado de acuerdo a protocolo *100

Total de pacientes con demencia derivados desde APS

3. ESTABLÉCESE, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFÍQUESE,



**DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN
SAGUA
DIRECTORA
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

DRA. EMES/DR. FPG/DRA. RGD/RSM/ACP/acp

DISTRIBUCIÓN:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.



**TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE
S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**