

# Gobierno Federal



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

## Diagnóstico y Tratamiento de la **ESQUIZOFRENIA** en el Primer y Segundo Nivel de Atención

**Evidencias y Recomendaciones**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SSA-222-09**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright CENETEC

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el Primer Nivel de Atención y de Especialidad.** México: Secretaría de Salud, 2009.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

**CIE-10: Capítulo V Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)**  
**F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes**  
**F20 Esquizofrenia**

**GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el  
 Primer y Segundo Nivel de Atención**

**AUTORES Y COLABORADORES**

---

**Coordinador:**

Dr. Raúl I. Escamilla Orozco	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Psiquiatría	Coordinador de la Clínica de Esquizofrenia
------------------------------	-------------------	-----------------------------------	--

---

**Autores:**

Dr. Ricardo Arturo Saracco Alvarez	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Psiquiatría	Adscrito a la clínica de esquizofrenia
Dra. Ana Fresán Orellana	Dra. Psicología	Instituto Nacional de Psiquiatría	Investigación clínica
Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Psiquiatría	Coordinadora de la Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro.
Dr. Rafael López Sánchez	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Psiquiatría	Instituto Nacional de Psiquiatría
Dr. Rafael Rodríguez y Fernández	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Psiquiatría	Instituto Nacional de Psiquiatría
Dra. Nadia Morales Gordillo	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Psiquiatría	Instituto Nacional de Psiquiatría
Dr. Edgar Hamid Vega Ramírez	Médico Psiquiatra	Instituto Nacional de Psiquiatría	Instituto Nacional de Psiquiatría

---

**Validación Interna:**

Dra. Cristina Elvira Loyzaga Mendoza		Instituto Nacional de Psiquiatría	
--------------------------------------	--	-----------------------------------	--

---

**Validación Externa:**

		Academia Nacional de Medicina	
--	--	-------------------------------	--

---

## ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN .....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA .....	6
3. ASPECTOS GENERALES .....	7
3.1 JUSTIFICACIÓN .....	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA .....	8
3.3 DEFINICIÓN .....	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	12
4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	13
4.1.1 DETECCIÓN TEMPRANA .....	13
4.1.2 FASE PREPSICÓTICA O PRODRÓMICA .....	13
4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA .....	15
4.2.1 DETECCIÓN Y MANEJO OPORTUNO.....	15
4.2.1 INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN EL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS NO AFECTIVA .....	21
4.3 TRATAMIENTO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO, RECUPERACIÓN Y CAÍDA.....	24
4.3.1 RECUPERACIÓN DEL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS.....	24
4.3.2 TRATAMIENTO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO.....	27
4.3.3 INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN UNA RECAÍDA .....	31
4.4 ESQUIZOFRENIA RESISTENTE A TRATAMIENTO .....	34
4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	36
5. ANEXOS .....	37
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA .....	37
5.2 SISTEMAS DE GRADACIÓN .....	41
5.3 CONSIDERACIONES CLÍNICAS RELEVANTES .....	44
5.4 ALGORITMOS .....	46
6. BIBLIOGRAFÍA .....	47
7. AGRADECIMIENTOS.....	50
8. COMITÉ ACADÉMICO.....	51
9. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR .....	52
10. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	53

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SSA-222-09			
Profesionales de la salud	Psiquiatría Psicología	Trabajo social Enfermería	Personal en formación Urgencias
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: Capítulo V Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99) F20-29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes F20 Esquizofrenia		
Categoría de GPC	Primer y segundo nivel de atención:	Diagnóstico Prevención primaria y secundaria	Psicoeducación Consejería Evaluación
Usuarios potenciales	Enfermeras generales Enfermeras especializadas Estudiantes Médicos psiquiatras Investigadores	Médicos generales Médicos familiares Organizaciones orientadas a enfermos Planificadores de servicios de salud Personal de salud en formación	Proveedores de servicios de salud Técnicos en enfermería Trabajadores sociales Personal de salud en servicio social
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Gobierno Estatal Gobierno del Distrito Federal	Secretaría de Salud Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	
Población blanco	Mujeres y hombres de 15 años y más		
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal Gobierno Estatal Gobierno del Distrito Federal	Secretaría de Salud Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	
Intervenciones y actividades consideradas	Medidas de prevención y diagnóstico oportuno		
	Psicoeducación para el paciente y sus familiares		
	Criterios diagnósticos de la esquizofrenia		
	Lineamientos de tratamiento en la fase aguda		
	Lineamientos de tratamiento en la fase de mantenimiento		
	Criterios de referencia en el tercer nivel de atención		
Impacto esperado en salud	Seguimiento y control (periodicidad de la evaluación clínica)		
	Contribuir con:		
	El incremento en la tasa de diagnóstico temprano La referencia oportuna La mejora en el tratamiento en el primer nivel de atención, incluyendo la fase aguda y crónica		
Metodología <sup>1</sup>	Definir el enfoque de la Guía de la Práctica Clínica (GPC) Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 78 Guías seleccionadas: 5 del período 2000-2008 o actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de Guías de Práctica Clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación: Responder a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones		
Método de validación	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Validación Externa: Academia Nacional de Medicina		
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
Registro y actualización	Registro: SSA-222-09 / Fecha de actualización: <dd/mm/aaaa/>		

<sup>1</sup> PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: [WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX](http://WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX)

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Qué es la esquizofrenia?
2. ¿Cuál es la prevalencia de la esquizofrenia en México?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer esquizofrenia?
4. ¿Qué es el periodo prodrómico?
5. ¿En qué consiste un primer episodio psicótico?
6. ¿Cuáles son los signos y síntomas que hacen sospechar la presencia de un primer episodio psicótico?
7. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que evoluciona a esquizofrenia después de un primer episodio psicótico?
8. ¿Cuáles son las actividades de prevención y promoción de la salud susceptibles de aplicarse en esta población?
9. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la esquizofrenia?
10. ¿Cuál es el manejo de los pacientes con esquizofrenia en el primer nivel de atención?
11. ¿Cuáles son los criterios de referencia al segundo y tercer nivel de atención?
12. ¿Cuáles son las intervenciones farmacológicas para el tratamiento y manejo de la esquizofrenia en el segundo nivel de atención?
13. ¿Cuáles son las intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia en el segundo nivel de atención?
14. ¿Cuáles serían las estrategias para sortear las dificultades relacionadas con la adherencia terapéutica?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica (GPC) pretende ser una directriz de diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia. Se sustenta en los protocolos de Medicina Basada en Evidencia y de atención a la población de México que sufre alguna forma de esquizofrenia. Para ello, se adaptaron las guías realizadas en otras partes del mundo, se utilizó la información de artículos relevantes y la información de las características sociales y culturales de México. Así mismo, se conjuntó la experiencia en la atención de estos trastornos de la Clínica de Trastornos Esquizofrénicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, con el fin de ofrecer una GPC que cumpla con los requerimientos de Salud Mental en materia de esquizofrenia para nuestro país.

La presencia de la esquizofrenia ha acompañado al ser humano desde el inicio de su existencia sobre la tierra. Con el paso del tiempo, la definición de la enfermedad mental se ha esclarecido, sobre todo a raíz de los trabajos de E. Kraepelin y E. Bleuler. Esto ha permitido comprender mejor el fenómeno estudiado y dar la justa importancia de la relación salud-enfermedad. A nivel mundial, la esquizofrenia ha cobrado relevancia, principalmente porque afecta la funcionalidad y la productividad de las personas que la padecen, así como por los altos costos para la sociedad en la atención de los mismos. La esquizofrenia es considerada un problema de salud pública de acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS). En el año 2000 había en el mundo aproximadamente 45 millones de individuos mayores de 15 años de edad que habían padecido algún cuadro esquizofreniforme, de los cuales 25 millones tenían diagnóstico de esquizofrenia. Este diagnóstico representa cerca del 50 % de las hospitalizaciones psiquiátricas a nivel mundial.

La esquizofrenia es una enfermedad universal, lo que significa que está presente en todas las culturas del orbe y representa aproximadamente el 1% de la población, independientemente del nivel socioeconómico y cultural. En México las cifras reportadas son del 1 al 2% de la población a lo largo de la vida, lo que corresponde aproximadamente de 1 a 2 millones de afectados en todo el territorio nacional.

El desconocimiento de este tipo de trastornos psiquiátricos en nuestro país ha mantenido estigmatizados en los afectados, al grado de ser sometidos a tratamientos alternativos antes de recibir atención especializada. En nuestro país el promedio de Duración de la Psicosis No Tratada (DPNT) tiene un rango que va de los seis meses al año y medio, lo que demuestra el retraso en la recepción de tratamiento especializado para pacientes con este diagnóstico, ya que acuden inicialmente con chamanes, brujos, naturistas o son sometidos a exorcismos o reclusos en anexos. Está documentado que incluso algunos pacientes han sido encadenados y encerrados en cuartos, lo que incide de forma considerablemente inadecuada en su calidad de vida y en sus posibilidades de recibir una intervención efectiva para prevenir consecuencias directas de esas alteraciones del comportamiento.

### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

El presente trabajo es una herramienta de carácter práctico, elaborado con la intención de poner a disposición del primer y segundo nivel de atención un documento basado en la mejor evidencia científica disponible; consensado y comparado con trabajos de otras latitudes, con la finalidad de reconocer, diagnosticar y tratar la gama de padecimientos relacionados con la esquizofrenia y a sus diferentes subtipos, que puedan presentarse en las clínicas de atención en salud mental.

En esta guía se incluyen la definición y la descripción de diversos aspectos relacionados con el curso clínico del trastorno, así como la descripción del ajuste premórbido, que traduce la forma en la que los pacientes funcionaban en diversas áreas de su vida antes del inicio franco del padecimiento. También se abordan las definiciones de la fase inicial (primer episodio psicótico), seguido de la descripción de los cuadros esquizofrénicos, dedicando mayor énfasis al diagnóstico oportuno. Además, se presenta la descripción del tratamiento en base a las recomendaciones internacionales, adaptadas a las necesidades y capacidades de nuestra población. Las recomendaciones de carácter internacional sugieren que estas guías deben estar diseñadas en base a los protocolos de revisión de la literatura y después consensuadas.

La presente guía es producto de una amplia revisión, adaptación y consenso con base en experiencia en población mexicana.

Los aspectos psicopatológicos y nosológicos juegan un papel determinante en la actividad clínica, pues permiten a los clínicos definir entidades clínicas y agrupar los trastornos según sus características clínicas, así mismo plantean la posibilidad de estudiar los síntomas con el fin de incidir en el curso y en el pronóstico, gracias a tratamientos adecuados que mejoren los síntomas y la calidad de vida, tanto del paciente como de su familia.

En la actualidad no existe algún estudio de laboratorio o gabinete válido para hacer el diagnóstico de esquizofrenia. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Los profesionales de la salud que se enfrentan a problemas en el área de salud mental pueden mostrar reacciones diversas ante una persona con síntomas “extraños” o “diferentes”. Un paciente psicótico puede generar en el clínico sentimientos de ansiedad, evitación o temor, ya que dentro de nuestra cultura la psicosis o lo “anormal” es considerado peligroso, lo cual no siempre es correcto. De hecho, la mayoría de los pacientes con esquizofrenia no son peligrosos, pero sufren el estigma asociado a ellos.

La presente Guía de Práctica Clínica está dirigida a los profesionistas de la salud que tienen contacto laboral con enfermos mentales: médicos psiquiatras, médicos familiares, médicos generales, psicoterapeutas, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

#### Objetivo general

Ofrecer al personal médico y de salud que labora en el primer y segundo nivel de atención una GPC con las características básicas para la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia.

**Objetivos específicos:**

- Definir los trastornos del espectro de la esquizofrenia en base a los criterios diagnósticos establecidos e internacionalmente aceptados.
- Describir la prevención y las estrategias para la promoción en salud mental.
- Exponer la historia natural de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y las opciones de intervención temprana.
- Describir los principales tratamientos psicofarmacológicos actuales en base a las evidencias científicas y a la experiencia clínica.
- Presentar las principales estrategias para realizar una detección temprana de los trastornos esquizofrénicos y prevenir recaídas.

### 3.3 DEFINICIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico y grave, clasificado dentro del grupo de los trastornos psicóticos. Es el trastorno más conocido de este grupo. Desde el punto de vista psicopatológico, es esencialmente un trastorno del pensamiento con manifestaciones en diferentes áreas como la del afecto, la percepción, la motivación, la conducta y la actividad motora.

El conocimiento de la esquizofrenia ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. El descubrimiento del efecto antipsicótico de algunos fármacos a finales de la década de los años 50 del siglo pasado abrió la puerta a la investigación de la etiología neurobiológica de este trastorno.

La esquizofrenia es concebida por algunos autores como un trastorno del neurodesarrollo en la que están implicados factores genéticos, neuroestructurales, neurobioquímicos y ambientales, que son el resultado de múltiples efectores que actúan sobre un cerebro inmaduro y que ocasionan los diferentes tipos de síntomas. La esquizofrenia es uno de los trastornos más estudiados en el campo de la psiquiatría: cada año se publican alrededor de 5 mil artículos relacionados con ella.

La palabra viene del griego *schizo* (división o escisión) y *phrenos*: (mente). El término esquizofrenia define a un conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados por la presencia de síntomas psicóticos o positivos en algún momento de su desarrollo, que coexisten con los llamados síntomas negativos, como la abulia, el aislamiento, la apatía y/o las dificultades en las relaciones interpersonales. Son los síntomas negativos y los cognitivos los que se asocian a un grado variable de discapacidad.

Los síntomas afectan múltiples procesos psicológicos y causan percepciones anormales del entorno en forma de alucinaciones, verificación de la realidad a través de juicios aberrantes que resultan en creencias extraordinarias y delirantes (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonía, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio. Los pacientes padecen además problemas cognoscitivos que afectan a la memoria, a las funciones ejecutivas y pueden presentar un comportamiento extraño o desorganizado. Estas alteraciones afectan diversas áreas del funcionamiento de los pacientes en forma variable a lo largo de su vida. Existe disfunción en la construcción del lenguaje, expresividad emocional restringida y una disolución de la personalidad. Estas características psicológicas y conductuales se asocian con algún grado de deterioro.

Este cúmulo de signos y síntomas están presentes de forma heterogénea, por lo que los casos siempre son diferentes uno de otro y no todos estos síntomas están presentes en cada uno de los pacientes. Tampoco son específicos, pueden presentarse en otras enfermedades.

El trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. Además, no existe algún síntoma patognomónico de esquizofrenia. Para el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión IV, revisada) la Esquizofrenia consiste en "una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo, dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

La esquizofrenia es un término que ha sido debatido por años. Esta guía se refiere a aquel trastorno identificado por la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). La esquizofrenia es el término que se utiliza para describir a un trastorno psiquiátrico mayor (o grupo de trastornos) que altera el pensamiento, la percepción, el afecto y el comportamiento de un individuo. Habitualmente, el inicio de los síntomas, arriba mencionados, está precedido de un periodo prodrómico, caracterizado por el deterioro en el funcionamiento del individuo afectado, incluyendo dificultades en la memoria y concentración, aislamiento social, comportamiento inusual, afecto aplanado o restringido, dificultades en la comunicación, ideas extravagantes y experiencias perceptuales alteradas, además de disminución en la higiene y el aseo, reducción del interés y la motivación en las actividades cotidianas. Todas estas alteraciones pueden afectar diversas áreas del funcionamiento como el trabajo, la escuela y la relación con la familia o los amigos.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las Guías de Práctica Clínica internacionales, seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas corresponde a la información disponible, organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Cada referencia empleada tiene un sistema para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, las cuales se describen en esta Guía de Práctica Clínica.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Para la gradación de las evidencias y las recomendaciones de esta guía se utilizó la gradación adaptada de la *Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia* y de la Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia.

Tabla de referencia de los símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

## 4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.1.1 DETECCIÓN TEMPRANA

### 4.1.2 FASE PREPSICÓTICA O PRODRÓMICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Se debe considerar la posibilidad de que cualquier persona joven que presente aislamiento social, disminución de su desempeño laboral o escolar, comportamiento raro o extraño e inusual, o periodos de agitación o alteración, aún sin explicación aparente.</p>	<p>V-1 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Los rasgos psicóticos subumbrales combinados con el inicio de deterioro funcional, especialmente si hay historia familiar, son sinónimos de alto riesgo. El individuo y la familia se deben involucrar activamente en la evaluación y el monitoreo regular del estado mental. Tales evaluaciones deben llevarse a cabo en casa o en el primer nivel de atención, con la intención de evitar el estigma.</p>	<p>III-1 <i>Yung AR, 2003</i></p>
	<p>Síndromes comórbidos, tales como depresión y abuso de sustancias, así como problemas en el área laboral, familiar y/o escolar, deben ser manejados apropiadamente.</p>	<p>III-3 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>La información acerca del nivel de riesgo debe ser cuidadosamente proporcionada, transmitiendo un sentimiento de optimismo terapéutico. Se debe hacer énfasis en que los problemas actuales pueden ser mitigados, que la progresión a la psicosis no es inevitable y que si ocurre, entonces fácilmente se pueden conseguir tratamientos efectivos y bien tolerados.</p>	<p>III-3 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>El uso de fármacos antipsicóticos en la fase prodrómica aún se encuentra bajo investigación. Hasta el día de hoy, sólo se debe reservar para pacientes francamente psicóticos.</p>	<p>V-1 <i>McGorry PD, 2002; Woods S, 2002; Cornblatt B, 2002; Bechdolf A, 2002</i></p>

**E**

En general, se debe tener una actitud firme y optimista respecto al tratamiento y la posibilidad de recuperación de la esquizofrenia y la psicosis. Aunque no hay que olvidar que aproximadamente sólo entre un 33 y un 58% de esta población hará una transición a la psicosis y que aún no están bien establecida la intensidad, el tiempo y la duración de la intervención.

**IV**

*Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009*

**E**

Hay individuos con más alto riesgo de psicosis.

**IB, III**

La revisión de la evidencia científica disponible demuestra que los resultados en conseguir demorar la transición a la psicosis de los tratamientos farmacológicos y psicológicos son superiores a los del placebo o la simple supervisión.

*Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009*

**E**

Los programas específicos de atención temprana obtienen mejores resultados que los tratamientos inespecíficos, disminuyendo o retrasando la transición a la psicosis, mejorando la sintomatología prepsicótica y previniendo el declive o estancamiento social.

**IB, III**

*Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009*

**E**

Los pacientes que cumplen los criterios para ultra alto riesgo de psicosis tienen una tasa de 30-40% para conversión a psicosis dentro de 1 año de seguimiento.

**B**

Este grupo de pacientes debe ser monitorizado al menos durante 1 o 2 años. Si está clínicamente indicado, debe ofrecerse terapia de apoyo y tratamiento sintomático de los síntomas psicóticos emergentes, depresión o ansiedad.

*Yung AR, 2004; Phillips LJ, 2002; Yung AR, 2003; Birchwood M, 1989; Malla AK, 1994; Herz MI, 1995; Norman RM, 1995*

**R**

El retraso en el tratamiento de la psicosis se relaciona con un pronóstico pobre.

**B**

Si este grupo de pacientes deriva a psicosis, el tratamiento debe empezar en forma inmediata. Esto evita cualquier retraso en el tratamiento y da un mejor resultado.

*Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005*

## 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

### 4.2.1 DETECCIÓN Y MANEJO OPORTUNO

#### 4.2.1.1 PRIMER EPISODIO PSICÓTICO (PEP)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b> Es importante tratar el trastorno para reducir la duración de la psicosis no tratada (DPNT). El retraso del inicio del tratamiento está asociado al no reconocimiento de los síntomas prodrómicos e iniciales de la psicosis y a la poca accesibilidad a los servicios de tratamiento.</p>	<p><b>III, IIB</b> <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>
<p><b>E</b> Un periodo menor de la DPNT se asocia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejor respuesta a los antipsicóticos.</li> <li>• Mejor funcionamiento global.</li> <li>• Mejor funcionamiento social y vocacional.</li> <li>• Mayor probabilidad de alcanzar criterios de respuesta.</li> <li>• Mayor calidad de vida.</li> </ul>	<p><b>IIB</b> <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>
<p><b>E</b> Una DPNT más larga se correlaciona a una mayor gravedad de los síntomas negativos y a una disminución de la materia gris, constatada en un estudio con imágenes volumétricas en RNM. No se ha encontrado correlación entre el riesgo de recaídas y alteraciones neurocognitivas.</p>	<p><b>IIB</b> <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>
<p><b>E</b> La Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) muestra más beneficios que los cuidados estándar en la prevención de la progresión de la psicosis en la intervención precoz, disminuyendo la prescripción de medicación antipsicótica y reduciendo los síntomas.</p>	<p><b>IA</b> <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>
<p><b>E</b> En estudios de PEP (psicosis no afectivas) el tratamiento de los servicios de atención temprana que integran tratamiento asertivo comunitario, grupos multifamiliares y entrenamiento en habilidades sociales, en comparación con el tratamiento estándar, obtiene mejores resultados en disminución de la carga familiar y en satisfacción.</p>	<p><b>IB</b> <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>



Se aconseja proporcionar asistencia ambulatoria a las personas en fases tempranas de psicosis a través del desarrollo de estrategias de servicio lo menos restrictivas y coercitivas posibles para minimizar el uso de tratamientos involuntarios en la psicosis temprana, de servicios hospitalarios centrados en jóvenes y de programas de día.

IV

*Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009*



Las estrategias para mejorar el tratamiento del PEP incluyen: mejor educación acerca de la salud mental, mayor capacitación en los servicios de salud de primer nivel y mayor responsabilidad de la psiquiatría pública y privada para los posibles casos.

III-1

*Larsen TK, 2001; Johannessen JO, 2001*

Los sistemas de educación comunitarios deben ser desarrollados para mejorar la comprensión de los trastornos psicóticos y, especialmente, para mejorar la presentación clínica en las etapas iniciales. Se debe obtener asesoría acerca del tratamiento de los trastornos afectivos.



Un alto índice de sospecha y una evaluación por un experto deben considerarse como probables PEP.

V-1

*Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003*



El acceso e ingreso a los servicios especializados de salud mental a menudo se basan, fundamentalmente, en el tratamiento de las crisis; es decir, en la atención de aquellos individuos que son evaluados sólo si alcanzan el límite de las alteraciones conductuales. Este modelo genera trauma innecesario, desmoralización y nihilismo terapéutico en los pacientes, familiares y clínicos.

III-3

*Edwards J, 2002*  
*National Service Framework for Mental Health, 2000*

Por el contrario, se recomienda el establecimiento de servicios que contribuyan a la retención proactiva de los pacientes a través de los primeros 3-5 años de la enfermedad.

**R**

El tratamiento inicial debe ser proporcionado de forma externa o en casa de ser posible. Tal medida puede minimizar el trauma, el trastorno y la ansiedad del paciente y la de su familia, quienes usualmente están mal informados acerca de la enfermedad mental y tienen miedos y prejuicios acerca del manejo psiquiátrico intrahospitalario.

El tratamiento intrahospitalario está indicado si existe riesgo de autoagresión o agresión, si el nivel de apoyo comunitario es insuficiente o si la crisis es demasiada para que la familia la maneje.

V-1

*Fitzgerald P, 1998***R**

El tratamiento intrahospitalario debe ser proporcionado, por lo menos, en un ambiente lo menos restrictivo posible. Dependiendo de la fase y estadio de desarrollo de la enfermedad, las unidades intrahospitalarias óptimas deben estar enfocadas, ser relativamente pequeñas en tamaño y proveer el personal adecuado, de forma que, si es posible, se guarde una relación 1:1 en el cuidado de pacientes agitados, alterados o con riesgo suicida, sin la necesidad de secciones cerradas de la unidad o el aislamiento del paciente, sólo que sea absolutamente necesario. El uso del "tratamiento intensivo" tradicional psiquiátrico, una intervención pragmática que carece de bases sólidas de evidencia, es especialmente traumática para estos pacientes. Cuando la estratificación no es posible, una sección especial debe ser creada en una unidad general de agudos para los pacientes jóvenes de inicio reciente.

III-3

*McGorry PD, 1991; Shaw K, 1997; Meyer H, 1999*

**R**

Los tratamientos farmacológicos deben ser iniciados con extrema precaución en pacientes vírgenes al tratamiento para producir el menor daño, mientras se logra el máximo beneficio. Las estrategias adecuadas incluyen el inicio gradual con dosis bajas de antipsicóticos y la medicación antidepresiva o antimaníaca, cuando está indicada. Es fundamental brindar al paciente y a su familia información detallada de los posibles efectos adversos para ayudar en la adherencia farmacológica.

Los cuidados de enfermería calificados, un ambiente seguro y de apoyo, y dosis regulares de benzodiazepinas, son esenciales para aliviar la agitación, el insomnio y las alteraciones del comportamiento secundarios a la psicosis, mientras los antipsicóticos logran su efecto.

III-3, V-1

*Remington G, 1998; Emsley RA, 1999; Merlo MCG, 2002*

**R**

El tratamiento de primera elección son los antipsicóticos atípicos, basándose en el hecho de su mejor tolerabilidad y al reducido riesgo de disquinesia tardía. A largo plazo el riesgo-beneficio puede cambiar para algunos pacientes, por ejemplo, si el paciente aumenta de peso o si tiene efectos sexuales a causa del uso de estos fármacos, Es entonces cuando los antipsicóticos típicos deben ser considerados.

I

*Kapur S, 2000; Geddes J, 2002*

**E**

Algunos datos indican que tanto los antipsicóticos de primera generación como los de segunda pueden disminuir el riesgo de suicidio. No obstante, la clozapina es el que se ha estudiado con mayor profundidad y se ha demostrado que reduce los porcentajes de suicidio y el comportamiento suicida persistente.

IB

*Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009*

**R**

En la evaluación inicial deben ser considerados estudios diversos, como la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la evaluación neurocognitiva, el examen neurológico para evaluar algún trastorno del movimiento, el electrocardiograma (ECG), la medición del peso (basada en el índice de masa corporal [IMC]) y de la glucosa sérica.

V-1

*Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003*

<div style="background-color: #00b050; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">R</div>	<p>Las intervenciones psicosociales, así como la TCC, son componentes importantes de la intervención temprana, proporcionando las bases humanísticas de cuidado continuo, previniendo y resolviendo las consecuencias secundarias de la enfermedad y promoviendo la recuperación. La TCC también puede ser útil para el manejo de los trastornos depresivos, ansiosos y del uso de sustancias, así como para mejorar el apego al tratamiento.</p>	<p style="text-align: right;">III-3</p> <p style="text-align: right;"><i>Lewis S, 2002; Jackson HJ, 1998</i></p>
<div style="background-color: #00b050; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">R</div>	<p>Los familiares y, en la medida de lo posible, otros miembros de la red de apoyo social deben ser debidamente capacitados acerca de la naturaleza del problema, del tratamiento y del pronóstico. Si existieran recaídas frecuentes o una recuperación lenta, una intervención de apoyo más intensiva y prolongada para los familiares sería necesaria.</p>	<p style="text-align: right;">I</p> <p style="text-align: right;"><i>Gleeson J, 1999; Zhang M, 1994;</i></p>
<div style="background-color: #00b050; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">R</div>	<p>Si la recuperación es lenta y la remisión no ocurre a pesar de la buena adherencia terapéutica a dos fármacos antipsicóticos, incluyendo un atípico durante por lo menos seis semanas de tratamiento cada uno, el uso temprano de la clozapina y de la TCC intensiva debe ser considerado.</p>	<p style="text-align: right;">I</p> <p style="text-align: right;"><i>Edwards J, 2002</i></p>
<div style="background-color: #00b050; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">R</div>	<p>El uso temprano de la clozapina debe ser también considerado si el riesgo suicida es elevado y persistente.</p>	<p style="text-align: right;">II</p> <p style="text-align: right;"><i>Meltzer, 2003</i></p>
<div style="background-color: #00b050; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">R</div>	<p>Es necesario evaluar cuidadosamente los síntomas y signos de la enfermedad, así como el deterioro funcional y se debe realizar un diagnóstico diferencial.</p>	<p style="text-align: right;">A</p> <p style="text-align: right;"><i>Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005</i></p>
<div style="background-color: #00b050; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">R</div>	<p>Se sugiere la realización de pruebas neuropsicológicas a pacientes que cursen un primer episodio psicótico y a aquéllos con pobre respuesta al tratamiento.</p>	<p style="text-align: right;">B</p> <p style="text-align: right;"><i>Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005</i></p>



Se deben evaluar las características clínicas que sugieran alteraciones en el cromosoma 22q11 en los pacientes con esquizofrenia, y realizar pruebas de laboratorio en los casos que lo requieran.

**B**

*Clinical Practical Guidelines:  
Treatment of Schizophrenia,  
2005*



Los servicios de urgencia psiquiátrica deben estar disponibles para el tratamiento en caso de crisis.

**B**

*Clinical Practical Guidelines:  
Treatment of Schizophrenia,  
2005*



Se deben realizar estudios de tomografía o resonancia magnética de cráneo cuando el paciente debute en la enfermedad y a los pacientes resistentes al tratamiento.

**B**

*Clinical Practical Guidelines:  
Treatment of Schizophrenia,  
2005*

**4.2.1 INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN EL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS NO AFECTIVA**

	<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>R</b>	El paciente debe ser evaluado durante un periodo de observación de 24 a 48 horas sin usar antipsicóticos, pero sí benzodiazepinas para tratar la ansiedad y las alteraciones del sueño.	<b>V-1</b> <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i>
<b>R</b>	El tratamiento debe comenzar con una dosis baja de algún antipsicótico atípico.	<b>II</b> <i>Remington G, 1998</i>
<b>R</b>	Después de iniciar el antipsicótico atípico, aumentar hasta la dosis objetivo (risperidona 2 mg, olanzapina 10 mg, quetiapina 300 mg, amisulprida 400 mg) en un plazo de 7 días y mantenerla por las siguientes 3 semanas.	<b>III-2, V-1</b> <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i>
<b>R</b>	Si no hay respuesta, aumentar la dosis lentamente durante las siguientes 4 semanas (8 semanas en total) a 4 mg de risperidona, 20 mg de olanzapina, 800 mg de quetiapina y 800 mg de amisulprida.	<b>III-2, V-1</b> <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i>
<b>R</b>	<p>Si hay respuesta, continuar el tratamiento por 12 meses, y el cuadro remite, reducir gradualmente durante algunos meses bajo estrecha vigilancia.</p> <p>Si hubiera efectos secundarios (e.g. aumento de peso) puede ser motivo para considerar cambiar a algún agente típico.</p> <p>Si no hay respuesta, determinar la causa. Para la pobre adherencia, dialogar, analizar las causas, optimizar la dosis, intentar con terapia para mejorar adherencia terapéutica.</p>	<b>V-2</b> <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i>



Si no hay respuesta, cambiar a otro AP atípico y determinar a las 6-8 semanas.

V-1

*Edwards J, 2002*



Si no hay respuesta, hay pobre adherencia o riesgo persistente de suicidio, es recomendable usar la clozapina, informando al paciente y a sus familiares acerca de las ventajas y riesgos. Si no están de acuerdo, otros ensayos con atípicos o típicos pueden ser justificables. Un inyectable atípico, risperidona de larga duración, ya está disponible. Esto puede considerarlo el paciente como alternativa a la clozapina para combatir la pobre adherencia.

V-2

*Meltzer HY, 2003*



Si no hay respuesta o existe pobre adherencia con recaídas frecuentes, intentar con algún antipsicótico típico de depósito a dosis baja por 3-6 meses. Actualmente, a menos que sea preferencia del paciente, esto es la última opción de tratamiento, debido a la baja tolerabilidad, mayor restricción y estigma asociado. Estas recomendaciones pueden variar en el futuro a causa de la disponibilidad de AP atípicos inyectables.

V-2

*Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003*



En esta fase es importante prestar especial atención a la existencia del riesgo suicida. Las tentativas suicidas anteriores, el estado de ánimo depresivo y las ideaciones suicidas pueden ser factores pronóstico de una tentativa de suicidio posterior. Se recomienda realizar evaluaciones similares respecto a la posibilidad de comportamientos peligrosos y agresivos hacia otras personas.

IB

*Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009*



En pacientes nunca tratados con antipsicóticos se recomienda iniciar el fármaco a la mitad de la dosis terapéutica. Los antipsicóticos de segunda generación se indican tratando de disminuir el riesgo de síntomas extrapiramidales a corto y largo plazo.

B

*Lieberman JA, 2003*



El tratamiento antipsicótico en un primer episodio se debe continuar hasta 2 años después de que el paciente se encuentre libre de síntomas.

**B**

*Ram R, 1992*



Las intervenciones familiares tienen que ser parte de la atención de rutina en pacientes con esquizofrenia.

**A**

*Baronet AM, 1999*



Los cursos psicoeducativos dirigidos a familiares deben durar no menos de 9 meses y deben incluir características como el compromiso, el apoyo y la adquisición de habilidades. No se trata de sólo compartir información.

**A**

*McFarlane WR, 2003*



Los servicios de tratamiento especializado deben estar disponibles para pacientes con un primer episodio psicótico.

**B a C**

*Lehman AF, 2003*

## 4.3 TRATAMIENTO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO, RECUPERACIÓN Y CAÍDA

### 4.3.1 RECUPERACIÓN DEL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>R</b> En pacientes que se encuentran en remisión total la medicación antipsicótica debe ser continuada durante al menos 12 meses y después se debe hacer un intento de retirarla por varias semanas. El seguimiento estrecho por un especialista debe continuar durante al menos 12 meses, y cualquier tipo de recaída debe ser identificada y tratada rápidamente.</p>	<p>V-1 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
<p><b>R</b> Aproximadamente del 10 al 20% de los pacientes no obtiene una remisión completa después de dos intentos clínicos con antipsicóticos. Estos pacientes deben ser considerados como resistentes al tratamiento.</p>	<p>III-3 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
<p><b>E</b> En algunos estudios se ha utilizado la TCC como parte del arsenal terapéutico con los siguientes resultados a los 18 meses: mejor funcionamiento social, vocacional y calidad de vida, así como aumento de la satisfacción del paciente y su adherencia al medicamento, pero no hay diferencia en la mejoría de los síntomas.</p>	<p>IB <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>
<p><b>E</b> En un estudio donde se comparó el manejo integral versus el tratamiento farmacológico sólo, se observó que el tratamiento integral mejoraba significativamente la situación laboral y de estudio. Sin embargo, se necesitan dos años para obtener este tipo de beneficio. El estudio recomienda mayor investigación en este sentido. Asimismo, se apreció mejor estado global a los dos años (medido con el GAF) y mayor continuidad y vinculación al tratamiento.</p>	<p>IB <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>

<b>R</b>	Incluso, en pacientes con remisión total el conjunto de los aspectos psicológicos, familiares y ocupacionales necesitan ser considerados. La comorbilidad, especialmente el uso de sustancias, depresión, trastorno por estrés postraumático y ansiedad social, es frecuente y debe ser tratado.	<p><b>V-1</b></p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
<b>R</b>	Todo paciente tiene el derecho de un ambiente familiar seguro y agradable.	<p><b>V-1</b></p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
<b>R</b>	El apoyo e intervención familiar deben ser proporcionados de forma consistente durante dicha fase.	<p><b>I</b></p> <p><i>Lenior ME, 2001</i></p>
<b>E</b>	La TCC y la terapia de apoyo implementadas precozmente proporcionan una recuperación más rápida y reducen más los síntomas que la intervención estándar y pueden tener beneficios a largo plazo (18 meses) en los mismos.	<p><b>IB</b></p> <p><i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>
<b>R</b>	El riesgo suicida debe ser activamente vigilado y monitoreado.	<p><b>II</b></p> <p><i>Meltzer HY, 2003; Power P, 2003</i></p>
<b>E</b>	Con la TCC se obtienen mejores resultados que con la intervención estándar en aspectos como el riesgo de suicidio, la hospitalización, la reducción de síntomas, la adaptación a la enfermedad y la calidad de vida.	<p><b>IB</b></p> <p><i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>
<b>E</b>	Comparando la TCC con la terapia de apoyo y el tratamiento estándar, ésta protege frente a futuras recaídas en los siguientes 18 meses. Los pacientes que reciben TCC tienen menos síntomas residuales que los que sólo recibieron tratamiento estándar.	<p><b>IB</b></p> <p><i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>



Las intervenciones en la recuperación vocacional deben ser ofrecidas una vez que la estabilidad clínica se ha alcanzado.

II

*Drake RE, 1999; Lehman AF, 2002*



En el ámbito específico de la rehabilitación cognitiva, en el que la mayoría de la evidencia científica establecida hasta ahora se refiere a pacientes con esquizofrenia crónica, se apunta en recientes investigaciones la importancia de discriminar las diferentes áreas deterioradas en pacientes de primer episodio, ya que las funciones motoras y ejecutivas parecen menos deficitarias que la memoria y la atención en este perfil. Hay indicios de que puede conseguirse una notable recuperación y resolución de problemas y funciones ejecutivas en un período de un año de tratamiento.

IV

*Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009*



La mayoría de los pacientes deben permanecer bajo el cuidado de un especialista en salud mental durante los primeros años de la enfermedad. Posteriormente el paciente puede ser enviado a un primer nivel de atención, una vez que la fase aguda esté controlada. El tratamiento en esta fase es complejo, pero los verdaderos “cuidados en conjunto” que son dirigidos por un clínico deben estar por encima de las consecuencias económicas.

V-2

*Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003*

4.3.2 TRATAMIENTO EN LA FASE DE MANTENIMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Algunos datos sugieren que los síntomas depresivos se reducen mediante el tratamiento con antipsicóticos. Algunos ensayos comparativos han observado que los antipsicóticos de segunda generación pueden tener mayor eficacia para tratar la depresión que los de primera generación. Sin embargo, cierta evidencia científica también sugiere que este aparente efecto antidepresivo puede estar relacionado con la baja probabilidad de efectos adversos neurológicos de los antipsicóticos de segunda generación.</p>	<p><b>IB, IV</b>  <i>Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, España, 2009</i></p>
	<p>Mantener activo al paciente y alentar las actividades sociales y económicas, tales como el acceso a un trabajo remunerado o a una pensión, así como las actividades en el hogar y las relaciones sociales. Atender cuestiones clínicas, tales como el apego al tratamiento, las redes de apoyo familiar, los síntomas depresivos, el monitoreo del riesgo suicida y el abuso de sustancias.</p>	<p><b>V-1</b>  <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Junto con el médico general, es necesario asegurar la realización de revisiones médicas generales al menos una vez al año y que incluyan medición de peso, presión arterial, perfil de lípidos, ECG y glucosa en ayunas. Además de medidas preventivas, tales como la detección de cáncer cervicouterino, de mama, de colon, de piel y de próstata.</p>	<p><b>V-1</b>  <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Alentar al paciente para que deje de fumar, reduzca el abuso de sustancias psicoactivas. Promover la actividad física y una dieta saludable.</p>	<p><b>V-1</b>  <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>

	Supervisar regularmente la función sexual en busca de efectos colaterales de los psicofármacos.	<p>V-1</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	Evaluar cada seis meses la presencia de discinesia tardía.	<p>V-1</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	Evaluar los signos de remisión y valorar la necesidad de continuar con el tratamiento antipsicótico.	<p>V-1</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	Se debe evaluar regularmente la ideación y el comportamiento suicida.	<p>A</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	Se debe evaluar regularmente el abuso y la dependencia a sustancias.	<p>A</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	Se deben evaluar regularmente los síntomas, el nivel de funcionamiento, los factores relacionados con la pobre adherencia terapéutica y las recaídas.	<p>A</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	Se debe realizar una tomografía o resonancia magnética de cráneo cuando el paciente debute con la enfermedad y a los pacientes resistentes al tratamiento.	<p>B</p> <p><i>Gewirtz G, 1994</i></p>



Se deben monitorizar periódicamente por medio de evaluaciones clínicas y de laboratorio, las alteraciones en el movimiento, obesidad, diabetes, hiperlipidemia y disfunciones sexuales.

**A**

*Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes, 2004*



La farmacoterapia de mantenimiento se indica para prevenir recaídas durante el proceso de estabilización y cuando el paciente se encuentra estable. Las dosis de mantenimiento de antipsicóticos típicos deben encontrarse en dosis equivalentes a los 300-600 mg de clozapina. Para los antipsicóticos atípicos se recomiendan dosis terapéuticas establecidas.

**A**

*Lieberman JA, 2003*



Se deben considerar antipsicóticos de depósito para aquellos pacientes con poca adherencia al tratamiento.

**B**

*Kane JM, 2003*



La aparición de un episodio depresivo mayor, cuando el paciente se encuentra estable de los síntomas de la esquizofrenia, requiere manejo con un medicamento antidepresivo.

**B**

*Addington DD, 2002*



La psicoeducación es una intervención muy importante que requiere entrenamiento en el manejo de la enfermedad y el uso de estrategias para fomentar el apego al tratamiento y la prevención de recaídas.

**B**

*Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009.*



Se puede considerar una amplia gama de posibilidades de empleo para los pacientes que pueden trabajar, incluyendo el trabajo voluntario y el empleo con apoyo o provisional.

**B**

*Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009.*



Para muchos pacientes es importante crear metas para poder aspirar a un empleo remunerado. Aparentemente los programas de empleo con apoyo son los más indicados para alcanzar estas metas.

**A**

*Killackey EJ, 2006; Twamley EW, 2003*

<b>R</b>	<p>Debe existir un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes que experimentan mucho estrés o ansiedad relacionado con su desempeño social.</p>	<p><b>B</b>  <i>Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005</i></p>
<b>R</b>	<p>El entrenamiento en habilidades sociales para la vida diaria debe estar disponible para los pacientes con dificultad para resolver situaciones en su vida cotidiana.</p>	<p><b>B</b>  <i>Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005</i></p>
<b>R</b>	<p>Las intervenciones familiares tienen que ser parte de la atención de rutina en pacientes con esquizofrenia.</p>	<p><b>A</b>  <i>Barbato A, 2000; Pharoah F, 2006</i></p>
<b>R</b>	<p>Las campañas antiestigma locales deben incluir el contacto con personas con esquizofrenia.</p>	<p><b>B</b>  <i>Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007; Corrigan P, 2003</i></p>
<b>R</b>	<p>Las intervenciones cognitivo-conductuales deben ser consideradas en el tratamiento del estrés, ansiedad y depresión de los pacientes con esquizofrenia. Algo de adaptación en las técnicas usadas en otras poblaciones puede ser necesario.</p>	<p><b>B</b>  <i>Jackson HJ, 1998</i></p>
<b>R</b>	<p>El desarrollo de programas integrales para los trastornos comórbidos, como el abuso de sustancias, debe estar disponible también para las personas con esquizofrenia.</p>	<p><b>B</b>  <i>Barrowclough C, 2001</i></p>
<b>R</b>	<p>Los cuidados continuos deben estar disponibles en un programa de tratamiento comprensivo hasta 3 años después del primer episodio psicótico.</p>	<p><b>A</b>  <i>Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005</i></p>
<b>R</b>	<p>Los programas de Tratamiento Comunitario Asertivo (TCA) deben estar disponibles para seleccionar pacientes que tengan una historia de admisiones repetidas, que son difíciles de captar en los lugares clínicos habituales o que son vagabundos.</p>	<p><b>A</b>  <i>Marshall M, 2003</i></p>

4.3.3 INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN UNA RECAÍDA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Identificar la causa de la recaída.</p> <p>Distinguir entre la recaída provocada por pobre adherencia y la recaída a pesar de buena adherencia.</p>	<p>V-1</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Optimizar la dosis del fármaco y revisar la polifarmacia.</p>	<p>V-1</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Si la recaída es secundaria debida al mal apego, reiniciar el tratamiento, después de entender las causas de su presentación.</p>	<p>I</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Si se utilizó un antipsicótico típico, cambiar a atípico si existe intolerancia a los efectos adversos.</p> <p>Si a pesar de una adecuada adherencia terapéutica sucede una recaída, cambiar a antipsicótico atípico.</p>	<p>II</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Si el paciente ha tenido buena respuesta y no ha presentado intolerancia a los efectos secundarios del antipsicótico típico, hay que reiniciarlo.</p> <p>Si existe intolerancia a un fármaco atípico, especialmente aumento de peso, ofrecer el cambio a otro antipsicótico atípico o típico.</p>	
	<p>Si el paciente se encuentra con fármaco de depósito, tomar la recaída como una experiencia de aprendizaje y como una oportunidad para revisar la necesidad de tratamiento de depósito dentro del marco psicoeducativo.</p>	<p>V-1</p> <p><i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>

<b>R</b>	<p>Si la resistencia al tratamiento es evidente y se ha probado con dos antipsicóticos (por lo menos uno atípico), cambiar a clozapina.</p>	<p>I <i>Kane JM, 2001</i></p>
<b>R</b>	<p>Considerar el fármaco de depósito como último recurso, a menos que el paciente lo prefiera. Esto cambia de acuerdo a la disponibilidad de los antipsicóticos atípicos de depósito, que tienen que ser considerados antes que la clozapina.</p>	<p>V-2 <i>Bhanji NH, 2004</i></p>
<b>R</b>	<p>Antes de iniciar o continuar con la aplicación de un antipsicótico de depósito se deben considerar los efectos reversibles en la recaída actual (síntomas extrapiramidales).</p>	<p>V-1 <i>Bhanji NH, 2004</i></p>
<b>R</b>	<p>Si se ha considerado el uso de antipsicótico de depósito, se debe iniciar con la dosis mínima posible y un intervalo máximo de dosis.</p>	<p>I <i>Kane JM, 2003</i></p>
<b>R</b>	<p>Los fármacos de depósito deben utilizarse junto con intervenciones psicosociales.</p>	<p>I <i>Kane JM, 2003</i></p>
<b>R</b>	<p>Al utilizar antipsicóticos de depósito el uso de benzodiacepinas o neurolépticos orales como coadyuvantes puede ser requerido.</p>	<p>II <i>Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009</i></p>
<b>R</b>	<p>Se debe ofrecer psicoterapia cognitivo-conductual para aquellos pacientes resistentes al tratamiento.</p>	<p>B <i>The British Psychological Society &amp; Royal College of Psychiatrists, 2003</i></p>
<b>R</b>	<p>El tratamiento antipsicótico se indica a la mayoría de los pacientes con recaídas. La elección del medicamento se tiene que hacer en base a las características individuales de cada paciente.</p>	<p>A <i>Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005</i></p>

- |          |  |  |
|----------|--|--|
| <b>R</b> | <p>El antipsicótico en una recaída debe iniciarse con dosis de clorpromazina equivalentes de 300 a 1000 mg de antipsicóticos típicos o a dosis terapéuticas con antipsicóticos atípicos.</p>                                   | <p><b>A</b><br/><i>Lieberman JA, 2003</i></p>  |
| <b>R</b> | <p>Se deben considerar antipsicóticos de depósito para aquellos pacientes con poca adherencia al tratamiento.</p>  | <p><b>B</b><br/><i>Kane JM, 2003</i></p>   |
| <b>R</b> | <p>A falta de respuesta de dos antipsicóticos de familias diferentes a dosis y por tiempo adecuado se indica el uso de clozapina.</p>  | <p><b>A</b><br/><i>Kane JM, 1998</i></p>   |
| <b>R</b> | <p>Se debe considerar el uso de clozapina en pacientes con ideación o conductas suicidas persistentes.</p>   | <p><b>B</b><br/><i>Meltzer HY, 2003</i></p>  |
| <b>R</b> | <p>Los cuidados agudos de pacientes hospitalizados están indicados para aquéllos con alto riesgo suicida o comportamiento agresivo y para aquéllos con comorbilidades psiquiátricas y médicas complejas.</p>                   | <p><b>B</b><br/><i>Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005</i></p> |
| <b>R</b> | <p>El cuidado agudo en hospitales diurnos es una alternativa para estancias de tiempo completo para las crisis agudas y como un servicio de acercamiento para aquellos pacientes que tienen un deficiente cuidado externo.</p> | <p><b>B</b><br/><i>Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia, 2005</i></p> |

#### 4.4 ESQUIZOFRENIA RESISTENTE A TRATAMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Identificar y abordar factores que contribuyan a la pobre adherencia al tratamiento, síntomas extrapiramidales, polifarmacia o escasas redes de apoyo social.</p>	<p>V-2 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Asegurarse que el paciente haya recibido por lo menos dos pruebas en el tratamiento antipsicótico adecuadas, uno de ellos debiendo ser un antipsicótico atípico (al menos seis semanas a dosis máxima tolerada).</p>	<p>V-1 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>La clozapina es el tratamiento de elección para la esquizofrenia resistente al tratamiento.</p>	<p>I <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>Se deben considerar los antipsicóticos de depósito cuando ha habido pobre adherencia terapéutica, pero se prefiere la clozapina porque la monitorización estrecha requerida aumenta el apego al tratamiento. Esta recomendación tendrá que ser revalorada en cuanto a la disponibilidad de los antipsicóticos atípicos de depósito.</p>	<p>V-1 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>
	<p>La terapia cognitivo conductual deberá ofrecerse junto con el tratamiento con clozapina o como una alternativa a ésta, si el paciente no quiere tomarla. En esta situación se deberá hacer el mayor esfuerzo para convencer e informar al paciente y a su familia sobre las secuelas discapacitantes de la enfermedad si los síntomas no remiten, dar una evaluación clara sobre los pros y contras del tratamiento con clozapina y permitir que hagan una elección informada.</p>	<p>V-1 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003</i></p>

**R**

Si los síntomas no remiten a pesar del uso de clozapina, reinstale el tratamiento antipsicótico previo y pruebe con un fármaco potenciador, como el litio. La terapia cognitivo conductual siempre se debe proporcionar, aunque la clozapina falle. No existe evidencia que afirme que la combinación de antipsicóticos sea útil en estos pacientes, además de que aumenta la presencia de efectos secundarios.

V-2

*Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003*

**R**

El apoyo social, familiar, la rehabilitación vocacional y un estilo de vida seguro y satisfactorio, son elementos críticos para la estabilidad de estos pacientes, quienes se encuentran en riesgo de ser marginados y desmoralizados.

I

*Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia, 2003*

## 4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA



### Evidencia / Recomendación

El personal de salud de los primeros niveles de atención debe referir al paciente con un primer episodio psicótico de forma urgente al segundo o tercer nivel de atención:

1. Cuando un paciente con diagnóstico establecido de esquizofrenia comience a presentar recurrencia de síntomas sugerentes de un nuevo episodio psicótico.
2. Cuando un paciente con esquizofrenia ya no sea atendido en un segundo o tercer nivel de atención, debe ser nuevamente referido cuando el personal del primer nivel observe que:
  - No hay respuesta al tratamiento.
  - No hay adherencia al tratamiento farmacológico.
  - Hay uso de sustancias comórbido.
  - Hay riesgo de daño a sí mismo o a otros.
  - Hay presencia de efectos secundarios adversos intolerables de la medicación.

### Nivel / Grado

Punto de buena práctica

## 5. ANEXOS

### 5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

#### Métodos utilizados para la búsqueda sistémica

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática de **Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el Primer y Segundo Nivel de Atención**. La búsqueda se realizó en la base de datos de la biblioteca Cochrane, PubMed y en el listado de sitios para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español.
- Documentos publicados durante los últimos 5 años.
- Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

#### Estrategia de búsqueda

##### Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de **diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia** en la base de datos PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos y documentos publicados durante los últimos 5 años. Se utilizaron términos validados del MeSh, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica. Se utilizaron los términos *schizophrenia / diagnosis / rehabilitation / therapy / treatment / therapeutics*. En esta estrategia de búsqueda también se incluyó la búsqueda de información enfocada a Guías de Práctica Clínica. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio resultados sin utilidad.

No.	Búsquedas	Resultados
1	"Schizophrenia/diagnosis"[Mesh] OR "Schizophrenia/rehabilitation"[Mesh] OR "Schizophrenia/therapy"[Mesh]	44515
2	("schizophrenia"[MeSh Terms] OR "schizophrenia"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSh Terms] OR "therapeutics"[All Fields])	44231
3	#7 or #8 AND ("2004/08/01"[PDat] : "2009/07/30"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND (Practice Guideline[ptyp] OR Guideline[ptyp]))	11

**Algoritmos de búsqueda:**

1. Schizophrenia/diagnosis [MeSh]
2. Schizophrenia/rehabilitation [Mesh]
3. Schizophrenia/therapy [Mesh]
4. # 1 or #2 or #3
5. Schizophrenia [MeSh Terms]
6. Schizophrenia [All Fields])
7. #5 or #6
8. Therapy"[Subheading]
9. Therapy"[All Fields]
10. Treatment"[All Fields]
11. Therapeutics"[MeSh Terms]
12. Therapeutics"[All Fields])
13. (English[lang] OR Spanish[lang])
14. # 4 or # 7
15. # 13 and # 14
16. Practice Guideline[ptyp]
17. Guideline[ptyp]
18. #16 or #17
19. 2004/08/01"[PDat] : "2009/07/30"[PDat]
20. (English[lang] OR Spanish[lang])
21. # 15 and #18 and #19 and #21

**Segunda etapa**

En esta etapa se realizó la búsqueda en 21 sitios de Internet en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica. En cinco de estos sitios se obtuvieron documentos, los cuales se utilizaron para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Recuperados
1	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) National Guideline Clearinghouse	1
2	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	1
3	National Collaborating Centre for Mental Health.	1
4	Australian Government. National Health and Medical Research Council NZGG	1
5	Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) Catalan Agency for Health Technology Assessment (CAHTA)	1
<b>Totales</b>		<b>5</b>

Desde la página Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) se ingresó a la National Guideline Clearinghouse y se escribió la palabra "schizophrenia". La búsqueda arrojó 37 documentos que incluían el término.

Se eligió el segundo documento:

*Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Second edition. American Psychiatric Association - Medical Specialty Society. 1997 (revised 2004 February). 114 pages. NGC:003572.

La cual es una guía consensuada según un grupo de expertos de la APA.

En la página del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) se introdujo el término "schizophrenia" y se delimitó la búsqueda al año 2008 y lo que va del 2009. Se encontró un documento con actualización reciente (marzo del 2009).

Posteriormente se buscó el término "esquizofrenia", delimitándolo del año 1999 a la fecha. Se encontraron 54 documentos.

Se decidió utilizar el documento con actualización reciente:

*Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and second care*. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute Mental Health and Clinical Excellence. March, 2009.

En la página del Australian Government. National Health and Medical Research Council y NZGG se obtuvo la siguiente guía:

McGorry P., Killackey E. y cols. *Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia*. Australasian Psychiatry. 2003, 111(2).

Por último, del sitio Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), Catalan Agency for Health Technology Assessment (CAHTA) se decidió revisar la Guía de Práctica Clínica (GPC) Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Documento extenso y disponible en español que incluye la atención de la esquizofrenia en todos los niveles de atención, para lo cual se seleccionó y adaptó la información correspondiente al primer y segundo nivel de atención.

### **Criterios de inclusión y exclusión de los documentos**

Debido a la gran cantidad de documentos que se examinaron el criterio general fue incluir las Guías de Práctica Clínica encontradas en los sitios más reconocidos, mencionados anteriormente, por lo que se excluyeron los demás documentos.

### **Tercera etapa**

Se realizó una búsqueda y recuperación de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de **diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia**. Se obtuvieron 123 documentos, pero ninguno tuvo relación con el tema de la Guía de Práctica Clínica.

Durante la búsqueda sistemática de información, llevada a cabo en las 3 etapas arriba descritas, se obtuvieron 139 documentos y se emplearon 5 de estos documentos por estar disponibles y ser de utilidad para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica.

## 5.2 SISTEMAS DE GRADACIÓN

Niveles de evidencia para la gradación de las evidencias	
Nivel	Tipo
I	Evidencia de al menos un estudio controlado aleatorizado
II-1	Evidencia de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización (diseño grupo control pretest-postest)
II-2	Evidencia de estudios analíticos de cohorte o casos-control bien diseñados, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación
II-3	Evidencia de estudios de medidas repetidas sin un grupo control (diseño con un grupo pretest-postest)
III	Evidencia de estudios exploratorios o generadores de hipótesis (estudios analíticos de factores o de vías, modelados) o estudios que involucren subanálisis
IV	Evidencia de estudios descriptivos, observacionales o estudios cualitativos (reportes de casos, estudios de correlaciones o análisis secundarios): opiniones de autoridades respetadas, basados en experiencia clínica o reportes de comités de expertos
V-1	Evidencia de metaanálisis, con todos los estudios incluidos en el metaanálisis clasificados como estudios controlados aleatorizados
V-2	Evidencia de revisiones “formales” (revisiones con descripciones detalladas de estrategias de búsqueda, como son las revisiones Cochrane)
V-3	Evidencia de revisiones “informales” que resumen otras investigaciones o publicaciones que no proveen una descripción detallada de la revisión

Escala adaptada de *Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia*. Can J Psychiatry, 2005

Niveles de evidencia para la graduación de las recomendaciones	
Nivel	Tipo
A	Fuerte evidencia basada en investigación, por ejemplo, para intervenciones; evidencia consistente de estudios controlados aleatorizados bien diseñados o metaanálisis con todos los estudios incluidos en la clasificación estadística reunida, clasificados como estudios controlados aleatorizados; evidencia consistente de estudios bien diseñados de casos-controles y de cohorte (Categorías I, V-1, II-2 de la tabla 1) para evidencia relacionada con prevalencia, hallazgos consistentes de estudios diseñados apropiadamente
B	Moderada evidencia basada en investigación, por ejemplo, estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, estudios de cohorte, estudios analíticos de casos y controles, estudios comparativos con controles históricos y estudios de medidas repetidas sin grupo control. Esta gradación sólo se utiliza cuando los estudios controlados aleatorizados bien diseñados favorecen la efectividad, pero la evidencia de cada estudio no es consistente (II-1, II-2, II-3)
C	Débil o con evidencia razonable de estudios descriptivos, observacionales o cualitativos. (Reporte de casos, estudios de correlaciones o análisis secundarios): revisiones formales; opiniones de expertos; consensos en el campo; estudios exploratorios o generadores de hipótesis, como son estudios de análisis de factores, análisis de vías, modelados o subanálisis (III, IV, V-2)
D	Sin evidencia de beneficio o daño del tratamiento

Escala adaptada de *Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia*, Can J Psychiatry, 2005.

#### Tablas con los niveles de evidencia científica y grados de las recomendaciones

*Guía de Práctica Clínica acerca de la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid, España, 2009.

Las definiciones de los niveles de evidencia científica utilizadas en esta GPC son las de la US Agency for Health Care Policy and Research (ahora, US Agency for Healthcare Research and Quality) y la clasificación de las recomendaciones es la que la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) propuso a partir de los anteriores niveles.

Niveles de evidencia científica	
Nivel	Tipo
Ia	La evidencia científica procede de metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede al menos de un ensayo clínico aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios observacionales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Grados de las recomendaciones	
Nivel	Tipo
A (EC Ia, Ib)	Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica
B (EC IIa, IIb, III)	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados acerca del tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C
C (EC IV)	Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad

Niveles de evidencia científica y grados de las recomendaciones	
Nivel	Tipo
I	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas de estudios relevados controlados aleatorizados
II	Evidencia obtenida de al menos un estudio apropiadamente diseñado controlado aleatorizado
III-1	Evidencia obtenida de estudios pseudoaleatorios controlados
III-2	Evidencia obtenida de estudios comparativos (incluyendo revisiones sistemáticas) con controles no aleatorizados, estudios de cohorte, estudios de casos y controles, series interrumpidas en el tiempo con grupos controles
III-3	Evidencia obtenida de estudios comparativos con dos o más estudios sencillos, series interrumpidas en el tiempo sin casos controles
IV	IV Evidencia obtenida de series de casos

*Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia. Australas Psychiatry, 2003.*

### 5.3 CONSIDERACIONES CLÍNICAS RELEVANTES

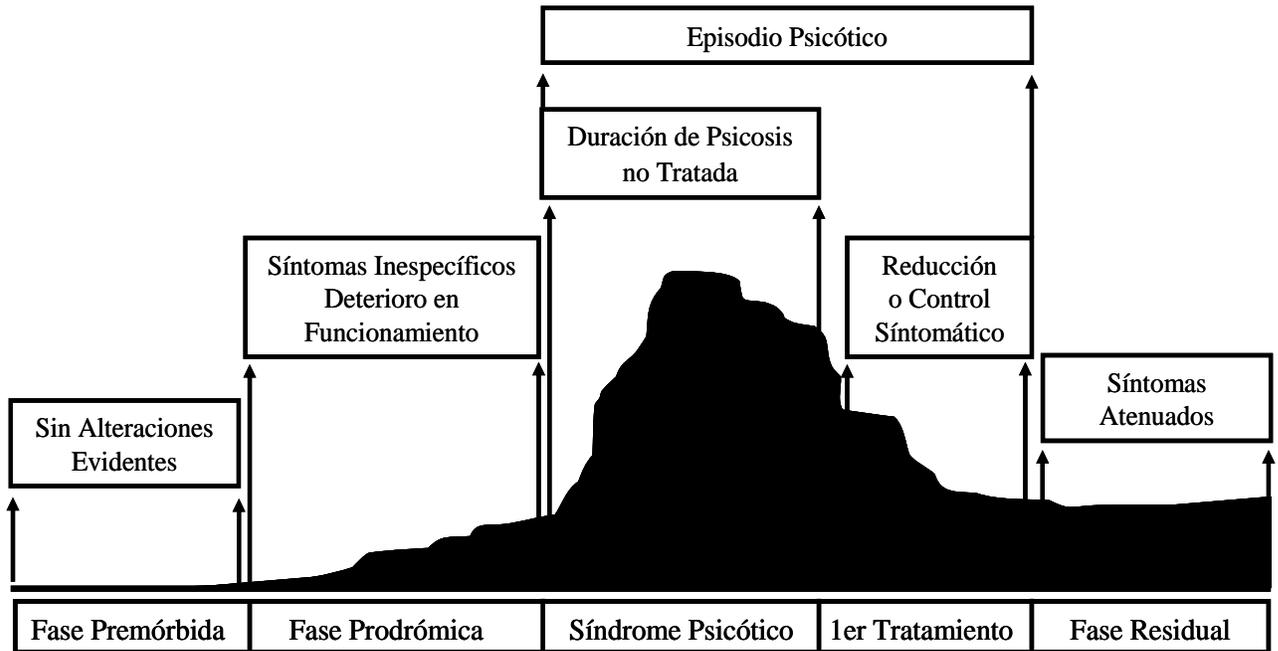
Síntomas positivos (productivos)	Conducta observable
Autorreferencia	Susplicacia
Ideas delirantes de daño	Temor o hipervigilancia
Ideas delirantes de persecución	Desconfianza
Alucinaciones auditivas	Soliloquios (hablar solo o reír solo)

Síntomas negativos (de déficit)	Conducta observable
Pobre expresión afectiva	Afecto pobre o sin variaciones
Aplanamiento del afecto	Rostro inexpresivo
Poco interés en relaciones sociales	Aislamiento
Apatía	Inactividad/Desinterés
Abulia	Inactividad
Descuido personal	Descuido en la higiene y el arreglo
Alogia	Discurso pobre, restringido
Pensamiento concreto	Dificultades en la abstracción y en la comprensión de metáforas

Síntomas de desorganización	Conducta observable
Desorganización del pensamiento	Lenguaje poco comprensible
Discurso circunstancial	Habla con detalles excesivos e irrelevantes
Discurso tangencial	Responde información diferente de la que se ha preguntado
Pensamiento disgregado	Habla temas sin conexión
Desorganización de la conducta	Conductas extrañas o sin sentido

Síntomas cognitivos	Manifestación en la conducta
Alteraciones de la función ejecutiva	Dificultades en los procesos de automonitoreo
Alteraciones de la función ejecutiva	Dificultades para la planeación de estrategias
Dificultades de atención y memoria	Problemas en la captación y el procesamiento de la información

Figura 1. Curso clínico del episodio psicótico.

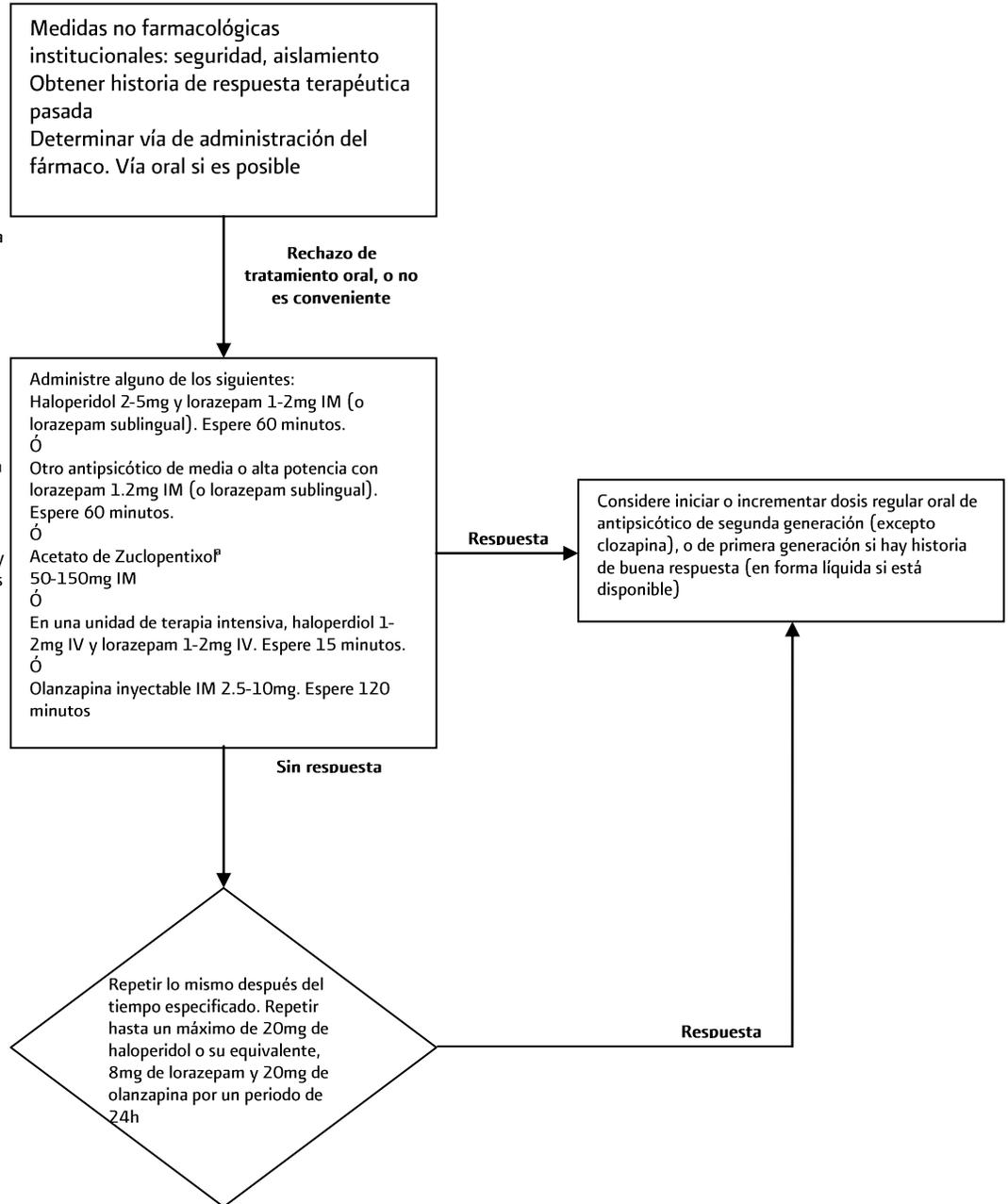


## 5.4 ALGORITMOS

### Algoritmo A. Tratamiento farmacológico urgente: Pacientes severamente agitados o agresivos.

**Notas:**

- Busque una segunda opinión si hay duda en cualquier etapa
- Asegure un equipo adecuado y entrenado para la demostración y aplicación de controles externos
- Para pacientes vírgenes a antipsicóticos, las benzodiacepinas pueden ser suficientes para controlar la agitación, mientras se titula la dosis del antipsicótico
- Las benzodiacepinas son más seguras que los antipsicóticos, pero manténgase al pendiente de la acumulación
- Benzotropina en 1-2mg IV o IM debe estar disponible para el tratamiento de urgencia de los síntomas extrapiramidales.
- La solución o las tabletas dispersables de la risperidona u olanzapina con/sin benzodiacepinas deben considerarse, antes que los antipsicóticos IM
- Evite dar acetato de Zuclopentixol<sup>a</sup> a pacientes vírgenes a tratamiento. En las primeras horas de la inyección una benzodiacepina puede ser útil para controlar la agitación
- Para la administración IV, hágala por más de 2-3 minutos. Debe monitorearse la respiración, pulso y presión sanguínea cada 5 minutos por varias horas después de la administración IV
- Equipo de resucitación respiratoria y cardíaca deben estar disponibles cuando se usa la vía intravenosa
- Evite mezclar olanzapina IM con benzodiacepinas



*La mayoría de los individuos gravemente descompensados de una psicosis responderán a las medidas mencionadas. Si no hay respuesta o el paciente permanece agitado, con peligro de dañarse a sí mismo u otros, busque una segunda opinión*

## 6. BIBLIOGRAFÍA

### De 2004 a 2009:

1. Addington D y cols. *Treatment of schizophrenia*. Clinical Practice Guidelines. Can J Psychiatry, 2005, 50(suppl 1).
2. Bhanji NH, Chouinard G, Margolese HC. *A review of compliance, depot intramuscular antipsychotics and the new long-acting injectable atypical antipsychotic risperidone in schizophrenia*. Eur Neuropsychopharmacol, 2004; 14(2):87-92.
3. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007.
4. *Consensus development conference on antipsychotic drugs, obesity, and diabetes*. J Clin Psychiatry, 2004.
5. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
6. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, McGorry PD. *Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism*. Aust N Z J Psychiatry, 2006; 40(11-12):951-62.
7. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. *Family intervention for schizophrenia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006; Issue 4. Art. No. CD000088. DOI: 10.1002/14651858.

### Guías anteriormente mencionadas:

1. *Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia*. Australas Psychiatry, 2003
2. Edwards J et al. *Implementing early intervention in psychosis: A guide to establishing early psychosis services, 2002*. National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models. London: Department of Health, 2000.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. *Schizophrenia. Full National clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London (United Kingdom): The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2003.

### Otras obras consultadas:

1. Barbato A, D'Avanzo B. *Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials*. Acta Psychiatr Scand, 2000; 102(2):81-97.
2. Baronet AM. *Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature*. Clin Psychol Rev, 1999 ;19:819-41.
3. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N et al. *Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders*. Am J Psychiatry, 2001; 158: 1706-1713.
4. Bechdolf A, Wagner M, Hambrecht M. *Psychological intervention in the prepsychotic phase: preliminary results of a multicentre trial*. Acta Psychiatr Scand, 2002; 106 (S413):41.
5. Birchwood M, Smith J, MacMillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, and others. *Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation*. Psychol Med, 1989; 19:649-56.

6. Cornblatt B, Lencz T, Correll C, Author A, Smith C. *Treating the prodrome: Naturalistic findings from the RPA Program*. Acta Psychiatr Scand, 2002; 106 (S413):44.
7. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR et al. *A randomized controlled trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness*. Arch Gen Psychiatry, 1999; 56:627–633.
8. Edwards J et al. *Schizophrenia: Core Interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: Abba Litho Sales. Psychiatr Serv, 2002.
9. Emsley RA. *Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: A double-blind multicenter study*. Risperidone Working Group. Schizophr Bull, 1999; 25:721–729.
10. Fitzgerald P, Kulkarni J. *Home-oriented management program for people with early psychosis*. Br J Psychiatry, 1998; 172 (Suppl. 33):39–44.
11. Fresán A, Apiquian R, de la Fuente-Sandoval C, García-Anaya M, Lóyzaga C, Nicollini H. *Premorbid adjustment and violent behavior in schizophrenic patients*. Schizophrenia Research, 2004; 69 143-148.
12. Fresán A, Apiquián R, Ulloa RE, García-Anaya M, Lóyzaga C, Nicollini H. *Ajuste premórbido en el primer episodio psicótico: Características demográficas y clínicas*. Psiquiatría y Salud Integral, 2003; 3(2):8-16.
13. Geddes J. *Prevention of relapse in schizophrenia*. N Engl J Med, 2002; 346: 56–57.
14. Gewirtz G, Squires-Wheeler E, Sharif Z, Honer WG. *Results of computerized tomography during first admission for psychosis*. Br J Psychiatry, 1994; 164:789–95.
15. Gleeson J, Jackson HJ, Stavely H, Burnett P. *Family intervention in early psychosis*. In: McGorry PD, Jackson HJ, eds. *The Recognition and Management of Early Psychosis: A preventive approach*. UK: Cambridge University Press, 1999; 376–406.
16. Herz MI, Lamberti JS. *Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia*. Schizophr Bull, 1995 ;21:541–51.
17. Jackson HJ, McGorry PD, Edwards J et al. *Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): Preliminary results*. Br J Psychiatry, 1998; 172(suppl. 33):93–100.
18. Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK et al. *Early detection strategies for untreated first-episode psychosis*. Schizophr Res, 2001; 51:39–46.
19. Kane JM, Eerdeken M, Lindenmayer J-P, Keith SJ, Lesem M, Karcher K. *Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic*. Am J Psychiatry, 2003; 160:1125–32.
20. Kane JM, Honigfeld G, Singer J, Meltzer HY. *Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: a double-blind comparison with chlorpromazine*. Arch Gen Psychiatry, 1988; 45:789–96.
21. Kane JM, Marder SR, Schooler NR, Wirshing WC, Umbricht D, Baker RW and others. *Clozapine and haloperidol in moderately refractory schizophrenia: a 6-month randomized and double blind comparison*. Arch Gen Psychiatry, 2001; 58:965–72.
22. Kapur S, Remington G. *Atypical antipsychotics. Patients value the lower incidence of extrapyramidal side effects*. Br Med J, 2000; 321:1360–1361.
23. Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO et al. *Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment*. Am J Psychiatry, 2001; 158:1917–1919.
24. Lehman AF, Steinwachs DM. *Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcomes research team (PORT) project*. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry, 2003; 31:141–54.
25. Lenior ME, Dingemans PMAJ, Linszen DH, de Haan L, Schene AH. *Social functioning and the course of early-onset schizophrenia*. Br J Psychiatry, 2001; 179:53–58.
26. Lieberman JA, Phillips M, Gu H, Stroup S, Zhang P, Kong L, et al. *Atypical and conventional antipsychotic drugs in treatment-naive first-episode schizophrenia: a 52-week randomized trial of clozapine vs chlorpromazine*. Neuropsychopharmacology, 2003; 28(5):995-1003.

27. Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, Green AI, Gur RE, Kahn R, and others. *Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapina versus haloperidol*. *Am J Psychiatry*, 2003; 160:1396–404.
28. Malla AK, Norman RM. *Prodromal symptoms in schizophrenia*. *Br J Psychiatry*, 1994; 164:487–93.
29. Marshall M, Lockwood A. *Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software, 2003.
30. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. *Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature*. *J Marital Fam Ther*, 2003; 29:223–45.
31. McGorry P., Killackey E. y cols. *Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia*. *Australas Psychiatry*, 2003; 111(2) de la GPC.
32. McGorry PD, Chanen A, McCarthy E, Van Riel R, McKenzie D, Singh BS. *Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: An unrecognized postpsychotic syndrome*. *J Nerv Ment Dis*, 1991; 179:253–258.
33. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, and others. *Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms*. *Arch Gen Psychiatry*, 2002; 59:921–8.
34. Meltzer HY, Alphs L, Green AI et al. for the InterSePT, Study Group. *Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International suicide prevention trial (InterSePT)*. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60:82–91.
35. Merlo MCG, Hofer H, Gekle W et al. *Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first episode, acutely psychotic patients: Treatment efficacy and effects on fine motor functioning*. *J Clin Psychiatry*, 2002; 63:885–891.
36. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Äijälä Ä, Helenius H. *Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients*. *J Nerv Ment Dis*, 1999; 187:343–352.
37. Norman RM, Malla AK. *Prodromal symptoms of relapse in schizophrenia: a review*. *Schizophr Bull*, 1995; 21:527–39.
38. Phillips LJ, Yung AR, Yuen HP, Pantelis C, McGorry PD. *Prediction and prevention of transition to psychosis in young people at incipient risk for schizophrenia*. *Am J Med Genet*, 2002; 114:929–37.
39. Ram R, Bromet EJ, Eaton WW, Pato C, Schwartz JE. *The natural course of schizophrenia: a review of first-admission studies*. *Schizophr Bull*, 1992; 18:185–207.
40. Remington G, Kapur S, Zipursky RB. *Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia*. *Br J Psychiatry*, 1998; 172(Suppl. 33):66–70.
41. Shaw K, McFarlane A, Bookless C. *The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness*. *J Nerv Ment Dis*, 1997; 185:434–441.
42. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. *Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *J Nerv Ment Dis*, 2003; 191(8):515-23.
43. Woods S, Zipursky R, Perkins D, Addington J, Marquez E, Breier A, McGlashan TH. *Olanzapine vs. placebo for prodromal symptoms*. *Acta Psychiatr Scand*, 2002; 106:S413-43.
44. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, and others. *Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group*. *Schizophr Res*, 2003; 60(1):21–32.
45. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. *Risk factors for psychosis in an ultra-high risk group: psychopathology and clinical features*. *Schizophr Res*, 2004; 67(2–3):131–42.
46. Zhang M, Wang M, Li J, Phillips MR. *Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: An 18-month study in Suzhou, Jiangsu*. *Br J Psychiatry*, 1994; 24(Suppl.): 96–102.

## **7. AGRADECIMIENTOS**

Al CENETEC por la capacitación y el apoyo brindado.

A los pacientes, que por ellos se hace este enorme esfuerzo.

## 8. COMITÉ ACADÉMICO

### Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud / CENETEC

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Luis Agüero y Reyes	Director de Integración de GPC
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de GPC
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector de Gestión de GPC
Dra. Berenice Figueroa Cruz	Depto. de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Depto. de Apoyo Científico para GPC
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	Depto. de Coord. de Centros de Desarrollo de GPC
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación Documental
Lic. Antonio Eduardo Arroyo Villasana	Revisión Editorial
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Manuel Gil Vargas	Coordinadora de guías de cirugía pediátrica
Dr. Andrés González de la Rosa	Coordinador de guías de medicina interna

## 9. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### Directorio Sectorial

**Secretaría de Salud / SSA**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
**Director General del ISSSTE**

**Sistema Nacional Para El Desarrollo Integral De La Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín  
**Titular del SNDIF**

**Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
**Director General de PEMEX**

**Secretaría de Marina / SEMAR**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
**Secretario de Marina**

**Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA**

General Guillermo Galván Galván  
**Secretario de la Defensa Nacional**

**Consejo de Salubridad General / CSG**

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

### Directorio Institucional

Dr. Alejandro Caballero Romo  
**Jefe de la Consulta Externa**

## 10. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez	Presidenta
<b>Subsecretaría de Innovación y Calidad</b>	
Dr. Mauricio Hernández Ávila	Titular
<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
Dr. Julio Sotelo Morales	Titular
<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	
Lic. Daniel Karam Toumeh	Titular
<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	
Dr. Jorge Manuel Sánchez González	Titular
<b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	
Dr. Octavio Amancio Chassin	Titular
<b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes	Titular
<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos	Titular
<b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	
Dr. Santiago Echevarría Zuno	Titular
<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	
Dr. Carlos Tena Tamayo	Titular
<b>Subdirector General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna	Titular
<b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci	Titular
<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández	Titular
<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
<b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	
Dra. Gabriela Villarreal Levy	Titular
<b>Directora General de Información en Salud</b>	
M en C Adriana Velázquez Berumen	Titular y suplente del presidente
<b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	
Dra. Ma. Elena Barrera Tapia	Titular 2008-2009
<b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	
Dr. Luis Felipe Graham Zapata	Titular 2008-2009
<b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	
Dr. Rodolfo Torre Cantú	Titular 2008-2009
<b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	
Dr. Emilio García Procel	Titular
<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	
Dr. José Antonio Carrasco Rojas	Titular
<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero	Asesor Permanente
<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, AC</b>	
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	
Mtro. Rubén Hernández Centeno	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	
Dr. Roberto Simón Sauma	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, AC</b>	
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, AC</b>	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
<b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	