

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

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

Guía de Referencia Rápida

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

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



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

DEFINICIÓN

Esquizofrenia es el término utilizado para describir la condición compleja y confusa de una de las enfermedades mentales más incapacitantes, ya que afecta la capacidad de la persona de pensar claramente, controlar sus emociones, tomar decisiones o relacionarse con los demás. Se caracteriza por diversos síntomas que afectan múltiples procesos psicológicos: alteración de la percepción (alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, etc.), verificación de la realidad a través de juicios aberrantes que resultan en creencias extraordinarias y falsas de la realidad (delirios), trastornos del pensamiento (pensamiento circunstancial, perseverante, falta de asociaciones, etc.), trastornos del afecto (afecto aplanado, afecto inapropiado), alteraciones de la conducta (catatonia, desorganización), así como alteraciones en la motivación y el juicio. Adicionalmente, los pacientes presentan problemas cognoscitivos que afectan la memoria, la atención, la concentración y la capacidad de abstracción. Hasta el momento, no existe algún síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia. Además, los síntomas de la esquizofrenia se presentan de forma heterogénea y difieren de un paciente a otro, siendo cada caso muy particular.

PREVALENCIA EN MÉXICO

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable aun cuando la mayor parte de los estudios establece un promedio cercano a 1 caso por cada 100 habitantes. Esta distribución se muestra uniforme en todo el mundo, siendo similar la prevalencia en hombres y mujeres.

FACTORES DE RIESGO

Se considera que la esquizofrenia es una enfermedad determinada por múltiples factores de riesgo, tanto genéticos como ambientales. La interacción entre los factores ambientales puede ocasionar la enfermedad en individuos genéticamente susceptibles a padecerla.

Los factores de riesgo genéticos no pueden explicar la patología. Así, la esquizofrenia no es una enfermedad monogénica o con un patrón de genética mendeliana. Sin embargo, se estima que el antecedente familiar de esquizofrenia confiere un riesgo 10 veces mayor para sufrirla, siendo así el elemento más sólido que refuerza el componente genético de la enfermedad. No obstante, el encontrar una concordancia de la enfermedad hasta de un 50% en gemelos idénticos (monocigotos) que comparten el 100% de su información genética, hace considerar la fuerte atribución de los factores ambientales para el desarrollo de la enfermedad.

En la actualidad se han descrito algunos factores de riesgo ambientales para el desarrollo de la esquizofrenia. Sin embargo, ninguno es causal de la esquizofrenia y su estudio continúa en proceso:

- Género masculino (aparición más temprana de la enfermedad).
- Nivel de urbanización (mayor riesgo en áreas urbanas en comparación con rurales).
- Inmigración.
- Estación del nacimiento (invierno).
- Edad paterna avanzada.
- Complicaciones obstétricas y perinatales (principalmente aquéllas que se traducen en sufrimiento fetal).
- Exposición prenatal a infecciones (influenza).
- Traumatismo craneoencefálico con pérdida del estado de alerta.
- Crisis convulsivas (fenómenos epilépticos en etapas tempranas de la vida).
- Exposición a sustancias (principalmente estimulantes, solventes, alucinógenos y cannabis).

AJUSTE PREMÓRBIDO

Se define como el ajuste psicosocial del individuo en las áreas escolar, laboral, social y de relaciones interpersonales anterior a la aparición de los primeros síntomas psicóticos, como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento o trastornos del comportamiento (los síntomas no son producto de una causa orgánica). Un bajo ajuste premórbido se refiere al deterioro en la adaptación del individuo en estas áreas y abarca un período de 6 meses antes de la aparición de los síntomas psicóticos o 6 meses antes de la primera hospitalización o contacto con un servicio especializado de psiquiatría. Se ha establecido que existen cambios en el funcionamiento que preceden al inicio de la enfermedad y al momento en el que se presentan los síntomas psicóticos. El inicio de un episodio de esquizofrenia se ha basado en la aparición de los primeros síntomas psicóticos durante la adolescencia tardía o en la adultez temprana.

PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Se describe como el período temporal en el que por primera vez se manifiestan síntomas específicos que cumplen con un criterio sindromático y categorizan un trastorno psicótico. Los pacientes con un primer episodio psicótico pueden presentar varios síntomas de forma heterogénea, por ejemplo: prominentes síntomas negativos y moderados, trastornos del pensamiento, delirios y alucinaciones. Esto sugiere que existe un continuum desde las experiencias que semejan psicosis, desorganización del pensamiento, trastornos del afecto y síntomas negativos. Los síntomas negativos son de suma importancia ya que se asocian con un pobre funcionamiento, funciones cognitivas y pobre respuesta a los antipsicóticos. En el primer episodio psicótico los síntomas negativos primarios muestran una baja prevalencia y se pueden agrupar en dos dimensiones: alogia/aplanamiento afectivo y anhedonia/apatía.

Todo episodio tiene un principio, que es cuando se presentan los síntomas específicos que definen un síndrome, y tiene una terminación que ocurre con la remisión de los síntomas. Es importante considerar que el primer episodio psicótico puede tener una duración de varios años tras el inicio de los síntomas, debido a que los pacientes tardan en buscar atención y tratamiento especializado para los síntomas que les aquejan (de uno a dos años con síntomas psicóticos activos en promedio).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para el diagnóstico de los trastornos mentales se utiliza la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10). La CIE-10 plantea que no hay síntomas patognomónicos, pero sí que ciertos fenómenos psicopatológicos que suelen presentarse entre sí tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia:

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado (1), o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en el apartado (2) deben estar o haber estado presentes la mayor parte del tiempo, durante un episodio de enfermedad psicológica, de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).

1. Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo, al movimiento de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son inverosímiles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

2. Al menos 2 de los siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, sobrevaloradas persistentes o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.
- b) Neologismos, interceptación o bloqueo en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje incoherente o circunstancial.
- c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo o estupor.
- d) Síntomas "negativos", tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

G2. Criterio de exclusión más frecuentemente usado:

- 1. Si en el enfermo también se satisfacen criterios para un episodio maniaco o depresivo los criterios citados anteriormente deben satisfacerse antes de aparecer el trastorno del humor.
- 2. El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (en el sentido en el que se especifica) o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionadas con alcohol u otras drogas.

CRITERIOS DE REFERENCIA AL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

- El personal de salud del primer nivel de atención debe referir al paciente con un primer episodio psicótico de forma urgente al segundo o tercer nivel de atención para su estudio.
- Cuando un paciente con diagnóstico establecido de esquizofrenia comience a presentar recurrencia de síntomas sugerentes de un nuevo episodio psicótico.
- Cuando un paciente con esquizofrenia ya no sea atendido en el segundo o tercer nivel de atención. Debe ser referido nuevamente cuando el personal del primer nivel de atención 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.

MANEJO DE LOS PACIENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Llevar un monitoreo del estado físico y mental del paciente con esquizofrenia, mínimo una vez al año:
 - Monitoreo de ganancia de peso y obesidad (circunferencia abdominal o de la cadera).
 - Presión arterial.
 - Ingesta de alimentos.
 - Nivel de actividad y ejercicio.
 - Uso de tabaco, alcohol u otras sustancias.
 - Niveles sanguíneos de glucosa y lípidos.
 - Niveles de prolactina (si está indicado).
- Los resultados de estas evaluaciones deben ser comunicados (y documentados) al personal de segundo y tercer nivel de atención.
- Aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial sistémica deben ser tratados según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, y la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS PARA EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

El tratamiento de la esquizofrenia puede dividirse, según los estadios o fases del trastorno, en fase prepsicótica o prodrómica, primer episodio psicótico, esquizofrenia persistente o recurrente (incluyendo prevención y tratamiento de las recaídas), terapia de mantenimiento y el tratamiento de la esquizofrenia refractaria.

Fase prepsicótica o prodrómica:

Debe considerarse la posibilidad de un trastorno psicótico en cualquier persona joven que presente aislamiento social importante, disminución del desempeño laboral o escolar, comportamiento raro o extraño e inusual y periodos de agitación o alteración, aún sin explicación aparente (V-1).

Los rasgos psicóticos subumbrales combinados con el inicio del deterioro funcional, especialmente si hay historial familiar, son sinónimos de alto riesgo. El individuo y la familia deben involucrarse activamente en la evaluación y el monitoreo regular de su estado mental. Tales evaluaciones deben llevarse a cabo en sus casas o en el primer nivel de atención con la intención de evitar el estigma (V-1).

Los síndromes comórbidos, tales como depresión y abuso de sustancias, así como problemas en el área laboral, familiar y/o escolar, deben ser manejados apropiadamente (III-3).

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 psicosis no es inevitable y que si ocurre, entonces se pueden conseguir fácilmente tratamientos efectivos y bien tolerados (III-3).

El uso de fármacos antipsicóticos en la fase prodrómica aún se encuentra bajo investigación. Hasta ahora, sólo se debe reservar para pacientes francamente psicóticos (V-1).

Primer episodio psicótico (PEP):

Las estrategias para mejorar el tratamiento del PEP incluyen una mejor educación de la salud mental, primeros niveles más capacitados y mayor responsabilidad de la psiquiatría pública y privada para los posibles casos. Los sistemas de educación comunitarios deben ser desarrollados para mejorar el entendimiento de cómo los trastornos psicóticos pueden presentarse en una persona sana y cómo se puede buscar y obtener asesoramiento, apoyo y tratamiento efectivos (III-1).

Un alto índice de sospecha y una evaluación por un experto deben considerarse ante un probable PEP (V-1).

El tratamiento inicial debe proporcionarse de forma externa o en casa. Tal medida puede minimizar el trauma, el trastorno y la ansiedad del paciente y su familia, que usualmente están mal informados acerca de la enfermedad mental y que tienen miedos y prejuicios acerca del manejo psiquiátrico intrahospitalario. El tratamiento intrahospitalario está indicado si existe riesgo de auto o hetero agresión, si el nivel de apoyo comunitario es insuficiente o si la crisis es demasiada para que la familia la maneje (V-1).

El tratamiento intrahospitalario debe ser proporcionado, por lo menos, en un ambiente restrictivo. Las unidades intrahospitalarias óptimas deben estar enfocadas dependiendo de la fase y estadio de desarrollo de la enfermedad, ser relativamente pequeñas en tamaño y proveer el personal adecuado, de forma que, si es posible, sea 1:1 el cuidado de pacientes agitados, alterados o con riesgo suicida, sin la necesidad de secciones cerradas en la unidad o el aislamiento del paciente, a menos que sea absolutamente necesario (III-3).

Los tratamientos farmacológicos deben iniciarse con extrema precaución en pacientes vírgenes al tratamiento para ocasionar el menor daño, mientras se logra el máximo beneficio. Las estrategias adecuadas incluyen el inicio gradual, con información detallada, de dosis bajas de antipsicóticos. Los cuidados de enfermería calificados, un ambiente seguro y de apoyo, y dosis regulares de benzodiacepinas, 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).

El tratamiento de primera elección son los antipsicóticos atípicos, recomendados basándose en el hecho de mejor tolerabilidad y riesgo reducido de disquinesia tardía. A largo plazo el riesgo-beneficio puede cambiar para algunos pacientes, por ejemplo, si se aumenta de peso o si los efectos sexuales secundarios son producto del uso de estos fármacos. Es entonces cuando los antipsicóticos típicos deben ser considerados (I).

En la evaluación inicial deben considerarse diversos estudios, como una tomografía axial computarizada (TAC), evaluación neurocognitiva, examen neurológico para evaluar algún trastorno del movimiento, electrocardiograma (ECG), medición del peso (basados en el índice de masa corporal [IMC]) y de la glucosa sérica (V-1).

Intervenciones psicosociales, especialmente la terapia cognitivo-conductual (TCC), son un componente importante 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 (III-3). Los familiares y, en la medida de lo posible, otros miembros de la red de apoyo social deben ser debidamente capacitados y apoyados 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 (I).

Si la recuperación es lenta y la remisión no ocurre, a pesar de la buena adherencia terapéutica a dos fármacos antipsicóticos (y que por lo menos uno sea de tipo atípico) por lo menos durante 6 semanas cada uno, el uso temprano de la clozapina y una TCC intensiva deben ser considerados (I).

El uso temprano de la clozapina también debe ser considerado si el riesgo suicida es elevado y persistente (II).

TABLA 1. RECOMENDACIONES DE INTERVENCIÓN EN EL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO		
INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS		INTERVENCIONES PSICOSOCIALES
PRIMER EPISODIO PSICÓTICO NO AFECTIVO	PRIMER EPISODIO PSICÓTICO ESQUIZOAFECTIVO	
De 24 a 48 h en observación (no usar AP, usar BZD para tratar la ansiedad y las alteraciones del sueño) [V-1]. Comenzar con dosis baja del atípico [II], en 7 días aumentar hasta la dosis objetivo (risperidona 2 mg, olanzapina 10 mg, quetiapina 300 mg, amisulprida 400 mg) y mantener las siguientes 3 semanas [III-2, V-1]. Si no hay respuesta, aumentar la dosis lentamente las siguientes 4 semanas (8 semanas en total) a 4 mg, 20 mg, 800 mg y 800 mg respectivamente [III-2, V-1]. Si hay respuesta, continúe el tratamiento por 12 meses, y si remite el cuadro reduzca gradualmente a lo largo de algunos meses, con vigilancia estrecha. Si hay secundarios (e.g. aumento de peso), considerar cambiar a un agente típico. Si no hay respuesta, determinar la razón para la pobre adherencia, dialogar, analizar las razones, optimizar la dosis, intentar enlace terapéutico [V-2]. Si no hay respuesta, cambiar a otro AP atípico y determinar a las 6-8 semanas [V-1]. Si no hay respuesta, hay pobre adherencia o riesgo persistente de suicidio, es recomendable usar la clozapina, informando al paciente y familiares acerca de las ventajas y riesgos. Si no están de acuerdo, otros ensayos con atípicos o típicos pueden justificarse. 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]. Si no hay respuesta o pobre adherencia con recaídas frecuentes, intentar con un típico de depósito a dosis baja por 3-6 meses. Actualmente, sólo que así lo prefiera el paciente, esta es la última opción de tratamiento debido a la baja tolerabilidad, mayor restricción y estigma asociado. Estas recomendaciones pueden variar en el futuro con la disponibilidad de inyectables de AP atípicos [V-2].	De 24-48 h en observación (no usar AP, usar BZD para tratar la ansiedad y las alteraciones del sueño) [V-1]. Si es de tipo maniaco, iniciar con un estabilizador del ánimo junto con un AP atípico a dosis bajas (agregar BZD si requiere sedación) [V-1]. Si no hay respuesta, cambiar a otro atípico [V-1]. Si es de tipo depresivo, iniciar con dosis bajas de atípico y con un ISRS [V-1]. Si hay respuesta, mantener por 12 meses y discontinuar gradualmente [V-1]. Si es de tipo ciclotímico o hay historial familiar de bipolaridad, agregar un estabilizador del ánimo [V-1]. Si no hay respuesta, cambiar a otro atípico. Si no hay respuesta al ISRS, cambiar a un ISRN [V-1]. Si persiste sin responder, intentar antidepresivos tricíclicos, sino después considerar TEC [V-1].	Periodo prepsicótico: Vinculación con el Centro de Salud Mental. TCC [V-1]. Manejo del estrés [V-1]. Rehabilitación vocacional [V-1]. Intervención familiar [V-1]. Iniciar ISRS si está indicado, por comorbilidad. Primer episodio psicótico en fase aguda: TCC [II]. Psicoeducación y apoyo emocional para pacientes y familiares/cuidadores [V-1]. Informar al paciente y a los cuidadores (especialmente cuando en las admisiones se involucren eventos traumáticos) [V-2]. Tratar las comorbilidades (e.g. uso de sustancias, trastornos de ansiedad y del ánimo, trauma) [V-1]. Programas de tratamiento individualizado para revertir el deterioro social, reiniciar labor vocacional, reducir estresores ambientales, alianza terapéutica y aceptación del tratamiento, del estilo de vida y ambiente social [V-1].
AP, antipsicótico; BZD, benzodiacepinas; ISRS, inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina; ISRN, inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina; TEC, terapia electroconvulsiva.		

Recuperación y recaída:**Tratando a la esquizofrenia en el periodo crítico**

En pacientes que se encuentran en remisión total la medicación antipsicótica debe ser continuada durante al menos 12 meses y después hacer un intento de retirarla durante un periodo de varias semanas. El seguimiento estrecho por un especialista debe continuar durante al menos 12 meses, y cualquier tipo de recaída debe identificarse y tratarse rápidamente (V-1).

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 (III-3).

Incluso en pacientes con remisión total, un conjunto de 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 tratada (V-1).

Todo paciente tiene derecho a un ambiente familiar seguro y agradable (V-1).

Al apoyo e intervención familiar deben ser proporcionados de forma consistente durante esta fase (I).

El riesgo suicida debe ser activamente vigilado y monitoreado (II).

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

La mayoría de los pacientes deben permanecer principalmente bajo el cuidado de un especialista en salud mental a través de los primeros años de la enfermedad, para después ser enviados 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).

Manejo de la fase aguda:

La **Tabla 2** resume las estrategias del manejo de la fase aguda. Una alianza terapéutica efectiva para un apego al tratamiento es esencial. Una buena adherencia a los antipsicóticos e intervenciones psicosociales específicas, particularmente las familiares, pueden reducir el riesgo de una recaída. Una ventaja significativa de los antipsicóticos atípicos sobre los típicos en la prevención de una recaída está demostrada. Los pacientes poco vinculados y con recaídas frecuentes se benefician con programas de intervención individualizados. El abuso de sustancias comórbido comúnmente contribuye a las recaídas, las intervenciones basadas en la TCC, y las entrevistas motivacionales muestran esperanzas prometedoras, pese a que aún hay importantes desafíos en el manejo de las psicosis en este estadio con resultados a veces un tanto discutibles y controvertidos.

TABLA 2. RECOMENDACIONES EN LAS RECAÍDAS AGUDAS		
INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS		INTERVENCIONES PSICOSOCIALES
ORAL	DEPÓSITO	
Identificar la causa de la recaída y distinguir entre la recaída provocada por pobre adherencia o recaída a pesar de buena adherencia [V-1]. Optimizar la dosis del fármaco y revisar la polifarmacia [V-1]. Reiniciar el tratamiento si la recaída es secundaria a mal apego, después de entender las razones [I]. Si no hay respuesta o si existe intolerancia a los efectos adversos con el antipsicótico típico, cambiar a atípico. Si a pesar de una adecuada adherencia terapéutica sucede una recaída, cambiar a antipsicótico atípico. Si el paciente tiene buena respuesta y no presenta intolerancia a los efectos secundarios del antipsicótico típico, hay que reiniciarlo. Si existe intolerancia con un fármaco atípico, especialmente aumento de peso, ofrecer el cambio a otro antipsicótico atípico o típico [II]. Si el paciente se encuentra con fármaco de depósito, tomar la recaída como una experiencia de aprendizaje y como una oportunidad para revisar el tratamiento de depósito dentro de un marco psicoeducativo [V-1]. Si la resistencia al tratamiento es evidente y se ha probado con dos antipsicóticos (por lo menos uno atípico), cambiar a clozapina [I]. Considerar el fármaco de depósito como último recurso, a no ser que el paciente lo prefiera. Esto cambiará cuando estén disponibles los antipsicóticos atípicos de depósito, que tendrán que ser considerados antes que la clozapina [V-2].	Antes de iniciar la aplicación de un antipsicótico de depósito se deben considerar los efectos reversibles en una posible recaída (síntomas extrapiramidales) [V-1]. Si se ha considerado el uso de antipsicótico de depósito, se debe iniciar con la dosis mínima posible y un intervalo de dosis máxima. Los fármacos de depósito deben utilizarse junto con intervenciones psicosociales [I]. Se puede requerir de benzodiacepinas o neurolepticos orales como complementos [II].	Orientar y apoyar al paciente y a los cuidadores acerca de las recaídas, especialmente durante el segundo episodio [I]. Estructurar intervenciones familiares [I]. Manejar comorbilidades con Terapia Cognitivo-Conductual [II]. Psicoeducación [III-1]. Terapia de aceptación [II]. Manejo de caso [V-1]. Tratamiento comunitario [I]. Rehabilitación vocacional [I]. Prevención de recaídas [I]. Minimización del daño producido por trastornos secundarios a uso de sustancias [II].

Tratamiento de mantenimiento y cuidados en la esquizofrenia crónica (all V-1):

- Activamente, mantener y alentar las actividades sociales y económicas, tales como el acceso a trabajo remunerado o a una pensión, actividades en el hogar y relaciones sociales. Atender cuestiones clínicas, tales como el apego al tratamiento, redes de apoyo familiar, síntomas depresivos, monitoreo del riesgo suicida y abuso de sustancias.
- En conjunto con el médico general, asegurar la realización de chequeos generales anuales, midiendo peso, presión arterial, perfil de lípidos, ECG y glucosa en ayunas. Además de medidas preventivas, tales como la detección de cáncer cervicouterino, mama, colon, piel y próstata.
- Alentar al paciente para que deje de fumar, reduzca el abuso de sustancias psicoactivas, y promover la actividad física y una dieta saludable.
- Supervisar regularmente la función sexual.
- Evaluar cada 6 meses la presencia de discinesia tardía.
- Evaluar los signos de remisión y valorar la necesidad de continuar con el tratamiento antipsicótico.
- Promover activamente el desarrollo y el mantenimiento del rol social significativo a través de la rehabilitación vocacional “in vivo”.

Esquizofrenia resistente al tratamiento:

- Identificar y abordar factores que contribuyan a la pobre adherencia al tratamiento, síntomas extrapiramidales, polifarmacia o escasas redes de apoyo social (V-2).
- Asegurar que el paciente haya recibido al menos dos pruebas adecuadas de tratamiento antipsicótico, debiendo ser atípica una de ellas (al menos 6 semanas de dosis máxima tolerada) (V-1).
- La clozapina es el tratamiento de elección para la esquizofrenia resistente al tratamiento (I).
- 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 tiene que ser revalorada en cuanto estén disponibles los antipsicóticos atípicos de depósito (V-1).
- La terapia cognitivo-conductual debe ofrecerse junto con el tratamiento de clozapina o como una alternativa a ésta si el paciente no quiere tomarla. En esta situación se debe hacer el mayor esfuerzo para convencer e informar al paciente y a su familia acerca de las secuelas discapacitantes de la enfermedad si los síntomas no remiten, dar una evaluación clara acerca de los pros y contras del tratamiento con clozapina y permitir que hagan una elección informada.
- Si a pesar del uso de clozapina los síntomas no remiten, reinstalar el tratamiento antipsicótico previo y probar 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).
- El apoyo social y 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).

Manejo de las urgencias agudas en la esquizofrenia:

- Varias de las estrategias preventivas se encuentran encaminadas a reducir la probabilidad, severidad y secuelas de las emergencias (recaídas).
- Usar antipsicóticos típicos, como tranquilizantes, únicamente como último recurso durante el episodio de agitación, debido al alto riesgo de producir efectos extrapiramidales. Incluso en pacientes que han presentado varios episodios de agitación las dosis de neurolepticos que se utilizan como tranquilizantes exceden por mucho el umbral para que se produzcan síntomas extrapiramidales.
- Si el paciente es cooperador, se le debe dar una dosis de benzodiacepinas vía oral (e.g. lorazepam 1-2 mg o diazepam 5-10 mg), seguida de olanzapina vía oral (5-10 mg). Se pueden necesitar dosis altas de benzodiacepinas para algunos pacientes, especialmente para aquellos con dependencia a sustancias. El uso de haloperidol es difícil de justificar debido a que se asocia a efectos extrapiramidales severos y a que no tiene un efecto sedante.
- Si el paciente se muestra agresivo y no acepta el tratamiento vía oral, si la respuesta a este tratamiento no resulta adecuada o si se necesita tranquilizarlo rápidamente debido a que cada vez se torna más agresivo, entonces se recomienda el tratamiento por vía parenteral. Se debe empezar con 5 mg de midazolam aplicado de forma intramuscular. Cuando se aplica cualquier medicamento por vía parenteral se requiere que haya equipo de resucitación en la sala, además de que el paciente tiene que permanecer bajo observación al menos 2 horas después de la aplicación del fármaco.
- Si los procedimientos arriba mencionados no fueron efectivos, entonces se debe considerar lo siguiente:
 - Después de aplicar una benzodiacepina y un antipsicótico vía oral se debe aplicar clorpromazina 25-100 mg vía oral.
 - Después de aplicar un fármaco por vía intramuscular se debe aplicar haloperidol de 5 a 10 mg. Debido a que existe el riesgo de prolongación del intervalo QT es necesario realizar un ECG después de la administración y, de ser posible, antes de ésta. Debe haber un carro de resucitación cardiopulmonar y desfibrilador en la sala.
 - Cuando se han aplicado múltiples inyecciones se debe considerar el uso de acetato de zuclopentixol (usar a dosis bajas, especialmente en pacientes que nunca han sido tratados con antipsicóticos, debido a que el riesgo de presentar síntomas extrapiramidales es muy común).
 - Después de aplicar un antipsicótico parenteral se debe monitorizar la temperatura corporal, frecuencia cardiaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria cada 5-10 minutos durante 1 hora, posteriormente hacerlo cada media hora hasta que el paciente pueda ser dado de alta.
- Después de la remisión de los síntomas al paciente se le debe mantener con la dosis mínima efectiva de antipsicótico atípico. Siempre se debe proporcionar un seguimiento a los pacientes, familiares, cuidadores y personal médico.

TABLA 3. METAS CLAVE EN EL MANEJO DE URGENCIAS

Prevención primaria de la urgencia y contención de la misma.
Prevención de daño físico en el paciente, familiares, personal médico u otros pacientes.
Prevención de trauma psicológico en el paciente y personal médico del servicio de urgencias.
Prevención de efectos adversos secundarios a la contención física o farmacológica durante la urgencia.
Prevención de las secuelas de la contención de emergencia.

La **Tabla 4** muestra los medicamentos antipsicóticos que se utilizan con mayor frecuencia en México. Están divididos en dos grandes familias: antipsicóticos de primera generación o típicos y de segunda generación o atípicos. En la última parte están los medicamentos de depósito o acción prolongada.

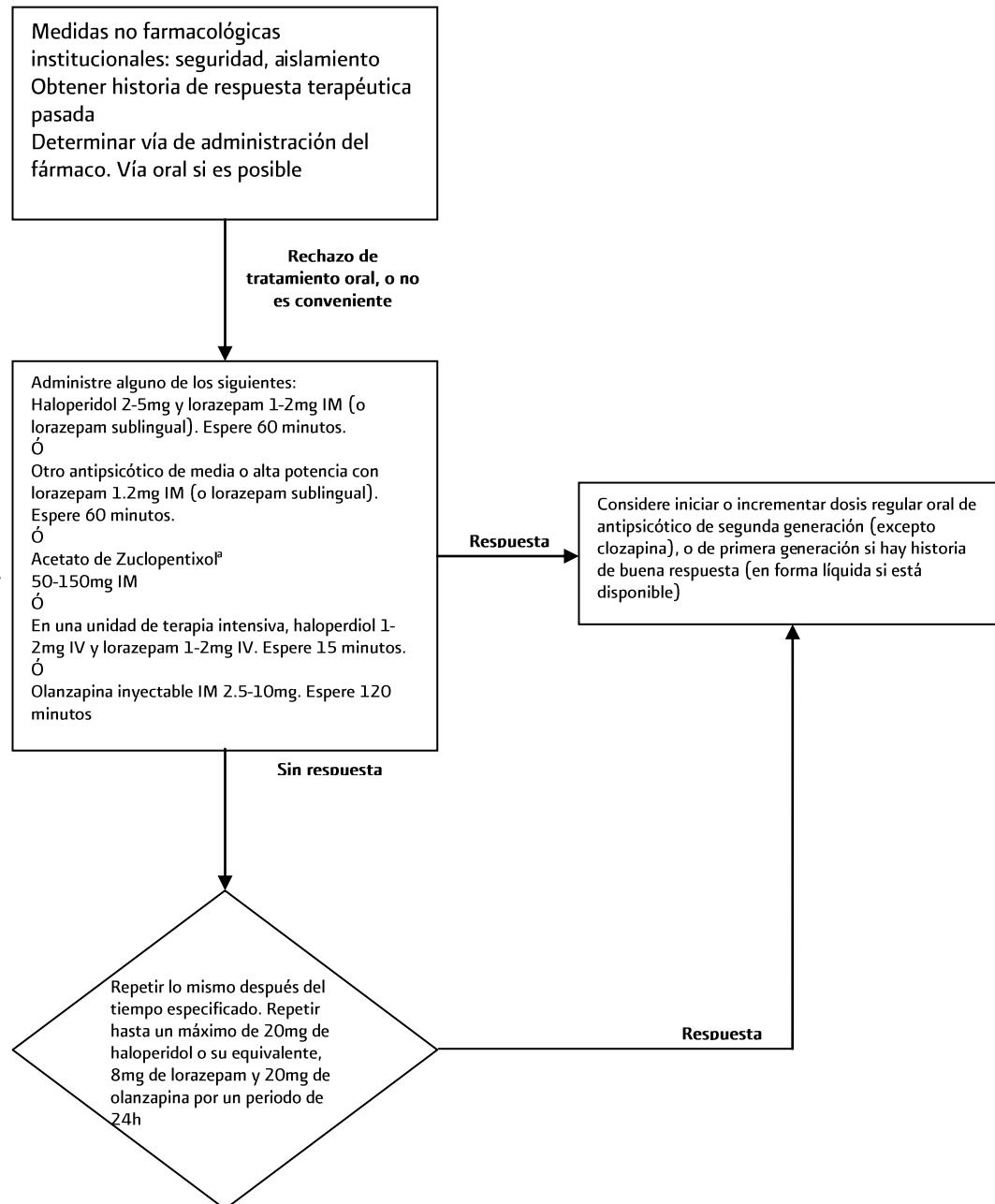
TABLA 4. FÁRMACOS UTILIZADOS EN NUESTRO PAÍS

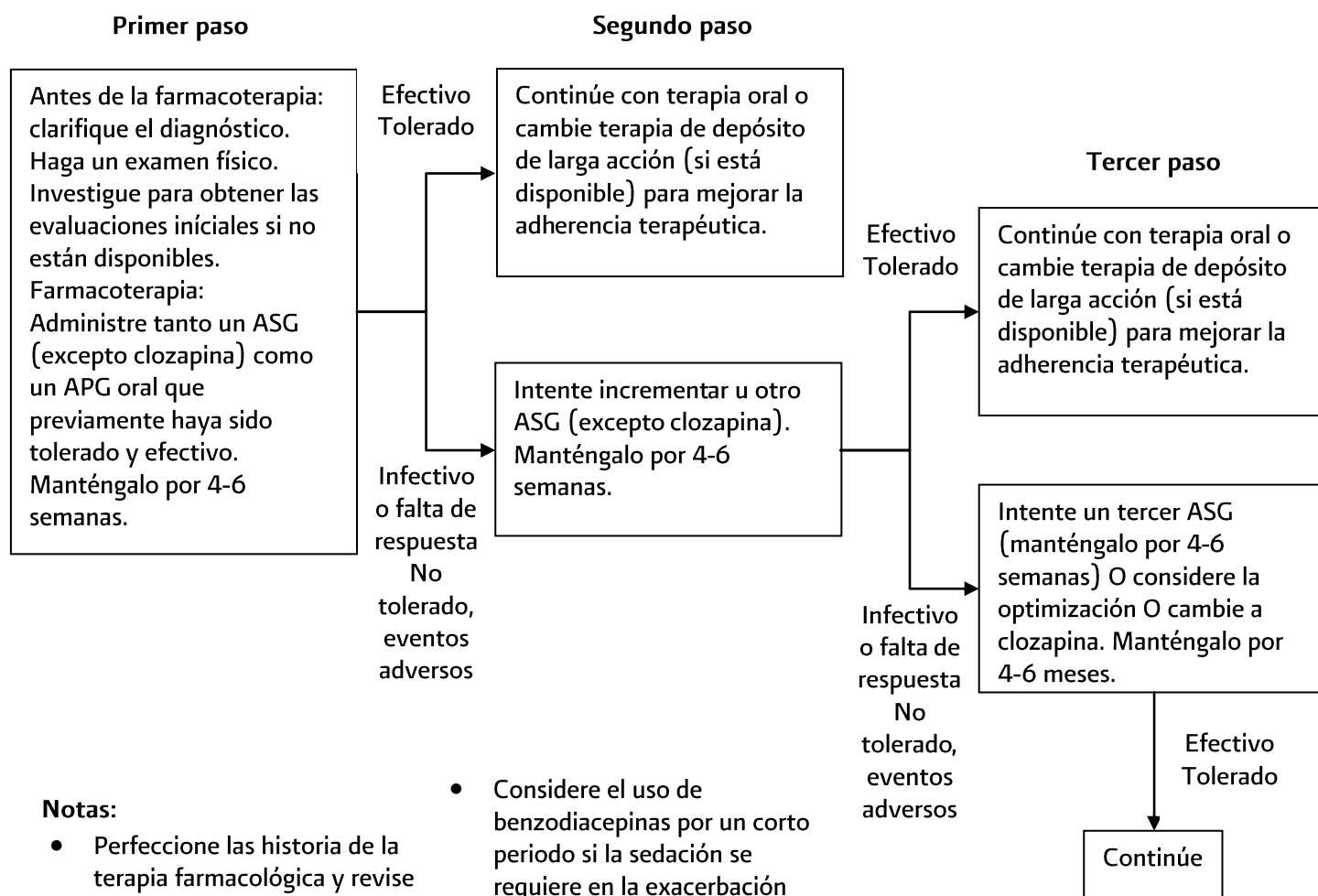
Antipsicóticos.	Inicial (mg/día)	Primer episodio (mg/día)	Reurrenci a (mg/día)	Mantenimiento (mg/día)	Dosis Máxima(mg)
Primera Generación					
Alta potencia					
Haloperidol	10-15	10-15	10-15	5-10	60 mg
Trifluoperazina	10-15	10-15	10-15	5-10	40 mg
Zuclopentixol	10-50	10-50	10-50	10-50	150 mg
Flupentixol	10-40	10-40	10-40	5-20	40 mg
Potencia media					
Perfenazina	12-16	12-16	12-16	8-12	64 mg
Trifluoperazina	10-20	10-20	10-20	5-15	40 mg
Segunda generación					
Clozapina	100-300	100-300	100-300	100-300	900 mg
Risperidona	2-6	2-6	2-6	2-4	10-16 mg
Olanzapina	5-15	5-15	5-15	5-10	20-40 mg
Quetiapina	150-750	150-750	150-750	150-750	800 mg
Ziprazidona	120-180	120-180	120-180	120-180	160 mg/Día
Intramuscular					
Olanzapina	10-20	10-20			40 mg
Zuclopentixol	50-150				150 mg
Antipsicóticos de acción prolongada				Aplicación cada 15-28 días.(mg)	
Decanoato de Haloperidol				50-150	
Decanoato de flufenazina				25-75	
Decanoato de pipotiazina				25-100	
Risperidona de acción prolongada Cada 10 a 15 días	25, 37.5 o 50				
Decanoato de flupentixol				20-100	
Decanoato de zuclopentixol				200-500	
Penfluridol				20(semanal)	

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

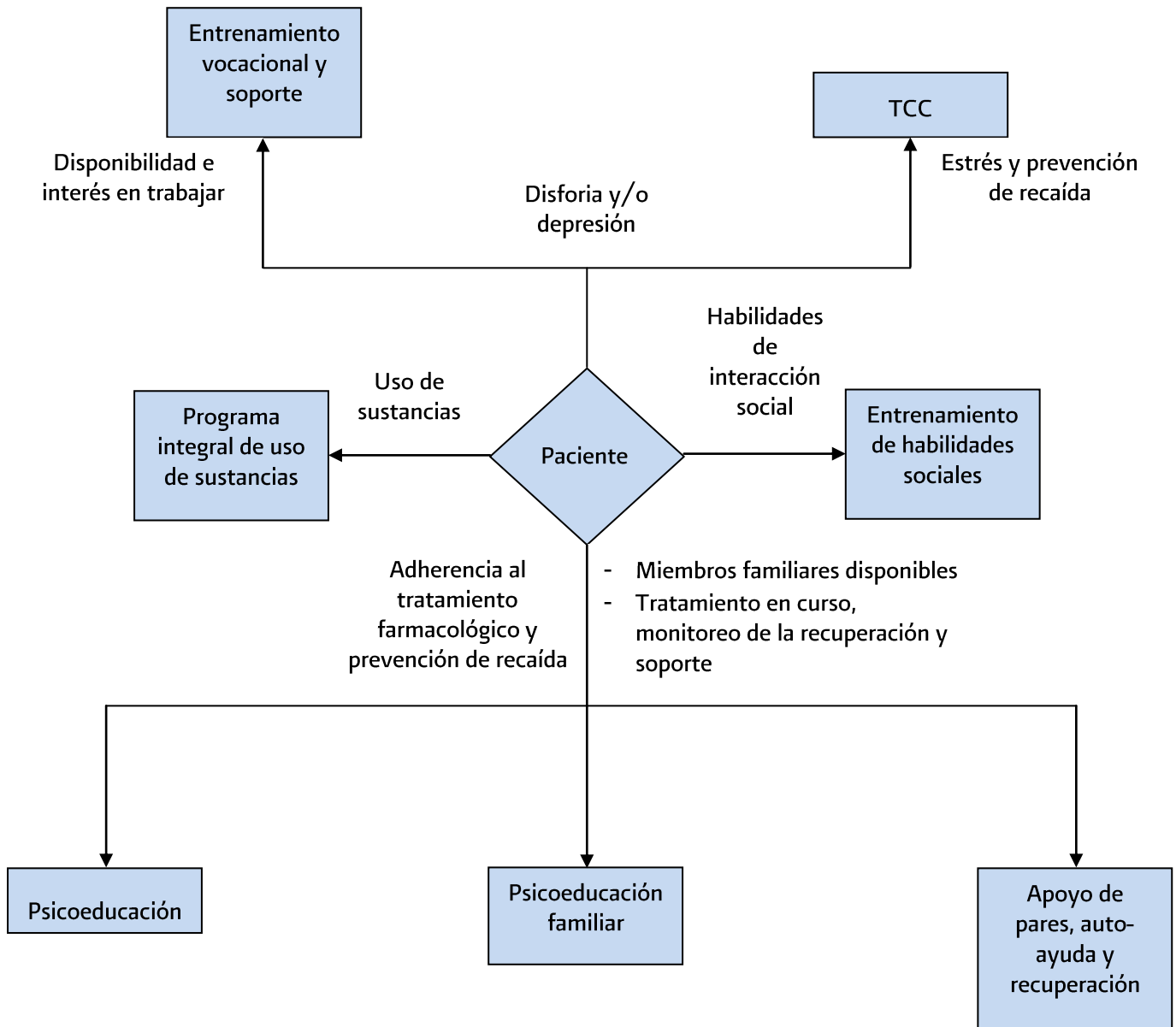
- Busque una segunda opinión si hay duda en cualquier etapa
- Asegure un equipo adecuado y entrenado para la demostración y aplicación de controles externos
- Para pacientes vírgenes a antipsicóticos, las benzodiacepinas pueden ser suficientes para controlar la agitación, mientras se titula la dosis 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^a 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



Algoritmo B. Tratamiento farmacológico de fase de estabilización.**Notas:**

- Perfccione las historia de la terapia farmacológica y revise el diagnóstico
- Evalúe la efectividad y la tolerancia; las escalas de evaluación estándar pueden ser de ayuda
- Exceder la dosis recomendadas de los ASG, en general, no es recomendada
- Evite la polifarmacia antipsicótica
- En cada etapa, monitoree efectos secundarios, IMC, glucosa sanguínea, lípidos, ciclo menstrual, función sexual, SEP's y efectos anticolinérgicos
- Utilice la dosis mínima efectiva de los antipsicóticos para minimizar los efectos secundarios
- Considere el uso de benzodiacepinas por un corto periodo si la sedación se requiere en la exacerbación aguda
- Con los APG una dosis estrategia de dosis baja debe ser usada
- La terapia antipsicótica puede ser optimizada con litio, benzodiacepinas, anticonvulsivantes o antidepresivos. Manténgalos por lo menos por 4 semanas. Si es efectivo, continúe, pero reevalúe regularmente. Si la mejoría continúa, documente en las notas y continúe
- El uso de anticolinérgicos por tiempos prolongados no es recomendable
- El uso de benzodiacepinas por tiempos prolongados no es recomendable
- Los niveles de clozapina plasmáticos pueden ser de utilidad
- Si hay mejoría, continúe tratando de llegar a la dosis mínima efectiva
- El aumento de la clozapina puede ser considerado; busque la opinión de un experto
- Esté pendiente de las interacciones farmacológicas con clozapina



Notas:

Las intervenciones psicosociales deben de ajustarse cuidadosamente a las metas, necesidades, habilidades y circunstancias de cada individuo, más que asumir que un solo modelo “le ajusta a todos”.