

PSIQUIATRÍA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ESQUIZOFRENIAS

PROTOCOLO DE ATENCION PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ESQUIZOFRENIAS

INTRODUCCION

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). A nivel mundial la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable que puede afectar al desempeño educativo y laboral. Las personas afectadas de esquizofrenia pueden presentar una grave distorsión en el pensamiento, la percepción y las emociones, manifiestan pérdida de contacto con la realidad y experimentan alucinaciones. Tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. La orientación a los recursos dependerá de la situación clínica, personal y familiar de cada paciente, estimándose conveniente establecer una coordinación previa con otros miembros del equipo de salud mental.

El inicio de la esquizofrenia puede presentarse durante la adolescencia e incluso en la infancia o al inicio de la edad adulta. Estudios realizados en España estima una incidencia de 0,8 casos por diez mil habitantes por año, dato consistente con los estudios internacionales para los países de Europa (Ayuso-Mateos, et al., 2006). Para los hombres la prevalencia estimada es de 3 por 1000 habitantes por año y 2,86 por mil para las mujeres. La edad media de comienzo

de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. Y la incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres y, a lo largo de la vida la prevalencia está entre el 0,7 y el 1,5%.

Hasta el momento se desconoce la causa que provoca la esquizofrenia, pero las investigaciones indican que tiene que ver con una combinación de factores genéticos y ambientales, que facilitan un estado de vulnerabilidad en la persona y una predisposición a desarrollar el trastorno. Es por ello que con este documento se pretende poner a disposición de los profesionales de la salud el manejo integral de dichos trastornos, y facilitar el desarrollo de intervenciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras que permitan mejorar el curso clínico, el pronóstico y la calidad de vida y su entorno familiar / social.

1. OBJETIVO

Disminuir las complicaciones en el manejo de la atención al paciente con esquizofrenia para reducir el número de recaídas mediante el tratamiento integral y oportuno.

2. EVIDENCIA

Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental <http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/completa/apartado10/investigacion.html>

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos Generales, Médicos Especialistas en Medicina Familiar, Psiquiatría y Enfermería.

4. POBLACION DIANA

Personas con cambios peculiares en el comportamiento, en la percepción y en el estado de ánimo sugestivo de esquizofrenia

5. DEFINICION DE ESQUIZOFRENIA

Es un trastorno psicótico grave cuyas manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos.

6. CLASIFICACION CLINICA

- Esquizofrenia Paranoide
- Esquizofrenia hebefrénica
- Esquizofrenia catatónica
- Esquizofrenia indiferenciada
- Esquizofrenia residual
- Esquizofrenia simple
- Otras Esquizofrenia
- Esquizofrenia sin especificación

7. DIAGNOSTICO

7.1 Historia Clínica

En todo paciente ha de realizarse un estudio diagnóstico completo que incluya:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar
- Examen del estado mental
- Evaluación física que incluya exploración neurológica cuando esté indicada.
- Exploraciones complementarias necesarias

7.1.1 Anamnesis

- Retraimiento social,
- pérdida de interés en la escuela o el trabajo,
- deterioro de la higiene y cuidado personal,
- enfado e irritabilidad

A. Signos y Síntomas

Los síntomas pueden identificarse por cambios en el comportamiento habitual, afectan procesos psicológicos, sin embargo no hay ningún síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia:

Síntomas Positivos:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Síntomas catatónicos
- Agitación
- Trastornos del pensamiento

Síntomas Negativos:

- Aplanamiento afectivo
- Abulia
- Alogía
- Anhedonia
- Retraimiento social y emocional
- Conducta desorganizada
- Apatía
- Pensamiento estereotipado.

Síntomas cognitivos:

- Déficit en la atención

- Memoria y función ejecutiva (problemas para estructurar una meta, concentrarse, priorizar, ordenar, evaluar, adaptarse).
- Pobreza ideativa (dificultad de elaborar nuevas ideas).

Síntomas afectivos:

- Disforia,
- Humor depresivo
- Impulsividad
- Desesperanza, ideas e intentos suicidas
- Hostilidad
- Conducta antisocial.

Nota: *Ningún síntoma por sí mismo es característico de este trastorno, ni todas las personas afectadas muestran todos y cada uno de los síntomas descritos.*

Aspectos psicopatológicos importantes para el diagnóstico de esquizofrenia:

- Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- Ideas delirantes de ser controlado
- Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo o que proceden de otra parte del cuerpo.
- Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles (identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos).
- Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

- Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
 - Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
 - 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).
 - Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.
- a) Esquizofrenia Paranoide**
- Síntomas de esquizofrenia
 - Predominan las alucinaciones o las ideas delirantes.
- b) Esquizofrenia hebefrénica**
- c) Síntoma de esquizofrenia**
- d) Embotamiento afectivo claros y persistentes o afecto inapropiado o incongruente**
- e) Comportamiento errático y desorganizado en vez de estar dirigido a objetivo o trastornos del pensamiento definido.**
- f) Las alucinaciones o las ideas delirantes no deben dominar el cuadro clínico, aunque pueden estar presentes.**
- c) Esquizofrenia catatónica**
- Síntoma de esquizofrenia

- Dos semanas, uno o más de los siguientes:
 - Estupor,
 - Excitación,
 - Catalepsia,
 - Negativismo,
 - Rigidez,
 - Flexibilidad cérea,
 - Obediencia automática.

d) Esquizofrenia Indiferenciada

- Síntomas Esquizofrenia
- Síntomas insuficientes para cumplir alguno de los subtipos de esquizofrenia paranoide, hebefrénica, y Residual,
- Debe tener tantos síntomas que se cumplan criterios para más de uno de los subtipos anotados anteriormente.

e) Esquizofrenia Residual

- Síntomas de esquizofrenia en algún momento del pasado pero no en la actualidad.
- Haberse presentado en los últimos doce meses previos al menos cuatro síntomas tales como:
 - Inhibición psicomotriz o hipoactividad,
 - Embotamiento afectivo,
 - Pasividad y falta de iniciativa,
 - Pobreza de la cantidad y contenido del lenguaje no verbal.
 - Pobreza de la comunicación,
 - Rendimiento social escaso o deterioro del aseo y cuidado personal.

B. Análisis de laboratorios, exámenes complementarios y de imágenes.

- Hemograma
- Examen de orina
- Perfil lipídico
- Glicemia
- PSA
- Pruebas hepáticas
- Pruebas virales:
 - VIH
 - HBSAG
 - HVC
 - VDRL

Exámenes complementarios:

- Uremia
- Amonio
- HCG
- Screening de drogas

Medios diagnósticos:

- Tomografía de Cráneo
- Resonancia magnética
- Electroencefalograma
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax.

8. MANEJO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO

8.1 Manejo según el área de atención a la que será admitido el usuario.

El lugar de tratamiento de las personas con esquizofrenia va a requerir de los distintos niveles y dispositivos de la red asistencial, los canales de coordinación

preestablecidos para asegurar una respuesta adecuada a la necesidad de atención, específicamente en referencia a la intervención en crisis.

a) Manejo ambulatorio:

- Fase de estabilización con condiciones psicosociales favorables.
- Si la respuesta al tratamiento es baja,
- Efectos colaterales de los medicamentos,
- Si la adherencia al tratamiento es pobre ,
- Abuso de alcohol y otras drogas.

b) Criterios de ingreso (hospitalización)

- Si hay un trastorno conductual importante
- Baja adherencia al tratamiento, con red de apoyo
- Si la vida del paciente corre peligro
- Si existe un riesgo de agresión a terceros
- Rechazo a tratamiento sin red de apo yo

A pesar de que la esquizofrenia ha sido considerada crónica e incurable, con un tratamiento adecuado, es posible lograr niveles de remisión que le permitan re-insertarse a nivel social.

En todo caso lo que se pretende es:

- Mejoría de los síntomas positivos, cognitivos, afectivos y negativos
- Prevenir la hospitalización
- Capacidad de vivir independiente
- Capacidad de establecer y buscar objetivos ocupacionales
- Ausencia de efectos relacionados con los medicamentos
- Una adecuada calidad de vida e interacción social.

8.2 Intervención farmacológica

- El uso de anti-psicóticos es la primera línea de intervención de la esquizofrenia para tratamiento
 - Episodios agudos,
 - Prevención de recaídas y
 - Reducción de síntomas.
 - En combinación con otros medicamentos.
- Anticonvulsivantes, estabilizadores del ánimo, anti-colinérgicos, antidepresivos, y benzodiazepinas.
- Se recomienda que para la fase aguda, se inicie con un anti-psicótico atípico vía oral, tomando en cuenta el más adecuado al perfil sintomático del paciente con una dosis cercana al perfil inferior del rango recomendado.

Primer episodio

- Tener en cuenta las manifestaciones clínicas de la enfermedad
- Características de la persona que la padece
- Utilice cualquier anti-psicótico, excepto clozapina.
- Sino presenta una respuesta adecuada, revise la adherencia al tratamiento y un posible uso de sustancias psico-activas.
- En caso de no respuesta optimizar la dosificación, sustituir, aumentar la dosis o combinación de fármacos.

No adherencia

- Se asocia a la negación de la enfermedad, los efectos secundarios, los horarios complicados, la dificultades de tipo económico y el estigma asociado a la enfermedad

- En estos casos favorece la adherencia intervenciones Psico-sociales conjuntamente con el fármaco, la dosis única, la medicación inyectable de depósito, tales como risperidona y flufenacina decanoato.
- En la resistencia además de aplicar otros fármacos ya ante descritos (antidepresivos, litio, valproato de sodio, etc). Si existe la persistencia de los trastornos conductuales, debe utilizarse la terapia electroconvulsiva (TEC). Este procedimiento provoca mejoría en menor tiempo aunque a más largo plazo, la respuesta es similar a la de los fármacos.

Antipsicóticos Atípicos, formulaciones Orales			
Antipsicóticos	Dosis de inicio	Dosis recomendada	Dosis máxima
Risperidona	1 a 2 mg/día Aumentar 1.0 a 1.5 cada 3 a 4 días.	2-6 mg/día	> de 10mg al día solo se justifica si el beneficio excede el riesgo.
Olanzapina	5 a 10 mg/día, aumentar 2,5 y 5 cada 3 a 4 días.	10-20 mg/día	30 mg/día
Quetiapina	Día: 50mg/día en 2 tomas. Dia2: 100 mg/día en 2 tomas. Dia3: 200 mg/día en dos tomas. Dia4: 300 mg/día en 2 tomas.	300-450 Mg/día repartido en dos tomas	1000 mg/día

Antipsicóticos Atípicos, formulaciones Orales

Antipsicóticos	Dosis de inicio	Dosis recomendada	Dosis máxima
Ziprasidona	40Mg/día en 2 to-mas. Aumentar 40 Mg/día cada 4 días.	80-120 mg/día en 2 tomas	160 Mg/día
Aripripazol	10 o 15 mg/día aumentar 5 a 10 mg/día cada 7 días.	10-30 mg/día	30Mg/día
Clozapina	Día 1: 12,5 mg, 1 o 2 veces día. Día 2: 25- 50 Mg. Aumentar 25-50 mg. Durante 14-21 día hasta 300mg/día repartido en varias tomas.	200-450 mg/día	900Mg/día

Antipsicóticos Atípicos, formulaciones parenterales

Antipsicóticos	Dosis de inicio	Dosis recomendada	Dosis máxima
Olanzapina	5-10 mg IM	10 mg IM	20 mg IM
Ziprasidona	10-20 Mg IM	20 mg IM	40 mg/día (máximo 3 días consecutivos)
Risperidona depot	25 mg IM cada 2 semanas, aumentar 12.5 ,g cada 4 a 8 semanas	20 a 37.5 mg cada 2 semanas	50 Mg cada 2 semanas

Antipsicóticos convencionales, formulaciones orales			
Antipsicóticos	Dosis de inicio	Dosis recomendada	Dosis máxima
Haloperidol	3 a 10 mg/día, en 2 a 3 tomas	5-15mg/día	60mg/día
Clorpromazina	75 mg/día en 3 tomas o 75 mg por la noche	75-300mg/día	900mg/día

Formulaciones parenterales		
Antipsicóticos	Dosis recomendada	Dosis máxima
Clorpromazina	25-50 mg im o iv cada 8 hrs	100mg/día
Haloperidol	2-10 mg im, cada 4 -8 hrs	18 mg im o iv diarios

Antipsicótico de formulación de Depósito			
Antipsicóticos	Dosis de inicio	Dosis recomendada	Dosis máxima
Decanoato de flufenazina	6,125 a 12, 5 mg im	12,5 a 25 mg c/2 a 4 se-manas	100 mg cada 6 se-manas

8.3 Intervenciones psicosociales

Fase aguda

- Brindar apoyo y contención emocional al usuario y su familiar.
- Promover una relación de colaboración tanto con la persona afectada como con su familia.
- Entregar información oportuna y precisa respecto de la enfermedad.

- Estimular la utilización de áreas conservada con que cuenta la personas afectada
- Estimular la utilización de los recursos con que cuenta la familia para enfrentar la crisis
- Evaluar contextos de desempeño e intervenir para evitar la desvinculación

Fase de compensación

- Consolidar la integración de la persona a su entorno social, educacional o laboral
- Prevenir las recaídas
- Mejorar la calidad de vida del usuario y su familia

Fase de recuperación

- Continuar desarrollando una alianza terapéutica
- Ayudar a las personas y sus familiares a entender la psicosis
- Evaluar las habilidades y capacidades de la persona, una vez superada la crisis
- Redefinir con la persona su proyecto de vida de acuerdo e expectativas realistas
- Contribuir al desarrollo de la persona de recursos y habilidades para enfrentar el futuro
- Reincorporación progresiva a la actividades

9. CRITERIOS DE EGRESO

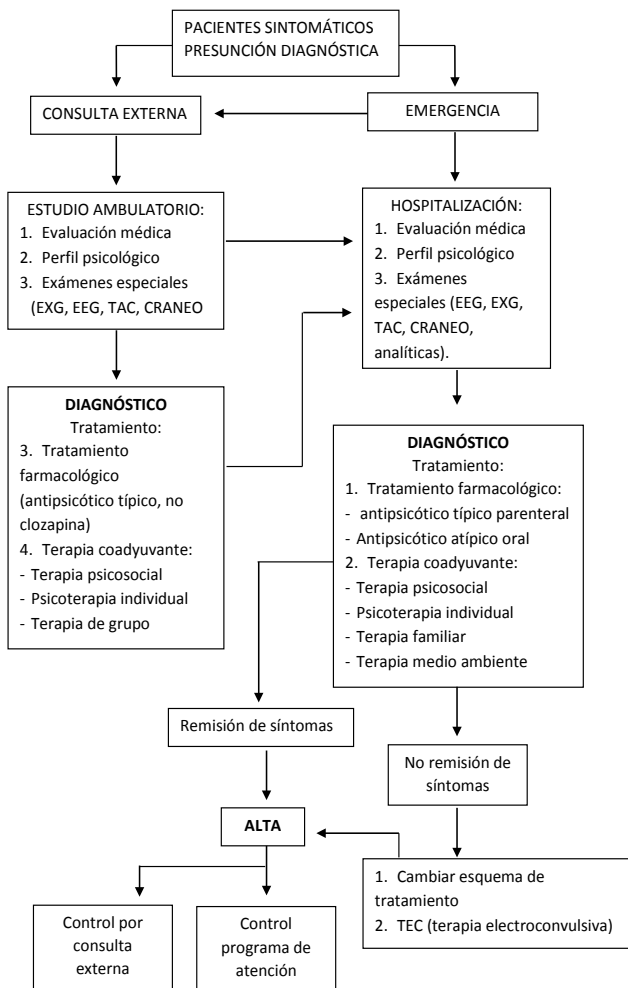
Valorando el egreso luego que los síntomas de peso hayan desaparecido o que el paciente presente mejoría con la adherencia al tratamiento farmacológico.

10. INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES

10.1 Consentimiento informado

Todo paciente debe ser debidamente informado sobre su enfermedad, el tratamiento y los procedimientos a ser aplicados, siempre y cuando sus condiciones lo permitan. De no ser posible tratarlo con el paciente, debe explicarse a los familiares a fin de obtener su aprobación y dejar claro, además de los resultados esperados y las reacciones adversas de los mismos, qué le está permitido y qué no, en su situación. Así mismo debe comunicarse la necesidad de darle seguimiento sistemático, tanto al tratamiento como la asistencia a sus chequeos.

Es necesario educar al paciente y al familiar para que identifiquen el o los síntomas de su enfermedad para que acuda a tiempo en busca del soporte de su médico.



11. BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01
2. Hernández Monsalve M. Dimensión Clínica y humana de la atención psiquiátrica. Esquizofrenia. Grupo Ars XXI de comunicación (Ars Medica) Barcelona 2008. Radio Nicosia. El libro de radio Nicosia. Gedisa. Barcelona 2010.
3. Guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Aula Médica. Madrid 2005 Vallina O, Lemos S, Fernandez P.Estado actual de la detección e intervención temprana en la psicosis.bn Apuntes de Psicología 2012.
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente01/03/2009.

5. Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. The recovery framework in rehabilitation and mental health. In D. Moxley & J. R. Finch (Eds.), *Sourcebook of Rehabilitation and Mental Health Practice* (pp. 37-50): Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2010.
6. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia [monografía en Internet]. American Psychiatric Association; 2004 [citado 2006]. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SchizPG-Complete-Feb04.pdf
7. Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste/eficacia de un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2009;103(1):191-201.