



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

**Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de  
esquizofrenia, en adultos mayores de 18 años en  
el servicio de consulta externa del Hospital  
Universitario Nacional**

**Brian Camilo Santander Yela**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Bogotá, Colombia  
2021

**Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de  
esquizofrenia, en adultos mayores de 18 años en  
el servicio de consulta externa del Hospital  
Universitario Nacional**

**Brian Camilo Santander Yela**

Tesis o trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Especialista en Psiquiatría**

Director:

Doctor, Luis Eduardo Jaramillo Gonzales

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Bogotá, Colombia  
2021

## Resumen

### **Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de esquizofrenia, en adultos mayores de 18 años en el servicio de consulta externa del Hospital Universitario Nacional**

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar indicadores para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes adultos con sospecha y diagnóstico de esquizofrenia, en adultos mayores de 18 años en el servicio de consulta externa en el hospital universitario nacional. Se realizó una búsqueda y revisión de literatura para encontrar guías de práctica clínica sobre el manejo de la esquizofrenia en adultos, se aplicaron los criterios de elegibilidad, se calificaron las guías seleccionadas con el instrumento AGREE II, se realizó la síntesis contextual. Con estas herramientas se desarrollaron las recomendaciones pertinentes para diagnóstico, el tratamiento, criterios de hospitalización y seguimiento de los pacientes mayores de 18 años con esquizofrenia, así mismo el presente trabajo fue evaluado por expertos en el tema para revisión y se agregaron recomendaciones adicionales.

**Palabras Clave:** Esquizofrenia, Guía de Práctica Clínica, adultos, diagnóstico, tratamiento, seguimiento

## **Abstract**

### **Protocol for the diagnosis and treatment of schizophrenia in adults older than 18 years old in the outpatient service of the Hospital Universitario Nacional**

The present work aims to develop indicators for the diagnosis, treatment and follow-up of adult patients with suspicion and diagnosis of schizophrenia, in adults older than 18 years old in the outpatient service at the Hospital Universitario Nacional. A literature search and review was carried out to find clinical practice guidelines on the management of schizophrenia in adults, the eligibility criteria were applied, the selected guidelines were scored with the AGREE II instrument, and contextual synthesis was performed. With these tools, the pertinent recommendations for diagnosis, treatment, hospitalization criteria, and follow-up of patients over 18 years of age with schizophrenia were developed; likewise, the present work was evaluated by experts on the subject for review and additional recommendations were added.

**Key Words: Schizophrenia, Clinical Practice Guidelines, adults, diagnosis, treatment, follow-up**

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>V</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>IX</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>X</b>
<b>Lista de Símbolos y abreviaturas</b> .....	<b>XI</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Alcance y Objetivos</b> .....	<b>3</b>
1.1 Población Incluida:.....	3
1.2 Población no Incluida:.....	3
1.3 Aspectos clínicos incluidos .....	3
1.4 Aspectos clínicos no incluidos .....	3
1.5 Usuarios diana.....	4
1.6 Ámbito asistencial.....	4
1.7 Objetivo General.....	4
1.7.1           Objetivos específicos.....	4
<b>2. Metodología</b> .....	<b>5</b>
2.1 Preguntas .....	5
2.2 Búsqueda de la evidencia .....	5
2.3 Selección de la evidencia .....	6
2.3.1           Criterios de inclusión: .....	6
2.3.2           Criterios de exclusión .....	6
2.4 Calificación de la evidencia.....	6
2.5 Extracción y síntesis de la evidencia.....	7
2.6 Consideraciones éticas.....	7
<b>3. Resultados</b> .....	<b>9</b>
3.1 Resultados de la búsqueda.....	9
3.2 Características de las guías incluidas: .....	10
<b>4. Resumen de la evidencia e indicaciones</b> .....	<b>13</b>

VIII **Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de esquizofrenia, en adultos mayores de 18 años en el servicio de consulta externa del Hospital Universitario Nacional**

---

4.1	Pregunta 1: ¿Cómo debe realizarse el proceso diagnóstico en un paciente adulto con sospecha de esquizofrenia? .....	13
4.1.1	Consideraciones generales para el diagnóstico de esquizofrenia.....	13
4.1.2	Factores de riesgo.....	14
4.1.3	Manifestaciones clínicas de la esquizofrenia .....	14
4.1.4	Diagnósticos Diferenciales .....	16
4.1.5	Listado de Indicaciones para el diagnóstico de esquizofrenia .....	17
4.2	Pregunta 2. ¿Cómo se debe realizar el manejo farmacológico y no farmacológico de los pacientes adultos con esquizofrenia? .....	18
4.2.1	Consideraciones generales sobre el tratamiento de los adultos con esquizofrenia .....	18
4.2.2	Tratamiento farmacológico .....	18
4.2.2.1	Antipsicóticos .....	18
4.2.2.2	Principios generales sobre el uso de antipsicóticos.....	19
4.2.3	Efectos adversos.....	22
4.2.3.1	Consideraciones generales sobre los efectos adversos de los antipsicóticos .....	22
4.2.3.2	Listado de indicaciones .....	24
4.2.4	Tratamiento no farmacológico .....	26
4.2.4.1	Resumen de la evidencia .....	26
4.2.4.2	Listado de indicaciones para el tratamiento no farmacológico de los pacientes con esquizofrenia.....	27
4.3	Pregunta 3. ¿Cuáles son los criterios de remisión a unidad de salud mental para los pacientes con esquizofrenia? .....	28
4.3.1	Resumen de evidencia.....	28
4.3.1.1	Listado de indicaciones de hospitalización del adulto con diagnóstico de esquizofrenia .....	28
4.4	Pregunta 4. ¿Cómo se debe realizar el seguimiento de los pacientes adultos con esquizofrenia, en consulta externa?.....	29
4.4.1	Consideraciones generales sobre el seguimiento de los pacientes con esquizofrenia .....	29
4.4.1.1	Listado de indicaciones para el seguimiento .....	30
<b>A.</b>	<b>Anexo 1: Bitácoras de búsquedas de bases de datos electrónicas.....</b>	<b>35</b>
<b>B.</b>	<b>Anexo 2: Criterios diagnósticos del DSM 5 para esquizofrenia .....</b>	<b>37</b>
<b>C.</b>	<b>Anexo 3. Calificación AGREE II .....</b>	<b>39</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>41</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 3-1: Diagrama PRISMA .....	8
Figura 4-5: Flujograma para el proceso de diagnóstico de esquizofrenia.....	31
Figura 4-6: Flujograma para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia.....	32
Figura 4-7: Flujograma para el manejo de efectos adversos.....	33

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 3-1. Características de las guías incluidas .....	10
Tabla 4-1: Diagnósticos diferenciales.....	16
Tabla 4-2: Exámenes y periodicidad .....	20
Tabla 4-3: Dosis mínimas y máximas para AP .....	21
Tabla 4-4: Antipsicóticos de depósito.....	21
Tabla 4-5: Efectos adversos de AP .....	23
Tabla 4-6: Manejo de efectos adversos .....	23
Tabla 4-7: Efectos adversos de clozapina.....	24

# Lista de Símbolos y abreviaturas

## Abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
<i>AGREE</i>	Appraisal of Guidelines research and evaluation
<i>AP</i>	Antipsicóticos
<i>APA</i>	Del inglés American Psychiatric Association
<i>APG</i>	Antipsicóticos de primera generación
<i>ASG</i>	Antipsicóticos de segunda generación o atípicos
<i>CIE-10</i>	Clasificación internacional de enfermedades, 10.
<i>DSM 5</i>	Manual diagnóstico y estadístico de trastorno mentales versión 5 (por sus siglas en ingles)
<i>EA</i>	Eventos adversos
<i>GDG</i>	Grupo desarrollador de la guía
<i>GPC</i>	Guía de práctica clínica
<i>IM</i>	Intramuscular
<i>IMC</i>	Índice de masa corporal
<i>IV</i>	Intravenoso
<i>mg</i>	Miligramos
<i>mL</i>	Mililitros
<i>MSPS</i>	Ministerio de Salud y Protección Social
<i>NICE</i>	National Institute for Health and Care Excellence
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>SIGN</i>	Del inglés Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<i>SNC</i>	Sistema nervioso central
<i>TAC</i>	Tomografía axial computarizada
<i>TCC</i>	Terapia cognitivo conductual

# Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psicótico que se caracteriza por alteraciones en la percepción, el pensamiento, las emociones, comportamiento motor muy desorganizado y síntomas negativos<sup>1</sup>, que afectan de manera significativa la vida de la persona. El curso de la enfermedad es variable, pero en muchos casos existe un deterioro funcional progresivo que genera alteraciones en las relaciones personales, familiares, académicas y laborales, lo que lleva a que una gran proporción de estos pacientes no logre desarrollarse personal o profesionalmente, y muchas veces son incapaces de vivir independientes y tener una vida productiva<sup>1,2</sup>.

La esquizofrenia es la decimoséptima causa de años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo y la decimonovena causa en Latinoamérica estimada para el año 2011 según el último reporte de la carga global de la enfermedad de la OMS<sup>2,3</sup>. La prevalencia oscila desde 0.3 a 1% y anualmente del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes y una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes según la GPC del ministerio de salud y protección social de Colombia<sup>1,3</sup>. Los estudios observacionales prospectivos de cohorte realizados en Europa han mostrado que un adecuado diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia puede influir en un mejor pronóstico, alcanzando que un 38% a 44% de las personas puedan alcanzar la remisión de los síntomas<sup>3</sup>. Por tanto, es importante generar indicadores que permitan a los profesionales de salud el diagnóstico temprano, un tratamiento eficaz y un estrecho seguimiento, así mismo brindar recomendaciones y educación tanto para los pacientes y familiares permitiendo un mayor control de los síntomas, menores tasas de recaída y una mejor calidad de vida.

El tratamiento farmacológico es el pilar central de la atención de este trastorno, sin embargo la psicoterapia se posicionado rápidamente con buenos resultados principalmente la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) disminuyendo el estrés de la enfermedad, aprendiendo a reconocer tempranamente síntomas de recaída, de igual manera la terapia ocupacional permite enseñar habilidades a los pacientes y disminuir el

deterioro funcional, el aislamiento social y dentro de lo posible la vinculación laboral, evitando el aislamiento que empeora el pronóstico a largo plazo<sup>3,7</sup>.

Actualmente la esquizofrenia resistente al tratamiento con antipsicóticos se ha convertido en un problema importante, generadora de gran discapacidad, costos por tiempo de hospitalización, en estos casos el tratamiento farmacológico se ha basado durante muchos años al uso de clozapina, sin embargo la terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación (TECAR) muestra buenos resultados con bajas tasas de efectos adversos, sin embargo por el momento no hay evidencia firme que soporte el uso de otros tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, por tanto debe ser a futuro uno de los pilares en la investigación para ofrecer alternativas que mejoren la calidad de vida del paciente.

# **1. Alcance y Objetivos**

## **1.1 Población Incluida:**

Pacientes mayores de 18 años que asisten al servicio de consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia tanto de primera vez o controles en el Hospital Universitario Nacional.

## **1.2 Población no Incluida:**

El protocolo no brinda indicaciones para pacientes menores de 18 años, ni mujeres embarazadas, tampoco incluye manejo para pacientes con comorbilidad con consumo de sustancias psicoactivas, ni síntomas psicóticos de causas orgánicas o tóxicas, ni para síntomas psicóticos asociados a otros trastornos mentales como depresión, trastorno esquizoafectivo, psicótico breve, esquizoforme, trastornos neurocognitivos o trastorno afectivo bipolar.

## **1.3 Aspectos clínicos incluidos**

El presente protocolo aborda el diagnóstico, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, los criterios de hospitalización en unidad de salud mental y el seguimiento por consulta externa.

## **1.4 Aspectos clínicos no incluidos**

Manejo del paciente agitado, manejo de urgencias, manejo de síntomas psicóticos secundarios a causas orgánicas, tóxicas o metabólicas, manejo de paciente hospitalizado en unidad de salud mental.

## **1.5 Usuarios diana**

Médicos especialistas, médicos generales, estudiantes de medicina en año de internado, médicos en formación de especialidad en psiquiatría y dado el carácter académico de la institución se consideran usuarios indirectos: estudiantes de pregrado de medicina, auditores y otro personal que participe en la toma de decisiones en salud en el Hospital Universitario Nacional.

## **1.6 Ámbito asistencial**

Las indicaciones son para uso dentro del Hospital Universitario Nacional.

## **1.7 Objetivo General**

Generar indicaciones para el diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, criterios de hospitalización y seguimiento de personas mayores de 18 años con sospecha o confirmación de esquizofrenia.

### **1.7.1 Objetivos específicos**

- Generar lineamientos para el diagnóstico de esquizofrenia para mejorar el desenlace crítico y el pronóstico de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.
- Generar indicaciones para el tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia con el fin de reducir el número de episodios psicóticos por año.
- Generar indicaciones para el tratamiento no farmacológico de los pacientes con esquizofrenia con el fin de mejorar la calidad de vida y disminuir el número de recurrencias
- Brindar indicaciones para la remisión del paciente con esquizofrenia a una unidad de salud mental con el fin de mejorar el tratamiento y disminuir la variabilidad injustificada en el manejo en esta población.

## 2. Metodología

El presente protocolo se desarrolló usando los lineamientos del “Manual de protocolos del Instituto Nacional de Cancerología ESE - Colombia.”<sup>9</sup>

### 2.1 Preguntas

1. ¿Cómo debe realizarse el proceso diagnóstico en un paciente adulto con sospecha de esquizofrenia?
2. ¿Cómo se debe realizar el manejo farmacológico y no farmacológico de los pacientes adultos con esquizofrenia?
3. ¿Cuáles son los criterios de remisión a unidad de salud mental para los pacientes con esquizofrenia?
4. ¿Cómo se debe realizar el seguimiento de los pacientes adultos con esquizofrenia, en consulta externa?

### 2.2 Búsqueda de la evidencia

Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica informadas en evidencia que abordan el alcance y población del presente protocolo, para tal fin se consultaron como fuentes de información recursos de compiladores de guías (*Guidelines International Network* (GIN)), desarrolladores (*National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), Guíasalud y en el metabuscador Google.

Como estrategias, se utilizaron los términos relacionados con la condición “Schizophrenia” y “psychosis”; se usaron herramientas de tipo vocabulario controlado, truncadores y operadores booleanos cuando fue posible. Las estrategias fueron desplegadas según el

tipo de plataforma e incluyeron la búsqueda usando la herramienta “buscar” del navegador en los casos en los que fue necesario. Para la búsqueda en el metabuscador Google, se realizó una pretamización de los resultados, siendo preseleccionadas referencias que se titularan “guía de práctica clínica” o que incluyeran una sección de metodología. Las estrategias fueron validadas por un metodólogo con experiencia en búsquedas sistemáticas.

Las estrategias de búsqueda se encuentran disponibles en el Anexo 1

## **2.3 Selección de la evidencia**

### **2.3.1 Criterios de inclusión:**

- Guías de práctica clínica, definidas como conjunto de recomendaciones informado en evidencia para orientar la conducta clínica en un problema de salud específico<sup>8</sup>
- Guías de práctica clínica cuyo desarrollo haya sido de novo
- Guías de práctica clínica desarrolladas en los últimos 10 años. Se escoge este punto de corte, porque a criterio clínico, no se han desarrollado conductas o hallazgos significativos en este periodo de tiempo que cambien la dirección de las recomendaciones clave.
- Guías de práctica clínica cuya población y ámbito asistencial coincidan de manera total o con el alcance propuesto en el presente protocolo. Los aspectos clínicos y preguntas desarrolladas pueden coincidir total o parcialmente.

### **2.3.2 Criterios de exclusión**

- Guías publicadas en idiomas diferentes al inglés o español
- Guías cuyo reporte en versión completa no permita definir si corresponde a una guía de práctica clínica o realizar la calificación de AGREE II
- Guías de práctica clínica que en la calificación del dominio metodológico con AGREE II<sup>10</sup> presenten un puntaje menor a 50%.

## **2.4 Calificación de la evidencia**

La calificación tanto de las guías elegibles como la de las guías de práctica clínica incluidas se realizó usando la herramienta AGREE II<sup>10</sup>. Este instrumento fue desarrollado para

examinar la variabilidad en la calidad de las GPC y comprende 23 ítems divididos en 6 dominios que evalúan el alcance y los objetivos, la participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad de la presentación, aplicabilidad, e independencia editorial. Se califica cada dominio de 1 a 7 siendo 1 la menor puntuación y 7 la máxima, así mismo se presentan los resultados en porcentaje. La calificación fue adaptada para un evaluador.

## **2.5 Extracción y síntesis de la evidencia**

Una vez seleccionadas las guías de práctica clínica a incluir, se diseñó un formato de recolección de datos el cual incluyó como ítems: a) diagnóstico, b) recomendaciones previas al tratamiento, c) tratamiento farmacológico, d) manejo de efectos adversos, e) tratamiento no farmacológico, f) criterios de remisión u hospitalización y g) seguimiento. Esta información fue extraída por un investigador y posteriormente, fue verificada por un segundo investigador.

Con base en las preguntas formuladas y en los aspectos claves considerados en cada pregunta, se procedió a resumir la información mediante síntesis textual narrativa.

## **2.6 Consideraciones éticas**

Según la resolución 008430 de 1993, esta es una investigación de fuentes secundarias, sin riesgo ya que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental. Además, en el trabajo no requiere de individuos que participen en el desarrollo del mismo. Se considera que no hay dilemas éticos inherentes al desarrollo de este trabajo y no existe patrocinio u otras formas de remuneración que generen conflictos de interés en los implicados en la construcción del mismo.

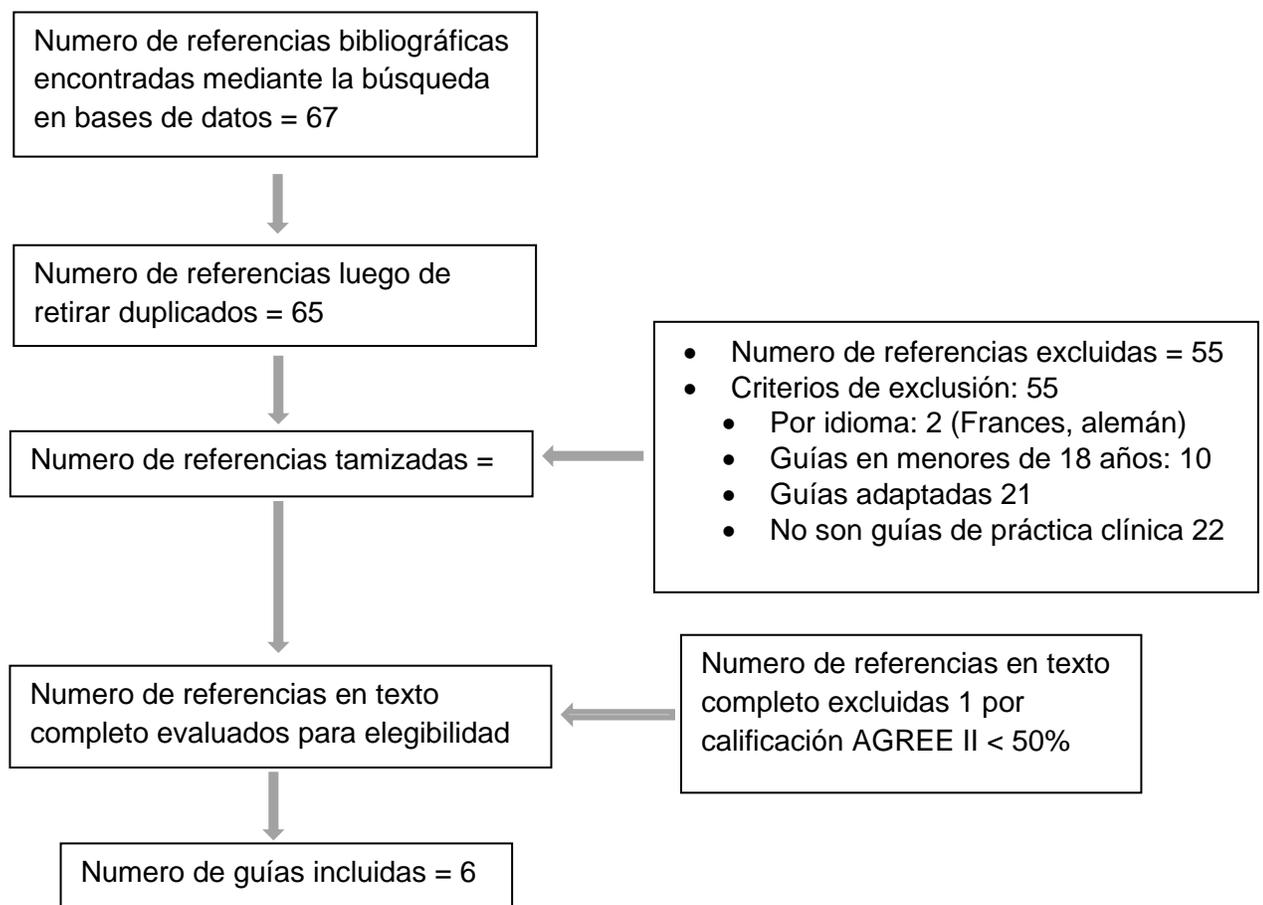
Así mismo cuenta con la aprobación del comité de ética de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia

## 3. Resultados

### 3.1 Resultados de la búsqueda

Como resultados de la búsqueda se encontraron 67 referencias; luego de la remoción de duplicados y de la verificación de criterios de elegibilidad, fueron incluidas 6 guías de práctica clínica. La figura 3-1 presenta el resumen del proceso de selección.

**Figura 3-1. Diagrama PRISMA**



### 3.2 Características de las guías incluidas:

De las seis guías seleccionadas cinco fueron desarrolladas en inglés una en español. Las guías fueron publicadas entre el año 2013 y 2019. Tres guías incluyeron como aspectos diagnóstico y tratamiento, la totalidad incluyo el tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como los efectos adversos y su manejo, solo una incluya los criterios de hospitalización, y cinco presentaron indicaciones sobre el seguimiento.

**Tabla 3-1. Características de las guías incluidas**

GPC	País	Año	Alcance	calificación AGREE II
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management <sup>2</sup>	Reino Unido	2014	Presenta recomendaciones sobre el diagnóstico temprano, prevención, tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes mayores de 18 años con esquizofrenia	100%
Ministerio de Salud y Protección Social - Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia <sup>3</sup>	Colombia	2014	Presenta recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, seguimiento y rehabilitación psicosocial de pacientes mayores de 18 años con esquizofrenia	100%
Scottish Intercollegiate Guidelines Network – Management of schizophrenia <sup>4</sup>	Escocia	2013	Aborda las recomendaciones sobre tratamiento farmacológico y psicológico, tanto primer episodio como enfermedad crónica, diagnóstico diferencial y recomendaciones sobre el seguimiento.	80%

*Continúa.*

## Continuación tabla 3-1

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists - Clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders <sup>5</sup>	Australia	2016	Ofrece recomendaciones sobre el tratamiento clasificándolo por la severidad de los síntomas, así mismo aborda comorbilidades y recomendación sobre el manejo psicosocial y la salud física.	80%
Indian Psychiatric Society - Clinical Practice Guidelines for Management of Schizophrenia <sup>6</sup>	India	2017	Brinda recomendaciones sobre la valoración inicial del paciente mayor de 18 años con esquizofrenia, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, rehabilitación psicosocial y física.	68%
The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia <sup>7</sup>	Estados Unidos	2019	Reúne las recomendaciones para la valoración inicial, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, la evaluación en el seguimiento y control, así como recomendaciones sobre el tratamiento de esquizofrenia resistente al tratamiento	54%

## **4. Resumen de la evidencia e indicaciones**

### **4.1 Pregunta 1: ¿Cómo debe realizarse el proceso diagnóstico en un paciente adulto con sospecha de esquizofrenia?**

#### **4.1.1 Consideraciones generales para el diagnóstico de esquizofrenia**

De las GPC incluidas, tres<sup>2,3,5</sup> de las seis GPC brindaron recomendaciones sobre el diagnóstico de los pacientes con sospecha de esquizofrenia. Todos los documentos coincidieron en que a) el diagnóstico es predominantemente clínico, b) se recomienda evitar el uso de escalas para el diagnóstico inicial, c) el uso de criterios DSM-5 o CIE-10 para la confirmación diagnóstica y d) la necesidad de descartar siempre una causa orgánica.

Respecto al diagnóstico clínico, la guía del MSPS de Colombia<sup>3</sup> reportó que el diagnóstico clínico debe realizarse mediante entrevista semiestructurada. Como parte de la entrevista, tres GPC<sup>2,3,5</sup> reportaron que se debe tener en cuenta además de los datos suministrados por el paciente: la información de los cuidadores, las características del cuadro clínico, la evaluación de antecedentes, factores de riesgo y descartar otras posibles causas y diagnósticos diferenciales que se resumen en la tabla 4-1. La guía del MSPS de Colombia<sup>3</sup> indicó que el diagnóstico debe ser realizado por un médico especialista en psiquiatría

En cuanto a la solicitud de exámenes, tres documentos reportaron que estos deben ser solicitados de acuerdo con los signos y síntomas reportados por el paciente<sup>2,3,5</sup>. Estos exámenes y la periodicidad se resumen en la tabla 4-2. Finalmente, la GPC desarrollada por la sociedad de psiquiatría de la India<sup>6</sup> recomendó considerar la toma de estudios de imágenes diagnósticas en el primer episodio psicótico cuando existan síntomas

neurológicos, nula respuesta al tratamiento o en adultos mayores, las guías NICE<sup>2</sup>, SIGN<sup>4</sup> y del MSPS<sup>3</sup> de Colombia recomendaron que la toma de imágenes diagnósticas se debe individualizar en cada paciente, y se solicitan si existe sospecha de que los síntomas sean causados por alguna patología orgánica o si existen alteraciones al examen neurológico, en tal caso además debe ser valorado por un especialista en neurología.

#### **4.1.2 Factores de riesgo**

La GPC del MSPS de Colombia<sup>3</sup> resumió los diferentes factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, sin embargo, no hay estudios fuertes que precisen la carga atribuible a cada uno de estos dado la posible etiología multifactorial

- Antecedentes familiares de esquizofrenia
- Complicaciones en el embarazo o el parto
- Infecciones del SNC en la infancia
- Edad del padre mayor a 60 años
- Exposición prenatal a hambruna
- Coeficiente intelectual bajo (aumento hasta cinco veces el riesgo si CI menor de 70)
- Exposición prenatal a infecciones como toxoplasmosis, rubeola o influenza
- Estrés materno
- Consumo de *cannabis* en adolescencia
- Trauma craneoencefálico

#### **4.1.3 Manifestaciones clínicas de la esquizofrenia**

Para el diagnóstico en concordancia con las indicaciones dadas por las GPC revisadas; el DSM 5<sup>1</sup> aporta las descripciones de los síntomas positivos y negativos, adicionalmente tres de las guías revisadas presentaron énfasis en la detección temprana de síntomas atenuados de la enfermedad que podrían corresponder a un alto riesgo de desarrollar esquizofrenia. Sin embargo, a pesar de que estos pacientes no se benefician del uso de tratamiento farmacológico, las intervenciones basadas en Terapia Cognitivo Conductual con o sin intervención familiar, reducen el impacto funcional y el deterioro progresivo de los pacientes.

**Síntomas positivos<sup>1,3</sup>:**

- Ideas delirantes: son creencias falsas, que son irrefutables para el paciente a pesar de pruebas objetivas presentadas, que no son compartidas por otros miembros de la misma cultura. Su contenido es variable, pueden incluir ideas delirantes persecutorias, referenciales, místicas, de grandeza, erotomaníacos, celotípicas, nihilistas, etc.
- Alucinaciones: Son percepciones que ocurre sin la presencia de un estímulo externo. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial: visuales, auditivas, olfatorias, táctiles, cenestésicas.
- Pensamiento desorganizado: Se infiere a través del lenguaje del individuo el cual puede cambiar de un tema a otro sin aparente relación, presenta pobre conexión de una idea con otra (perdida de asociaciones), o por momentos puede tornarse incomprendible
- Conductas desorganizadas o inusuales: se observan problemas para realizar un comportamiento dirigido a un objetivo, agitación psicomotora, pérdida del autocuidado, movimientos ritualistas o estereotipados, auto o heteroagresión.

**Síntomas negativos<sup>1</sup>:**

- Aplanamiento o Embotamiento afectivo: Restricción en el rango e intensidad de la expresión emocional mediante las expresiones faciales, el contacto ocular, el habla, movimiento de las manos y el cuerpo.
- Abulia: disminución del deseo o motivación para realizar actividades por iniciativa propia; restricción para iniciar o mantener un comportamiento dirigido a un objetivo.
- Anhedonia: incapacidad para experimentar placer por actividades previamente placenteras para el paciente.
- Alogia: se observa por una reducción en la producción verbal producto de una pobreza en la cantidad y calidad de las ideas que puede acompañarse de bloqueos del pensamiento.

- Aislamiento social: pérdida del interés o motivación para participar en actividades sociales o la relaciones con otros sujetos.

#### **Síntomas atenuados de esquizofrenia y deterioro funcional<sup>2,5</sup>:**

- Deterioro funcional progresivo
- Aislamiento social tanto a nivel escolar, laboral y familiar.
- Desconfianza o suspicacia creciente
- Disminución en el rango de la expresividad emocional, la familia y amigos los describen como fríos o inmutables.
- Interpretaciones idiosincráticas o que al parecer solo tienen sentido para el paciente de eventos cotidianos o irrelevantes.
- Descuido en el aseo personal o pérdida de rutinas de higiene y arreglo.

#### **4.1.4 Diagnósticos Diferenciales**

La GPC del MSPS de Colombia resalta que los síntomas psicóticos pueden estar presentes en varios trastornos mentales, por lo tanto, es importante reconocer los mismos, en la tabla 4-1 se describen los principales.

**Tabla 4-1: Diagnósticos diferenciales<sup>1,3</sup>**

<b>Trastorno del espectro psicótico según el DSM 5</b>	<b>Trastornos que pueden manifestar síntomas psicóticos</b>
• <b>T. psicótico breve</b>	• <b>Trastorno afectivo bipolar</b>
• <b>T. Esquizofreniforme</b>	• <b>Trastorno depresivo mayor</b>
• <b>T. Delirante</b>	• <b>Delirium</b>
• <b>T. Esquizoafectivo</b>	• <b>Demencia</b>
• <b>T. Psicótico inducido por consumo de sustancias o medicamentos</b>	• <b>Algunos trastornos de personalidad (T de personalidad límite, esquizotípico, esquizoide y paranoide)</b>
• <b>T. Psicótico debido a otra afección médica</b>	

### 4.1.5 Listado de Indicaciones para el diagnóstico de esquizofrenia

- a) El diagnóstico de esquizofrenia es fundamentalmente clínico.
- b) El diagnóstico clínico del paciente con sospecha de esquizofrenia comprende:
  - Entrevista semiestructurada que evalúe características del cuadro clínico, antecedentes, factores de riesgo, consumo de sustancias psicoactivas
  - Evaluación del riesgo psicosocial
  - Evaluación de signos y síntomas reportados por el paciente
4. Para la evaluación se debe tener en cuenta además de la información suministrada por el paciente, los datos reportados por la familia o cuidadores.
5. El diagnóstico de esquizofrenia debe ser realizado por un psiquiatra.
6. Los exámenes complementarios deben ser solicitados de manera individualizada por el especialista en psiquiatría, estos pueden ser, pero no se limitan a:
  - Transaminasas
  - Función renal
  - Hemograma
  - Glucosa en ayunas
  - Perfil lipídico
  - Electrocardiograma
7. Las imágenes diagnosticas se deben solicitar:
  - Ante la presenta de síntomas neurológicos o hallazgos anormales en el examen neurológico
  - Nula respuesta al tratamiento
  - Pacientes adultos mayores con primer episodio psicótico
8. Se deben evaluar los síntomas prodrómicos o atenuados de la enfermedad que corresponden a un alto riesgo de desarrollar esquizofrenia y ofrecer TCC y seguimiento por psiquiatría.

## **4.2 Pregunta 2. ¿Cómo se debe realizar el manejo farmacológico y no farmacológico de los pacientes adultos con esquizofrenia?**

### **4.2.1 Consideraciones generales sobre el tratamiento de los adultos con esquizofrenia**

Todas las GPC<sup>2,3,4,5,6,7</sup> revisadas ofrecieron recomendaciones sobre el tratamiento. Concluyeron que a) el manejo farmacológico con antipsicóticos es la piedra angular del tratamiento de esta patología, b) no existe una diferencia significativa en la efectividad de los diferentes medicamentos, c) previamente al inicio del tratamiento se debe evaluar antecedente de uso y respuesta a otros antipsicóticos, comorbilidades asociadas, antecedente de consumo de SPA, tabaco y alcohol, e) La elección del medicamento la debe realizar el especialista en psiquiatría teniendo en cuenta la preferencia del paciente y cuidadores, el perfil de efectos adversos de cada medicamento que se resume en la tabla 4, las comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, cardiopatías y hepatopatías.

Todas las GPC concordaron que la clozapina es el medicamento de elección en esquizofrenia refractaria al tratamiento de al menos 2 antipsicóticos uno de los cuales debió ser risperidona u olanzapina, la GCP de la APA<sup>7</sup> sin embargo indicó que la clozapina puede usarse como primera línea de tratamiento en pacientes con alto riesgo de autoagresión o cuando el especialista en psiquiatría considere basado en la evaluación inicial que se beneficia del uso de este medicamento.

Sobre el tratamiento no farmacológico todas las GPC concluyeron y recomendaron ofrecer a todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia terapia cognitivo conductual (TCC) el entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación y la terapia familiar.

### **4.2.2 Tratamiento farmacológico**

#### **4.2.2.1 Antipsicóticos**

Los antipsicóticos son los medicamentos de elección para el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, clásicamente se han clasificado en “primera generación o típicos” y “de segunda generación o atípicos”, basados en el tiempo de descubrimiento

con excepción de la clozapina, la potencia de unión a receptores dopaminérgicos que usualmente es mayor para los de primera generación y la unión a receptores tanto dopaminérgicos como serotoninérgicos para los de segunda generación.

En la mayoría el mecanismo principal de acción consiste en bloquear los receptores D2 de dopamina en diferentes vías del SNC y esta pobre selectividad explica también los efectos adversos extrapiramidales y hormonales que se asocian con estos medicamentos. Los de segunda generación además actúan antagonizando los receptores 5HT2A1 de serotonina y el antagonismo de D2 es parcial; existe unión a otros receptores algunos aun desconocidos hasta la fecha y esto afecta las diferencias en la probabilidad de presentar algunos efectos adversos, por ejemplo, el efecto anticolinérgico afecta la actividad cardiaca, produce sedación y estreñimiento.

Todas las GPC revisadas coincidieron en afirmar que los antipsicóticos son eficaces tanto en el control agudo como a largo plazo de la enfermedad principalmente de los síntomas positivos. Las guías NICE<sup>2,11</sup> mostraron que la probabilidad de recaída fue de 27% en comparación con el 64% sin uso de AP, el porcentaje de rehospitalización es de 10% en comparación con el 26% de quienes no reciben tratamiento y el comportamiento agresivo se reduce en un 12% en quienes reciben tratamiento farmacológico.

#### **4.2.2.2 Principios generales sobre el uso de antipsicóticos**

Cinco de las GPC<sup>2,3,4,5,6</sup> revisadas sugieren varias recomendaciones a tener en cuenta antes y durante el tratamiento con antipsicóticos que se resumen a continuación:

- Iniciar con dosis bajas y aumentar progresivamente, los ajustes deben hacerse en promedio cada 1 o 2 semanas observando si existe respuesta pobre o nula hasta la dosis máxima permitida, en la tabla 4-3 se muestran las dosis mínimas efectivas y la dosis máxima.
- Evitar la combinación de antipsicóticos. El uso de varios antipsicóticos no mejora la respuesta ni eficacia terapéutica y si aumenta el riesgo de efectos adversos como prolongación del QT, muerte súbita y efectos extrapiramidales, solo en casos de cambio de antipsicótico o esquizofrenia resistente está indicado, con un seguimiento estricto

- Los usuarios de antipsicóticos deben recibir un seguimiento de la salud física en general, especialmente con control de signos vitales y variables metabólicas<sup>2,3,5,7</sup> (ver tabla 4-2)
- Antes de considerar el cambio de antipsicótico se debe tener un tiempo de uso de 4 a 6 semanas a dosis máximas sugeridas
- Tres GPC<sup>4,6,7</sup> consideraron que el tratamiento en el primer episodio debe durar entre 1 año a 18 meses y en los casos de múltiples episodios mínimo 5 años.
- Las GCP NICE<sup>2</sup> y del MSPS de Colombia<sup>3</sup> concuerdan que la disminución o suspensión del medicamento acarrea el riesgo de recaída y si se considera esta conducta se debe evaluar el contexto clínico y sociofamiliar del paciente siempre y cuando los riesgos no sobrepasen los beneficios.
- Todas las GPC indicaron que cuando exista pobre adherencia al tratamiento farmacológico o cuando el paciente los desee se recomienda usar antipsicóticos de depósito los cuales se resumen en la tabla 4-4.

**Tabla 4-2 Exámenes y periodicidad<sup>3</sup>**

Estudio	Periodicidad
<b>Perímetro abdominal</b>	Al inicio del tratamiento Cada tres meses durante el primer año Del segundo año en adelante dos veces al año
<b>Glicemia en ayunas</b>	Al inicio del tratamiento A los tres meses si hay cambio en el tratamiento Cada seis meses para pacientes jóvenes menores de 45 años Anual para mayores de 45 años
<b>Perfil lipídico (colesterol total LDL, HDL y triglicéridos)</b>	Al inicio del tratamiento Cada seis meses para AP atípicos Control anual para otros AP
<b>EKG</b>	Al inicio del tratamiento Y una vez al año
<b>Hemograma</b>	Al inicio del tratamiento Los pacientes que reciben clozapina reciben control así: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de iniciar el tratamiento (como a todos).</li> <li>• Semanal durante los tres primeros meses.</li> <li>• Mensual hasta el año.</li> <li>• Cada seis meses a partir de un año.</li> </ul>
<b>Transaminasas</b>	Según instrucciones de uso de los diferentes fármacos

Tabla 4-3 Dosis mínimas y máximas para AP<sup>4,5,6</sup>

Medicamento	Dosis mínima efectiva de antipsicóticos Uso por vía oral al día	Dosis máxima
<b>APG</b>		
<b>Haloperidol</b>	2mg	10mg
<b>Sulpiride</b>	400mg	2400mg
<b>ASG</b>		
<b>Amisulpiride</b>	300mg	1200mg
<b>Aripiprazol</b>	15mg	30mg
<b>Asenapina</b>	10mg	20mg
<b>Lurasidona</b>	40mg	160mg
<b>Olanzapina</b>	5mg	20mg
<b>Paliperidona</b>	3 mg	12 mg
<b>Quetiapina</b>	150	750mg
<b>Risperidona</b>	2mg	6 mg
<b>Ziprasidona</b>	40mg	160mg

Tabla 4-4 Antipsicóticos de depósito<sup>2,3,11</sup>

Antipsicótico	Recomendaciones para el inicio	Comentarios
<b>Risperidona</b>	La dosis recomendada es de 25mg hasta 37,5 mg via IM cada 15 días	Requiere continuar uso de risperidona oral por 3 a 4 semanas Requiere refrigeración
<b>Paliperidona dosis mensual</b>	Se recomienda iniciar con 150mg IM en deltoides, a los 7 días siguientes 100mg IM en deltoides y a los 30 días aplicar la dosis de mantenimiento correspondiente en glúteo o deltoides.	No requiere continuar tratamiento oral No requiere refrigeración Dosis equivalente oral vs IM <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3mg = 50mg</li> <li>• 6mg = 75mg</li> <li>• 9mg = 100mg</li> </ul>
<b>Paliperidona dosis trimestral</b>	Iniciar las 2 dosis iniciales igual que con tratamiento mensual, al mes dar la dosis equivalente a usar y continuar cada 3 meses.	No requiere continuar tratamiento oral No requiere refrigeración Dosis equivalente oral vs IM <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3mg = 175mg</li> <li>• 6mg = 263mg</li> <li>• 9mg = 350mg</li> </ul>

## 4.2.3 Efectos adversos

### 4.2.3.1 Consideraciones generales sobre los efectos adversos de los antipsicóticos

Todas las GPC revisadas<sup>2,3,4,5,6,7</sup> describen efectos adversos similares y la probabilidad de ocasionarlos para cada uno de los antipsicóticos, estos los resultados se resumen en la tabla 4-5. Además, recomiendan tener en cuenta la elección del tratamiento basado en este perfil de efectos adversos para evitar descompensación de cifras glucémicas en diabéticos, empeorar los episodios convulsivos, aumentar la morbimortalidad por causas cardiovasculares, así como informar al paciente estas posibles reacciones con el fármaco usado.

Las seis GPC revisadas ofrecieron alternativas de tratamiento para los posibles efectos adversos, así como medidas farmacológicas, estilos de vida saludable, disminución de la dosis del antipsicótico o el cambio de este cuando las medidas iniciales fallan, ver tabla 4-6.

Tres de las GPC<sup>2,3,7</sup> presentaron recomendaciones para el manejo de los efectos adversos de la clozapina que se resumen en la tabla 4-7.

La GPC del MSPS<sup>3</sup> de Colombia indico que existe un riesgo de un 0.4% de presentar agranulocitosis con el uso de clozapina, este efecto es idiosincrático y puede aparecer a cualquier dosis y momento por lo cual es necesario un seguimiento hematológico permanente así:

- Al inicio del tratamiento
- Semanalmente durante los 3 primeros meses
- Mensual durante el primer año
- Cada seis a partir del primer año

En los adultos en tratamiento con clozapina si se evidencia en tres cuadros hemáticos sucesivos una disminución progresiva de los leucocitos el médico debe realizarle un hemograma cada 72 horas hasta que aumente el recuento, si se evidencia leucopenia menor de 3.500 células/mm<sup>3</sup>, se debe suspender la clozapina y remitir a un servicio de urgencias para hacer seguimiento hematológico cada 72 horas hasta que aumente el recuento, si se presenta un recuento de leucocitos menor de 2.000 células/mm<sup>3</sup>, se debe

suspender la clozapina y remitir a un servicio de urgencias para ser valorado por medicina interna o hematología<sup>3</sup>.

**Tabla 4-5 Efectos adversos de AP** <sup>4,5,6,7</sup>

Antipsicótico	Efectos adversos más comunes	Efectos adversos menos comunes
<b>Primera generación</b>		
<b>Haloperidol</b>	Pseudoparkinsonismo, acatisia, hiperprolactinemia	Sedación, hipotensión, anticolinérgico
<b>Levomepromazina</b>	Sedación, hipotensión, hiperprolactinemia, anticolinérgico	Pseudoparkinsonismo, acatisia
<b>Segunda generación</b>		
<b>Aripiprazol</b>	Acatisia	Hiperprolactinemia, pseudoparkinsonismo
<b>Olanzapina</b>	Sedación, ganancia de peso, síndrome metabólico	Hipotensión, anticolinérgico, hiperprolactinemia
<b>Paliperidona</b>	Hiperprolactinemia, hipotensión, ganancia de peso	Hiperprolactinemia, pseudoparkinsonismo
<b>Quetiapina</b>	Sedación, ganancia de peso, hipotensión	Anticolinérgico
<b>Risperidona</b>	Hiperprolactinemia, hipotensión, ganancia de peso	Hiperprolactinemia, pseudoparkinsonismo

**Tabla 4-6 Manejo de efectos adversos** <sup>2,3,5,6,7</sup>

Efecto adverso	Conducta
<b>Aumento de peso</b>	Acompañamiento por nutricionista, hábitos de vida saludable, dieta y ejercicio, si no hay efecto considerar el uso de metformina o cambio de AP
<b>Acatisia</b>	Considerar disminución de dosis de AP, uso de benzodiazepinas tipo Lorazepam
<b>Distonía aguda</b>	Biperideno 5mg IM dosis única, sino hay efecto cambio de AP
<b>Disquinesia tardía</b>	No disminuir la dosis de AP porque podría empeorar los síntomas, cambiar AP a clozapina o quetiapina, valoración conjunta con neurología
<b>Pseudoparkinsonismo</b>	Disminución de dosis de AP, anticolinérgicos orales biperideno 2 – 4 mg día, difenhidramina 50mg en el día, cambio del mismo.

Tabla 4-7 Efectos adversos de clozapina<sup>7,11</sup>

Efecto adverso	Tiempo de presentación	Manejo
<b>Sedación</b>	Primeros meses, aunque puede persistir	Dar la mayor parte de la dosis en la noche
<b>Sialorrea</b>	Primeros meses de predominio en la noche	Metoclopramida 10mg en la noche, evitar anticolinérgicos que empeoran el estreñimiento
<b>Constipación</b>	Mayor riesgo en los primeros 4 meses, aunque puede persistir, puede producir íleo paralítico	Advertir a los pacientes sobre la posibilidad de aparición, aumentar consumo de fibra líquidos y ejercicio. Se pueden usar laxantes.
<b>Hipotensión / hipertensión</b>	Primeras 4 semanas	Reducir velocidad de titulación, incrementar la ingesta de líquidos para hipotensión
<b>Taquicardia</b>	Primeras 4 semanas o persistir	Si se asocia a dolor precordial o signos de falla cardiaca podría ser una miocarditis por lo cual se debe remitir para valoración por cardiología
<b>Ganancia de peso</b>	Primer año o persistir	Dieta, ejercicio y buenos hábitos de vida
<b>Convulsiones</b>	En cualquier momento	Suspender por 1 día, iniciar anticonvulsivante y reiniciar la mitad de la dosis y luego titular, según riesgo beneficio considerar cambio de AP
<b>Enuresis</b>	En cualquier momento	Intentar reducción de dosis o modificar la distribución para evitar periodos de sedación profunda, evitar consumo de líquidos en la noche y programar idas al baño en la noche.
<b>Neumonía</b>	Al inicio del tratamiento, pero puede aparecer en cualquier momento.	Se asocia por aspiración de saliva, el manejo de hipersalivación o elevación de la almohada puede ayudar a prevenir, el manejo antibiótico de acuerdo a las guías nacionales.

#### 4.2.3.2 Listado de indicaciones para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia

- a) Al inicio del tratamiento se debe evaluar el antecedente de uso y respuesta a otros antipsicóticos, comorbilidades asociadas, antecedente de consumo de SPA, tabaco y alcohol.

*Continuación listado de indicaciones*

- b) Se debe informar al paciente y cuidadores los posibles efectos adversos de los medicamentos, las interacciones y el beneficio buscado con el tratamiento
- c) El tratamiento farmacológico debe ser formulado por el psiquiatra, teniendo en cuenta la opinión de los cuidadores y el paciente, el perfil de efectos adversos del medicamento y la presencia de comorbilidades.
  - Aripiprazol iniciar 5-10mg/día hasta alcanzar 15-30mg/día
  - Olanzapina iniciar 5mg/día hasta alcanzar 10-20 mg día dividido en 2 dosis
  - Quetiapina iniciar 50mg/día hasta alcanzar 300-400mg/día dividido en 2 a 3 dosis
  - Risperidona iniciar 1mg/día hasta alcanzar 3-4mg día dividido en 2 o 3 dosis
- d) La clozapina debe ser considerada como alternativa terapéutica:
  - En casos de refractariedad al tratamiento de al menos 2 antipsicóticos uno de los cuales debió ser risperidona u olanzapina.
  - Alto riesgo de autoagresión
  - Si el especialista en psiquiatría considera basado en la evaluación inicial que se beneficia del uso de este medicamento
- e) Se debe Iniciar con dosis bajas y aumentar progresivamente, los ajustes deben hacerse en promedio cada 1 o 2 semanas observando si existe respuesta pobre o nula hasta la dosis máxima permitida.
- f) Se debe evaluar la respuesta al tratamiento a la dosis máxima indicada durante 4 a 6 semanas antes de considerar el cambio de antipsicótico.
- g) La duración del tratamiento en un primer episodio debe ser de 1 año a 18 meses. En múltiples episodios la duración debe ser de mínimo 5 años.
- h) Si se considera la disminución o suspensión del medicamento se debe evaluar el contexto clínico y sociofamiliar del paciente siempre y cuando los riesgos no sobrepasen los beneficios.
- i) Se debe evitar el uso de AP de depósito en la fase aguda de la enfermedad
- j) Se debe ofrecer el uso de AP de depósito cuando el paciente así lo prefiera o cuando no hay adecuada adherencia al tratamiento oral

## 4.2.4 Tratamiento no farmacológico

### 4.2.4.1 Resumen de la evidencia

Todas las guías revisadas<sup>2,3,4,5,6,7</sup> concluyeron que se debe ofrecer manejo psicoterapéutico de acuerdo a las características clínicas y necesidades que se evidencian durante la entrevista clínica. Estas psicoterapias incluyen: a) terapia cognitivo conductual (TCC), a) psicoeducación y c) terapia familiar.

La GPC del MSPS de Colombia<sup>3</sup> y las guías NICE<sup>2</sup> presentaron los principales objetivos y beneficios de estas terapias:

- Terapia cognitivo conductual: está dirigida al reconocimiento y entendimiento de los síntomas, lograr una mayor comprensión e introspección de la enfermedad, conseguir hábitos de vida saludables, disminuir el deterioro funcional y el aislamiento social. Cuando existen síntomas persistentes se busca trabajar en las técnicas de adaptación que logren una menor interferencia en la vida del paciente. Finalmente, otro objetivo y utilidad es la prevención de recaídas; primero al reconocer tempranamente los síntomas, incluir al paciente en la toma de decisiones y la necesidad del tratamiento que permitan una mejor adherencia al mismo.
- Psicoeducación: Implica brindar al paciente información sobre su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, mecanismos de afrontamiento y derechos; Sus objetivos principales tienen que ver con la disminución de rehospitalización, mejoría de la adherencia al tratamiento farmacológico. Así mismo esta educación se debe brindar a la familia del paciente
- Terapia familiar: se sustenta principalmente en la psicoeducación sobre la enfermedad (etiología, curso, tratamiento y pronóstico), intervenciones en crisis y resolución de problemas, detección temprana y manejo de las recaídas y a las conductas disruptivas, enseñar que las conductas son parte de la enfermedad y no voluntarias del paciente de esta manera poder disminuir los sentimientos de hostilidad y mejorar la red de apoyo. Otro punto importante tiene que ver con estructurar las responsabilidades del cuidado y los relevos entre los miembros de la familia y evitar el cansancio y posibles enfermedades asociadas entre los cuidadores.

#### **4.2.4.2 Listado de indicaciones para el tratamiento no farmacológico de los pacientes con esquizofrenia**

- a) Se debe ofrecer TCC a los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia.
- b) Se debe realizar psicoeducación como modalidad psicoterapéutica en las consultas tanto de primera vez y controles por parte del médico psiquiatra.
- c) Se debe ofrecer terapia familiar con el objetivo de fortalecer las redes de apoyo, adaptación del entorno familiar a la patología y necesidades del paciente, potenciar las capacidades de la familia para reconocer síntomas y manejar contingencias.

### **4.3 Pregunta 3. ¿Cuáles son los criterios de remisión a unidad de salud mental para los pacientes con esquizofrenia?**

#### **4.3.1 Resumen de evidencia**

La guía del MSPS de Colombia<sup>3</sup> presenta recomendaciones sobre los criterios de hospitalización, estos incluyen: cuando exista riesgo tanto para el paciente como para la comunidad dado por el comportamiento o conductas que el paciente presente producto de la enfermedad se indica la hospitalización en unidad de salud mental, en este punto se incluyen la auto o heteroagresión, la desnutrición, deshidratación e inanición, así como la ideación y el plan suicida estructurados, si las condiciones sociales generan un riesgo para la integridad física del paciente o cualquier condición que impida el adecuado manejo ambulatorio.

##### **4.3.1.1 Listado de indicaciones de hospitalización del adulto con diagnóstico de esquizofrenia**

- a) Intento de suicidio de cualquier tipo
- b) Ideación suicida estructurada
- c) Conductas que generen riesgo para otros
- d) Compromiso del estado general (inanición, deshidratación, desnutrición)
- e) Conductas de riesgo o de daño autoinfligido en presencia de ideación suicida
- f) Consumo concomitante de sustancias que estén poniendo en riesgo la vida del paciente
- g) Reactivación de síntomas psicóticos si además cumple con alguno de los anteriores
- h) Presencia de condiciones (estresores psicosociales) que a juicio del MD psiquiatra dificulten el manejo ambulatorio (por ejemplo: paciente sin red de apoyo, o víctima de violencia intrafamiliar, abuso, negligencia u otros).

## **4.4 Pregunta 4. ¿Cómo se debe realizar el seguimiento de los pacientes adultos con esquizofrenia, en consulta externa?**

### **4.4.1 Consideraciones generales sobre el seguimiento de los pacientes con esquizofrenia**

De las GPC revisadas cinco<sup>2,3,4,6,7</sup> presentaron indicaciones sobre el seguimiento. Todas concluyeron que en cada control:

- Se deben evaluar la presencia de efectos adversos,
- Valorar la salud física del paciente mediante la solicitud de exámenes paraclínicos y medidas antropométricas, para este fin en la tabla 4-2 se resumen los exámenes y la periodicidad sugerida,
- Analizar la respuesta y adherencia al tratamiento,
- Explorar sobre la dinámica familiar, desempeño laboral y/o educativo,
- Promover estilos de vida saludable
- Realizar psicoeducación.

Sobre el tratamiento farmacológico todas las GPC revisados indicaron que se debe continuar el mismo medicamento con el cual se logró control de los síntomas, a menos que presente algún efecto adverso, el cual debe ser tratado o está indicado el cambio de antipsicótico. De la misma manera coincidieron que cuando existe pobre adherencia al tratamiento o si el paciente lo prefiere se sugiere iniciar antipsicóticos de depósito (ver tabla 4-4), explicando en los controles la posibilidad de acceder a esta modalidad de tratamiento, los posibles efectos adversos, las condiciones de almacenamiento y aplicación.

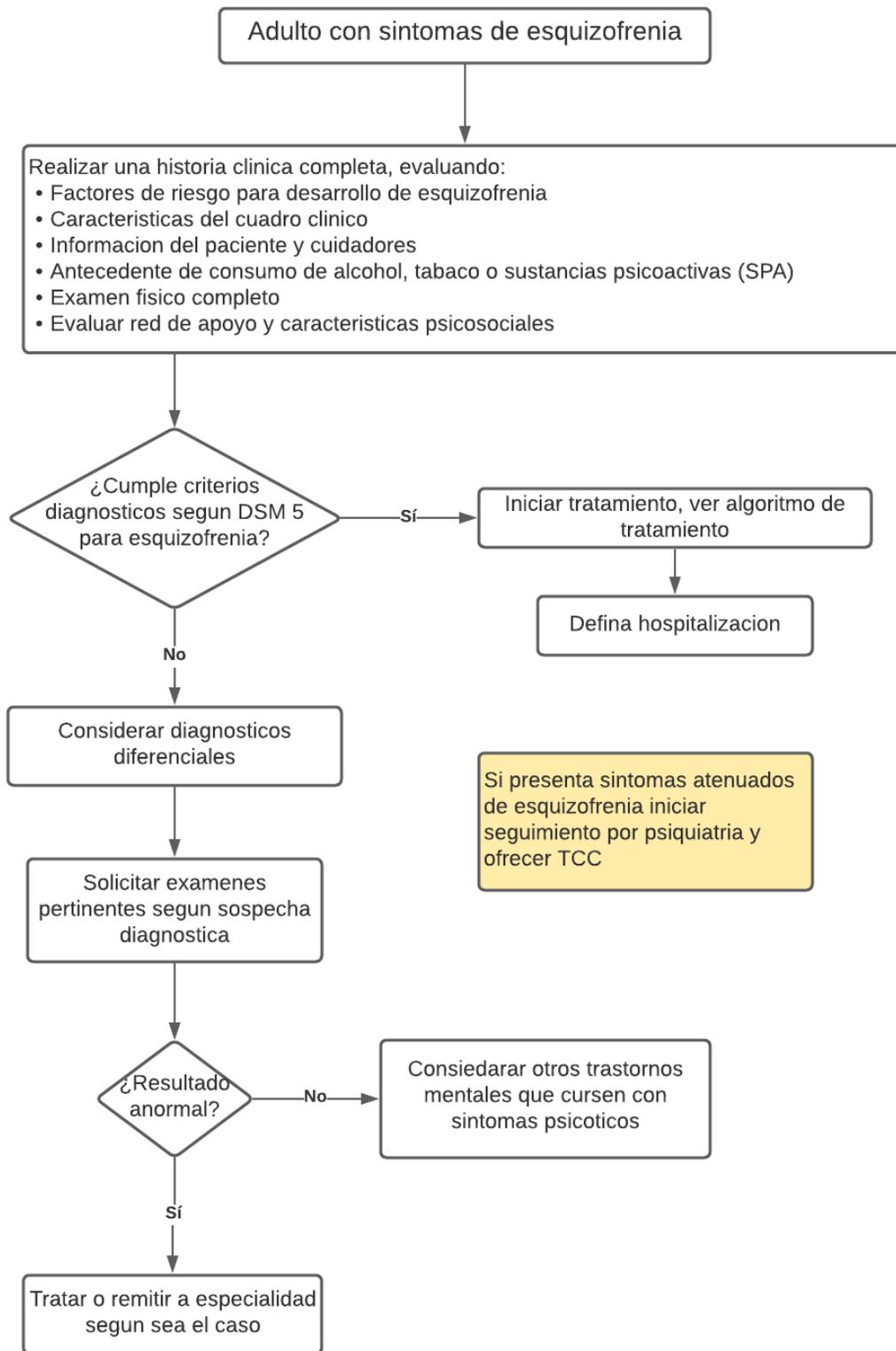
La GPC de MSPS de Colombia<sup>3</sup> indico que de acuerdo con la evaluación de cada paciente es posible ofrecer los servicios conjuntos por parte de psicología y terapia ocupacional.

Sobre la periodicidad de los controles solo a GPC del MSPS de Colombia presento indicaciones, las cuales fueron adaptadas por recomendación de expertos a un control mensual durante los primeros 6 meses y luego cada 2 a 3 meses según la evolución clínica del paciente.

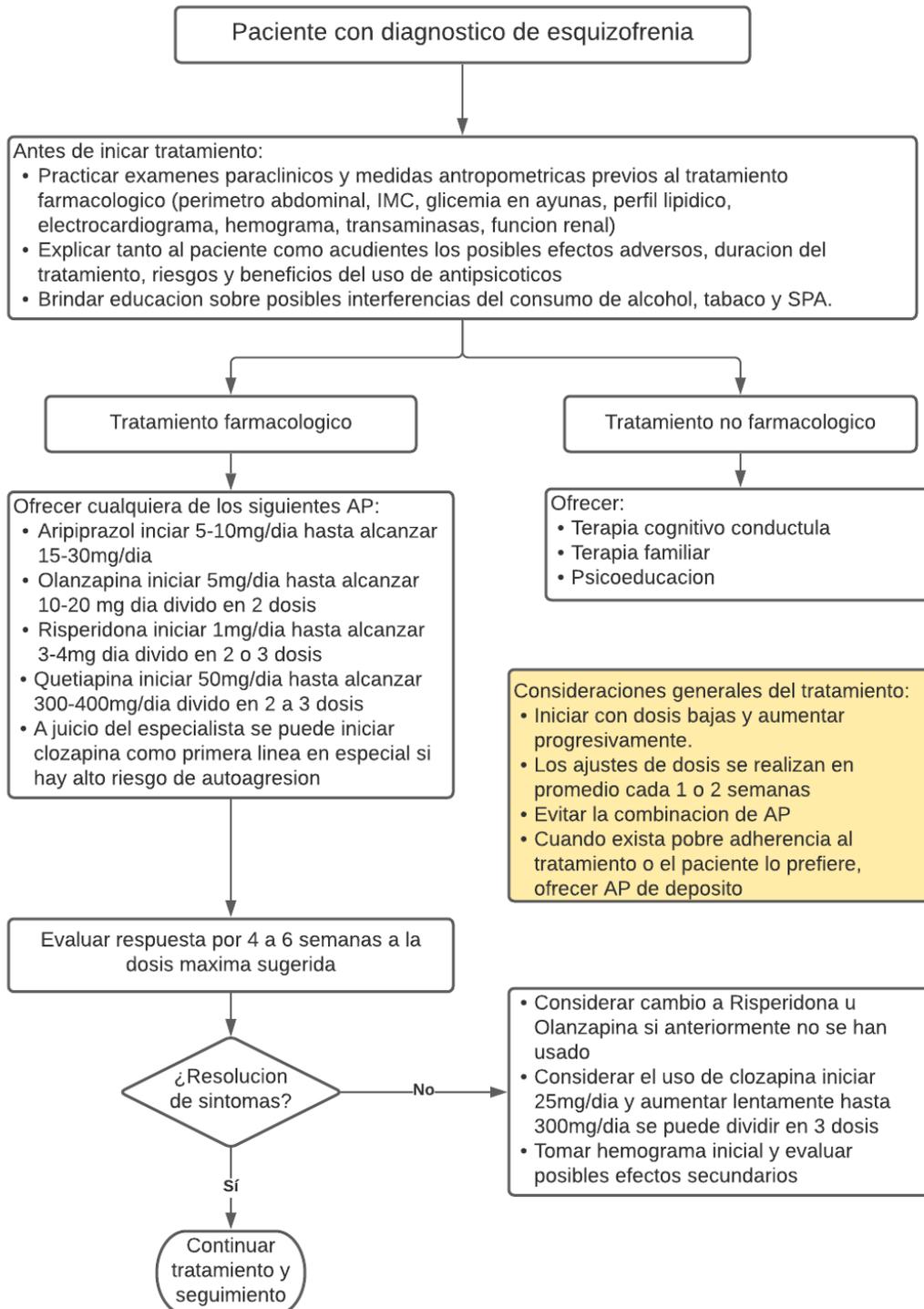
#### 4.4.1.1 Listado de indicaciones para el seguimiento de pacientes con esquizofrenia

- a) Tanto en la evaluación inicial como en los controles el médico psiquiatra debe evaluar los siguientes aspectos clínicos:
- Consumo de SPA
  - Factores y comportamientos sexuales de riesgo
  - Variables antropométricas (IMC, peso, talla, perímetro abdominal)
  - Presión arterial y frecuencia cardíaca
  - Revisión del tratamiento (adherencia, efectos adversos, problemas adicionales)
  - Solicitud de exámenes en la periodicidad sugerida en la tabla 4.
  - Dinámica familiar
  - Desempeño educativo y/o laboral
- b) Se debe continuar el tratamiento con el mismo AP con el cual hubo control de los síntomas y la misma dosis.
- c) Si presenta efectos adversos deben tratarse, si las medidas iniciales fallan se debe considerar el cambio de Antipsicótico
- d) Durante los controles además se debe brindar psicoeducación tanto al paciente como a los familiares y promover estilos de vida saludable.
- e) Si se observa pobre adherencia al tratamiento o por preferencia del paciente se debe iniciar antipsicóticos de depósito.
- f) Se debe considerar en cada paciente de acuerdo a la evaluación, la posibilidad de ofrecer los servicios conjuntos por parte de psicología y terapia ocupacional
- g) Se debe realizar un seguimiento mensual de manera ambulatoria por el servicio de consulta externa durante los primeros seis meses posteriores al diagnóstico u egreso de hospitalización y luego cada 2 a 3 meses según estabilidad del paciente.

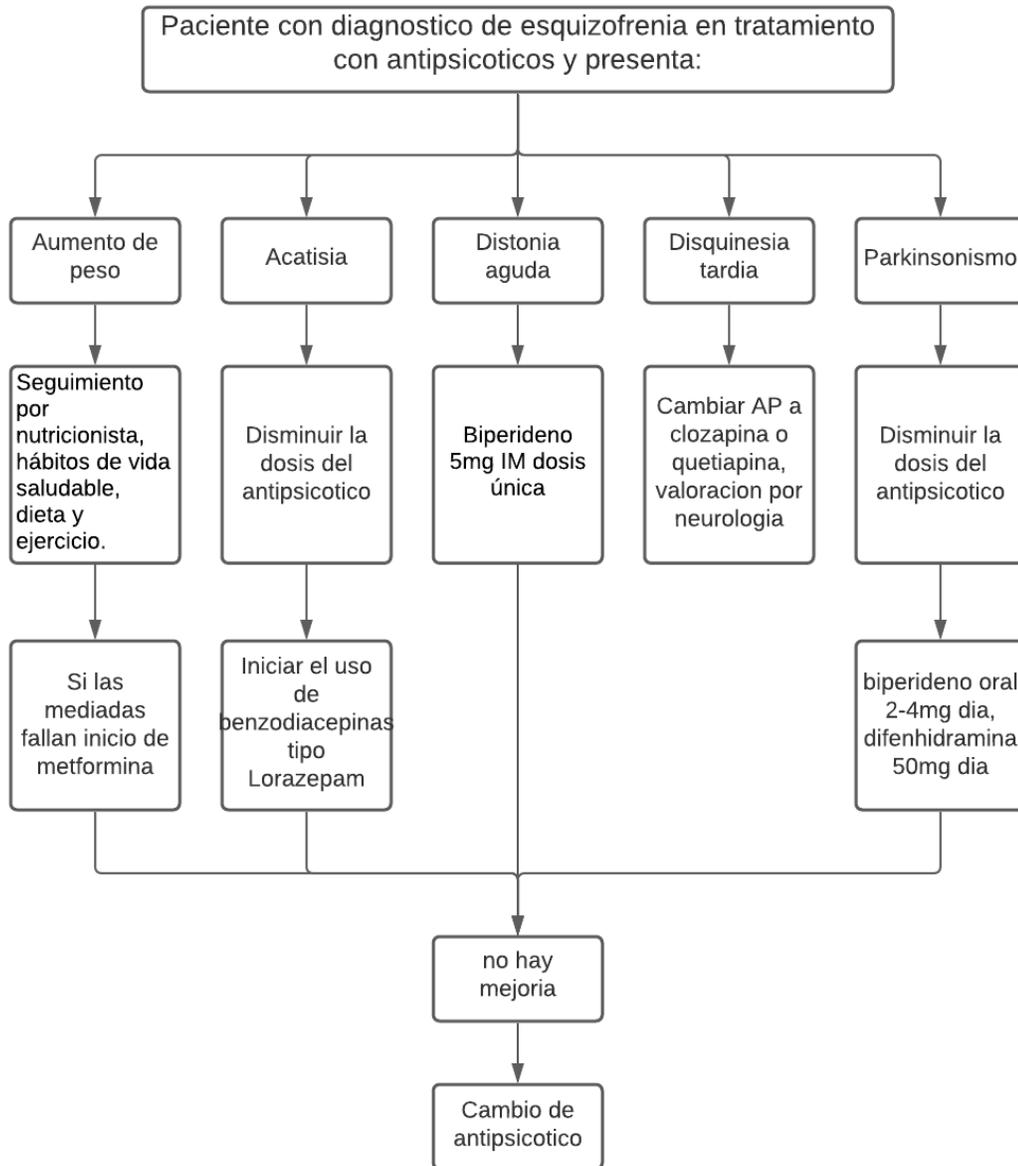
### 4.5 Flujoograma para el proceso de diagnóstico de esquizofrenia



## 4.6 Flujograma para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia



### 4.7 Flujograma para el manejo de efectos adversos



## A. Anexo 1: Bitácoras de búsquedas de bases de datos electrónicas

<b>Reporte de búsqueda electrónica No.1</b>	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva
<b>Base de datos</b>	GIN: <a href="https://guidelines.ebmportal.com/guidelines-international-network?search=schizophrenia&amp;type=search">https://guidelines.ebmportal.com/guidelines-international-network?search=schizophrenia&amp;type=search</a>
<b>Plataforma</b>	-
<b>Fecha de búsqueda</b>	3/11/2021
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Últimos 10 años
<b>Restricciones de lenguaje</b>	Ninguna
<b>Otros límites</b>	ninguno
<b>Estrategia de búsqueda</b>	1. Schizophrenia      2. psychosis
<b># de referencias identificadas</b>	18

<b>Reporte de búsqueda electrónica No.2</b>	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva
<b>Base de datos</b>	<a href="https://www.nice.org.uk/guidance/published?ndt=Guidance&amp;ndt=Quality%20standard">https://www.nice.org.uk/guidance/published?ndt=Guidance&amp;ndt=Quality%20standard</a>
<b>Plataforma</b>	-
<b>Fecha de búsqueda</b>	3/11/2021
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Últimos 10 años
<b>Restricciones de lenguaje</b>	Ninguna
<b>Otros límites</b>	Guidance
<b>Estrategia de búsqueda</b>	schizophrenia OR psychosis
<b># de referencias identificadas</b>	32

<b>Reporte de búsqueda electrónica No.3</b>	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva
<b>Base de datos</b>	SIGN: <a href="https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/">https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/</a>
<b>Plataforma</b>	-
<b>Fecha de búsqueda</b>	3/11/2021
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Últimos 10 años
<b>Restricciones de lenguaje</b>	Ninguna
<b>Otros límites</b>	ninguno
<b>Estrategia de búsqueda</b>	Schizophrenia
<b># de referencias identificadas</b>	1

<b>Reporte de búsqueda electrónica No.4</b>	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva
<b>Base de datos</b>	Guiasalud: <a href="https://portal.guiasalud.es/gpc/?_sf_s=esquizofrenia">https://portal.guiasalud.es/gpc/?_sf_s=esquizofrenia</a>
<b>Plataforma</b>	-
<b>Fecha de búsqueda</b>	3/11/2021
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Últimos 10 años
<b>Restricciones de lenguaje</b>	Ninguna
<b>Otros límites</b>	ninguno
<b>Estrategia de búsqueda</b>	esquizofrenia
<b># de referencias identificadas</b>	0

<b>Reporte de búsqueda electrónica No.11</b>	
<b>Tipo de búsqueda</b>	Nueva
<b>Motor de búsqueda</b>	Google <a href="https://www.google.com.co/webhp?source=searchapp">https://www.google.com.co/webhp?source=searchapp</a>
<b>Fecha de búsqueda</b>	3/11/2021
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Últimos 10 años
<b>Restricciones de lenguaje</b>	Ninguna
<b>Otros límites</b>	ninguno
<b>Estrategia de búsqueda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (schizophrenia OR psycho) + guideline</li> <li>• (esquizofrenia OR psicosis) + "guía de práctica clínica"</li> </ul>
<b># de páginas de resultados revisadas</b>	10 por cada idioma
<b># de referencias tras pre-tamización</b>	14
<b># de referencias duplicadas</b>	2

## B. Anexo 2: Criterios diagnósticos del DSM 5 para esquizofrenia<sup>1</sup>

### Esquizofrenia

#### Criterios diagnósticos

295.90 (F20.9)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos

mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., *una* droga o medicamento) o a otra afección médica.

E Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios

o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

## C. Anexo 3. Calificación AGREE II

GPC	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor de la elaboración	Claridad de la presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	Calificación	Calificación global
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management <sup>2</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	7
Ministerio de Salud y Protección Social - Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia <sup>3</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	7
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - Management of schizophrenia <sup>4</sup>	100%	70%	100%	100%	80%	100%	91%	7

*Continúa*

## Continuación anexo 3

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists - clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders <sup>5</sup>	100%	60%	94%	100%	75%	100%	88%	7
Indian Psychiatric Society - Clinical Practice Guidelines for Management of Schizophrenia <sup>6</sup>	70%	65%	100%	88%	42%	100%	77,5%	6
The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia <sup>7</sup>	20%	45%	100%	90%	42%	100%	66%	5

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. 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. National Institut for Clinical Excellence; 2003
3. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia - 2014 Guía No. 29.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of schizophrenia. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 131). [March 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>
5. Galletly C, Castle D, Dark F, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2016;50(5):410–472. doi:10.1177/0004867416641195
6. Grover S, Chakrabarti S, Kulhara P, Avasthi A. Clinical Practice Guidelines for Management of Schizophrenia. Indian J Psychiatry 2017;59:19-33.
7. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, Servis M, Walaszek A, Buckley P, Lenzenweger MF, Young AS, Degenhardt A, Hong SH. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Am J Psychiatry. 2020 Sep 1;177(9):868-872. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.177901. PMID: 32867516.
8. WHO handbook for guideline development, 1. Guidelines as a topic – standards. 2. Review literature. 3. Meta-analysis. 4. Peer review. 5. Evidence-based medicine. 6. World Health Organization. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 154844 1

9. Manual para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto Nacional de Cancerología | ISBN 978-958-8963-15-0 - Libro. Accessed October 1, 2021. <https://isbn.cloud/9789588963150/manual-para-la-elaboracion-de-protocolosclnicos- en-el-instituto-nacional-de-cancerologia/>
10. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Electronic version] [internet]. 2009 [citado: 5 de Julio del 2011]. Disponible en: <http://www.agreetrust.org>.
11. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 13th Edition David M. Taylor, Thomas R. E. Barnes, Allan H. Young, This thirteenth edition first published 2018