

CONSENSO ESPAÑOL DE EXPERTOS PARA

**RECOMENDACIONES DE
ACTUACION EN EL
TRATAMIENTO DE LA
ESQUIZOFRENIA**



**Consenso Español de Expertos para
Recomendaciones de Actuación en el
Tratamiento de la Esquizofrenia**



**Sociedad Española de Psiquiatría
2000**

Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia

Comité director: **Prof. José Giner**
 Prof. Salvador Cervera
 Prof. Carmen Leal

Grupo consultor: **Dr. Enrique Alvarez**
 Prof. Enrique Baca
 Dr. Miguel Bernardo
 Prof. Julio Bobes
 Prof. Manuel Camacho
 Prof. Valentín Conde
 Prof. Juan Gibert
 Prof. Miguel Gutiérrez
 Dr. José Manuel Olivares
 Dr. Víctor Peralta
 Dr. Eduard Vieta

Panel de expertos para el Consenso de la Esquizofrenia

Para la realización del Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia fueron consultados un total de 304 psiquiatras españoles y para su identificación se utilizaron diversos criterios tanto académicos como de experiencia clínica en el campo de la esquizofrenia. De los 304 expertos que recibieron el cuestionario respondieron 212 (un 70%). Las recomendaciones de este consenso reflejan la opinión de un número importante de expertos y no necesariamente la opinión de cada individuo con respecto a cada pregunta.

ACOSTA LÓPEZ, Alfonso	CARRASCO PEREA, José Luis	FERRE NAVARRETE, Francisco
AGUERA ORTIZ, Luis	CASAS MARTÍNEZ, Leonardo	FRAGA LISTE, Julia
AGUILAR GARCÍA-ITURROSPE, Eduardo	CASAS BARQUERO, Nieves	FRANCH VALVERDE, Juan Ignacio
ALBERNI CODERCH, Joan	CASAS BRUGUÉ, Miguel	FRANCO FERNÁNDEZ, M ^a Dolores
ALBERT VILA, Remei	CASAS LOSADA, Alfonso	FRANCO MARTÍN, Manuel
ALONSO LÓPEZ, Dolores	CASTRO DONO, Carlos	FRUGONI PERDOMO, Angel
ALVAREZ MARTÍNEZ, Enric	CASTRO LUNA, José	FUENTENEYRO DE DIEGO, Filiberto
ANTÓN FRUCTUOSO, Pedro	CERVERA ENGUIX, Salvador	GALÁN MORENO, Fernando
ARGENTE DEL CASTILLO, Adrian	CHAMORRO GARCÍA, Lorenzo	GALINDO MENÉNDEZ, Alfredo
ARIAS BAL, Manuel	CHINCHILLA MORENO, Alfonso	GARCÍA CAMPAYO, Javier
ARIAS HORCAJADAS, Francisco	COLODRÓN ALVAREZ, Antonio	GARCÍA CASTELLANO, Enrique
ARRUGAT NEBOT, Francisco Javier	CONDE LÓPEZ, Valentín	GARCÍA MAHIA, Carmen
BACA BALDOMERO, Enrique	CORNES IGLESIAS, José Manuel	GARCÍA PARÉS, Gemma
BALBO AMBROSOLI, Eduardo	CORTELL SIVERA, Alfredo	GARCÍA RIBERA, Carlos
BALLSELLS VALLS, Merçè	COSTA MOLINARI, Josep María	GARCÍA RUÍZ, Francisco
BARCELÓ IRANZO, Manuel	COTRINA DE LUNA, Esteban	GARRIDO MARTÍNEZ, Alfonso
BARCIA SALORIO, Demetrio	CRISOSTOMO PIZARRO, Ricardo	GASCÓN BARRACHINA, Josep
BARREIRO MARÍN, Pedro	CRUZ MONTES, Antonio	GASTÓ FERRER, Cristobal
BENAVENTE MARTÍN, José Luis	CUEVAS MUÑOZ, Pastora	GEJO URIBE, Soralla
BERCHE CRUZ, Carles	DE ARCE CORDÓN, Rosario	GIBERT RAHOLA, Juan
BERNARDO ARROYO, Miguel	DE LA GANDARA MARTÍN, Jesús	GIMENO TEJEDOR, Antonio
BLANCO BLANCO, Javier	DE LA TORRE HIGUERAS, Carlos	GINER UBAGO, José
BLANCO GARROTE, José Antonio	DE LAS HERAS LIÑERO, Elena	GÓMEZ GIL, Esther
BLANCO LOBEIRAS, José Manuel	DE LINARES SCHMITERLÖW, Carlos	GÓMEZ PÉREZ, Isidro
BLANCO PICABIA, Alfonso	DE LINARES SCHMITERLÖW, Francisco	GÓMEZ ROBINA, Felisa
BLANCO PRADAS, Fernando	DE SANTIAGO SASTRE, José	GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Manuel
BLASCO MARTÍNEZ, Julia	DEL MORAL DEL OLMO, Enrique	GONZÁLEZ DE PABLOS, Emilio
BOATAS ENJUANES, Fernando	DELGADO CRIADO, Manuel	GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, Luis
BOBES GARCÍA, Julio	DELGADO CRUZ, Luis	GONZÁLEZ INFANTE, José Manuel
BORREGO HERNANDO, Olga	DELGADO GONZÁLEZ, José	GONZÁLEZ JOVELLAR, Susana
BORT RUÍZ, Juan	DÍEZ MANRIQUE, Juan Francisco	GONZÁLEZ LLERA, Fernando
BOSQUE GABARRE, Clara	DOCASAR BERTOLO, Luis	GONZÁLEZ OLIVEROS, Rubén
BOUSOÑO GARCÍA, Manuel	DOURDIL PÉREZ, Federico Antonio	GONZÁLEZ PINTO, Ana
BUSTO ARENAS, Javier	DURÁN GARRIDO, Lucía	GONZÁLEZ SEJO, Juan Carlos
CABO SUAREZ, Alejandro	EGUILUZ URUCHURTU, José Ignacio	GONZÁLEZ TORRES, José Miguel
CADEVALL DIÉGUEZ, Joan	ELIZAGARATE ZABALA, Edorta	GOTOR DÍAZ, Pablo
CAMACHO LARAÑA, Manuel	ELORZA GUIASOLA, Julian	GRACIA MARCOS, Ramón
CAMACHO MUÑOZ, Manuel	ELVIRA CRUAÑES, V. Juan	GRAU MORILLO, Monteserrat
CÁMARA TERUAL, José M.	ENRÍQUEZ CONCEPCIÓN, Rita	GUERRO CERRATO, Delio
CAMIRUAGA BILBAO, Carmen	ESCUDERO NAFS, Antonio	GUIMÓN UGARTECHETA, José
CAMPO GUERRA, Fernando	ESPARZA RODRÍGUEZ, Jaime	GUIRAL TORNER, Albert
CAMPORRO ROCES, Beatriz	EZCURRA SÁNCHEZ, Jesús	GUTIÉRREZ CASARES, José Manuel
CANO VALERO, Julia	FABREGAT, Vicente	GUTIÉRREZ FRAILE, Miguel
CAÑAS DE PAZ, Fernando	FERNÁNDEZ LIRIA, Alberto	GUTIÉRREZ MOYANO, Luis
CARBONELL MASIA, Carlos	FERNÁNDEZ MORAL, Antonio	HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, José
CARO REBOLLO, Francisco	FERNÁNDEZ-VILLAMOR ORTIZ, Raúl	HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano

- HERNÁNDEZ ROSELL, Rodolfo
 HERRERA ARROYO, José
 HOSPITAL BALADA, Dolors
 IBAÑEZ GUERRA, Elena
 IGLESIAS RODRÍGUEZ, Felipe
 INDURAIN EGUILLOR, Alfonso
 JIMÉNEZ ARRIERO, Miguel Angel
 JUAN BERNA, José Antonio
 JULIÁ ZAPATA, Jordi
 LASA, Alberto
 LEAL CERCOS, Carmen
 LEAL HERRERO, Fernando
 LIZARRAGA SOBRINO, Jon
 LONJEDO MONZO, José
 LÓPEZ GONZÁLEZ, Eliseo
 LÓPEZ MANZANO, Juan Carlos
 LÓPEZ-IBOR ALIÑO, Juan José
 LUCAS ROIG, Ricardo
 LUQUE LUQUE, Rogelio
 MACHO VIVES, José Luis
 MADARAIAGA ZAMALLOA, Iñaki
 MADRIGAL GALICIA, Juan José
 MANERO LÓPEZ, Eliseo
 MANZANERA LÓPEZ, Francisco J.
 MARIANO GALLETERO, José
 MARTÍNEZ ACIEN, Carlos
 MARTÍNEZ GARCÍA, José Javier
 MARTÍNEZ LARREA, Alfredo
 MARTÍNEZ ROIG, Miguel
 MARTÍNEZ VILLAMARÍN, José
 MASEGOZA PALMA, Manuel
 MATARREDONA CATALÁ, José
 MATEO MARTÍN, Ildfonso
 MAYORAL MOYANO, Sacramento
 MEJIAS DEL ROSAL, Fernando
 MENCHÓN MAGRIÑÁ, José Manuel
 MENGUAL PRIMS, Alfonso
 MERINO AGUADO, Javier
 MIRA SEMPERE, Ramón
 MIRÓ AGUADE, Emilio
 MONEDERO CAÑAS, Gonzalo
 MONLEÓN MONZONIS, Vicente
 MONS REVILLA, Juan
 MURO ROMERO, José Juan
 MURRAIZ BURRIANA, Miguel
 NARBONA VERGARA, Guillermo
 NIETO RODRÍGUEZ, Evaristo
 OBIOLS LLANDRICH, Jordi
 OLIVARES DÍAS, José M.
 ORTA RODRÍGUEZ, José
 ORTEGA RUÍZ, Rosa Arancha
 ORTIGOSA DIGÓN, Juan Carlos
 ORTIZ-CAÑAVATE CEBALLOS, Inmaculada
 PADIAL MOLINA, Enrique
 PADILLA MENDIVIL, Pablo
 PALAU VIDAL, Diego
 PALICIO GONZÁLEZ, Leandro
 PALMER VICIEDO, Ramón
 PALOMO ALVAREZ, Tomás
 PARAMO FERNÁNDEZ, Mario
 PARELLADA RODÓN, Eduard
 PAZ GONZÁLEZ, María
 PEDRÓS ROSELLO, Alfonso
 PELLEJERO MORENO, Adolfo
 PENASA LÓPEZ, Blanca
 PERALTA MARTÍN, Victor
 PERALTA RODRIGO, Concepción
 PEREA SAENZ, José Manuel
 PÉREZ ALFEREZ, Nicolás
 PÉREZ BRAVO, Avelina
 PÉREZ CRESPO, Francisco
 PEREZ DE HEREDIA FLORES, José Luis
 PÉREZ ESPINOSA, M^a Teresa
 PÉREZ JIMÉNEZ, Jesús
 PÉREZ SENDINO, Agustín
 PÉREZ SOLÁ, Víctor
 PÉREZ-IÑIGO GANCEDO, José Luis
 PINTOR PÉREZ, Luis
 PLA VIDAL, Jorge
 PONCE DE LEÓN HERNÁNDEZ, Carmen
 PONS VILLANUEVA, Alex
 POYO CALVO, Felix
 PRETEL PIQUERAS, Juan
 PRIETO MAESTRE, Nieves
 PRIETO VIVES, Jesús
 PUCHADEZ MUÑOZ, Paz
 QUIROGA YAÑEZ, Pablo
 RAMÍREZ NEBREA, Nicolás
 RICO GARCÍA, Pilar
 RIOS RIAL, Berta
 RIVERA VILLAVERDE, Alvaro
 ROCA BENNASAR, Miguel
 RODAO GARCÍA, José María
 RODRIGO TORRIJOS, Fernando
 RODRÍGUEZ CALVÍN, José Luis
 RODRÍGUEZ DEL TORO, Carmen
 RODRÍGUEZ LINDE, Enrique
 RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Alfonso
 RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, José Manuel
 RODRÍGUEZ PULIDO, Francisco
 ROJO MORENO, Juan
 ROS MONTALBÁN, Salvador
 ROYUELA LÓPEZ, Angel
 RUBIO LARROSA, Vicente
 RUFO CAMPOS, José Antonio
 RUIZ CARAZO, F. Javier
 RUIZ MERINO, Antonio
 RUIZ SANZ, Francisco
 SAINZ CORTÓN, Enrique
 SALA AYMA, José María
 SALGADO MÉNDEZ, María
 SALGADO SERRANO, Purificación
 SAMADA ROMERO, Pilar
 SAN MOLINA, Luis
 SÁNCHEZ GARCÍA, Milagros
 SÁNCHEZ SAHIS, Ignasi
 SANJUAN ARIAS, Julio
 SANTAMARIA PÉREZ, Luis
 SANTO-DOMINGO CARRASCO, Joaquín
 SANTOS GÓMEZ, José Luis
 SANZ MENARGUEZ, José Antonio
 SARRI CLOSA, Carmen
 SARRÓ MALUQUER, Salvador
 SEGOVIA LÓPEZ, José Miguel
 SERRALLONGA PAREU, Joan
 SERRANO VÁZQUEZ, Manuel
 SEVA DÍAZ, Antonio
 SOLÁ CASTELLÓ, Albert
 SOLER INSA, Pere Antón
 SORIA GARCÍA, Juan Manuel
 SULEIMAN RASHID, Jehad Kamel
 SZERMAN BOLOTNER, Nestor
 TABARES DOMÍNGUEZ, Pascual
 TEIXIDÓ PERRAMÓN, Cristina
 TIFFON DOMENECH, Luisa
 TOLEDO ROMERO, Francisco
 TOLOSA OYARBIDE, Marcos
 TORRE GARNICA, Pedro
 TORRES GONZÁLEZ, Francisco
 TORTAJADA BONASELT, Ignacio
 TOTORICA PAGALDAY, José Luis
 TRUJILLO CUBAS, Angel
 UGARTE MAUROLAGOITIA, Juan Jesús
 UQUERELLA BENABENT, Miguel Angel
 URIARTE URIARTE, José
 VALENCIANO PÍO, Rafael
 VALLE CABRERA, José R.
 VALLE FERNÁNDEZ, Jesús
 VALLEJO RUILOBA, Julio
 VALLÉS CALLOL, Vicenç
 VALMISA GÓMEZ DE LARA, Eulalio
 VARONA MARTÍNEZ, Alberto
 VÁZQUEZ BARQUERO, José Luis
 VEGA PIÑERO, Miguel
 VÉLEZ NOGUERA, Juan Luis
 VERDEGUER DUMONT, Miguel
 VICENTE SOBRINO, María José
 VICO CANO, Diego
 VIDAL PARDO, Francisco
 VIETA PASCUAL, Eduard
 VILLAGRAN MORENO, José María
 VILLAR GARCÍA, Mariano
 YAÑEZ SÁNCHEZ, José Julio
 YLLA SEGURA, Luis
 ZARRANZ HERRERA-ORIA, I. María
 ZUBIA ZUBIA, Begoña

Índice general

A. Introducción	9
Justificación	9
Metodología y procedimientos	11
Ventajas e Inconvenientes de las recomendaciones consensuadas	12
B. Resumen del Consenso	14
1. Manejo psicofarmacológico en episodio psicótico agudo	14
1A: Selección del antipsicótico	14
1B: Selección de un tratamiento coadyuvante	14
2. Respuesta inadecuada al tratamiento antipsicótico	15
2A: Respuesta insuficiente al tratamiento antipsicótico convencional	15
2B: Respuesta insuficiente al tratamiento antipsicótico atípico	15
3. Hospitalización de un episodio psicótico agudo	16
4. Facilitando el alta hospitalaria	17
5. Tratamiento de mantenimiento	18
6: Otros aspectos durante la fase de mantenimiento	18
6A: Frecuencia y tipo de asistencia ambulatoria	18
6B: Intervenciones programadas	19
7. Apoyo a la adherencia del tratamiento	20
8. Evaluación médica y de situaciones especiales	21
8A: Evaluación médica	21
8B: Evaluación de situaciones especiales	22
9. Selección del tratamiento coadyuvante	23
10. Tratamiento de los efectos secundarios de los antipsicóticos	24
10A: Efectos secundarios extrapiramidales persistentes con antipsicóticos convencionales	24
10B: Discinesia tardía y síndrome neuroléptico maligno	24
10C: Otros efectos secundarios	25
10D: Efectos sobre la función sexual	25
10E: Efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos	25
C. Algoritmo para el tratamiento de la esquizofrenia	26
D. Resultados de las preguntas	29

Introducción

Justificación

En 1998, la Sociedad Española de Psiquiatría, publicó el Consenso de Expertos sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia (1) con el propósito de ofrecer a los profesionales de la salud mental, a los propios enfermos y a sus familiares una revisión actualizada de la situación, desde una perspectiva eminentemente clínica.

En los últimos dos años, se han producido avances en la investigación que hacen necesaria una revisión de las pautas de actuación que se vienen utilizando en la clínica psiquiátrica. Este es precisamente el propósito de la presente edición del Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actualización en el Tratamiento de la Esquizofrenia.

Los avances en la investigación, especialmente los relacionados con el tratamiento farmacológico de la enfermedad, han seguido dando frutos disponiéndose en la actualidad de nuevos fármacos que están aportando mejoras considerables en cuanto a las posibilidades de recuperación de la enfermedad, por lo que las personas que padecen esquizofrenia pueden progresar en su calidad de vida, lo que está facilitando la posibilidad de tener una vida más independiente y productiva. Además, se dispone de numerosas publicaciones de estudios controlados en el ámbito de la efectividad de la combinación de abordajes psicosociales, junto con diversos tratamientos farmacológicos, en el contexto de un abordaje integral de patologías como la esquizofrenia, que conviene tener en cuenta.

Por tanto, parece oportuno revisar y actualizar las pautas de actuación clínica a la luz de las nuevas herramientas disponibles, para poder proponer recomendaciones de actuación consensuadas que tengan en cuenta los nuevos conocimientos disponibles.

Desde que hace cincuenta años se comercializó el primer fármaco con propiedades antipsicóticas como tratamiento eficaz de esta patología, han aparecido numerosos medicamentos que podemos agrupar en dos categorías: antipsicóticos clásicos y antipsicóticos atípicos o de nueva generación.

Los primeros son muy eficaces pero no están exentos de efectos secundarios graves y molestos; los segundos son los más recomendados actualmente por los expertos como tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con esquizofrenia, por su eficacia y por tener menos probabilidades de producir los efectos secundarios tan molestos propios de los antipsicóticos clásicos.

Eficacia, mínimos efectos indeseables y cumplimentación correcta del tratamiento son los tres factores más relevantes a considerar en la elección del tratamiento antipsicótico utilizado para las diversas formas de esquizofrenia. Esto es lo que determina los cuatro objetivos fundamentales del tratamiento antipsicótico: control de los síntomas, evitar las recaídas, mejora de la calidad de vida y facilitar la integración socio-laboral y familiar del paciente esquizofrénico.

Por otro lado, se sabe que la esquizofrenia detenta múltiples formas de presentación, con mayor o menor predominio de síntomas positivos, síntomas negativos y/o síntomas de desorganización, que posiblemente se corresponden con distintos substratos biológicos, y muestran distintos grados de manifestación - fase aguda, de estabilización, de mantenimiento, de recuperación - a lo largo de la evolución de la enfermedad. Por estos hechos es evidente que un único antipsicótico o grupo de antipsicóticos que actúen de la misma forma no pueden ser igualmente eficaces en todos los enfermos.

Debido a la variabilidad de las respuestas de los pacientes a los distintos tratamientos, los clínicos nunca deberían sentirse obligados a utilizar solamente pautas terapéuticas consistentemente establecidas, tampoco sería aconsejable embarcarse en acciones no estandarizadas, sino que lo recomendable es, cuando los casos que se tratan se van complicando y personalizando, asegurar que la decisión de pauta a tomar se base en criterios

suficientemente documentados y en recomendaciones de expertos que orientan sobre como ayudar mejor a un paciente que no está respondiendo bien al tratamiento o que muestra complicaciones importantes, que sugieren una modificación del plan terapéutico establecido.

Como no siempre se puede tener cerca a un experto, e incluso en el caso de que se disponga de uno, no se puede saber si su opinión es la más acertada para el caso que nos ocupa, la solución a un problema concreto puede no ser fácil.

Esta es la razón principal por la que se ha elaborado este Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia en el que las pautas de actuación que se proponen están basadas en una encuesta amplia dirigida a un numeroso grupo de psiquiatras españoles y con un procedimiento previamente estructurado que sea de ayuda en el trabajo clínico diario.

Conviene tener en cuenta que las recomendaciones que se proponen reflejan las opiniones de los expertos y no necesariamente la opinión de cada individuo con respecto a cada tema.

Este Consenso de Expertos, basado en aportaciones anteriores de otros estudiosos del tema (2), difiere de otros consensos para el tratamiento de la esquizofrenia actualmente disponibles (1) en lo siguiente:

1. Las preguntas que se formulan se centran en las decisiones terapéuticas más específicas, para las que no se suelen encontrar recomendaciones detalladas en los consensos actualmente disponibles.
2. Las opiniones que se reflejan se han obtenido a partir de una amplia muestra de expertos consultados entre los que se ha obtenido un elevado porcentaje de respuestas. Las recomendaciones que han resultado de este proceso, representan la opinión actual de una amplia muestra de expertos españoles.
3. Las respuestas de los expertos a cada una de las preguntas se presentan de manera detallada y cuantificada, en un formato sencillo, con el propósito de que el lector pueda evaluar el nivel de apoyo de los expertos a cada una de las recomendaciones.
4. Las recomendaciones se presentan de una manera sencilla y práctica con objeto de facilitar la localización exacta del problema del paciente que se quiere consultar y facilitan el seguimiento de lo que los expertos sugieren hacer a continuación.

Este planteamiento establecido, en el que se basan las decisiones terapéuticas actuales en el consenso de los expertos, puede considerarse que margina los estudios relevantes de tratamientos realizados en ensayos clínicos que se encuentran en la literatura científica. No es así, ambos procedimientos son complementarios y útiles para la finalidad que se propone: la de constituir una ayuda en el trabajo clínico diario.

Las razones sobre las que se basa esta opinión son tres:

1. La mayoría de los ensayos clínicos son difíciles de generalizar en la práctica clínica debido a que priorizan la validez interna sobre cualquier otro parámetro y requieren unos criterios de selección de la muestra de pacientes muy rigurosos. En la práctica clínica, el típico paciente que más preocupa suele presentarse con trastornos comórbidos y con un historial terapéutico lleno de fracasos, que ha requerido varios tratamientos diferentes, dados en combinación o secuencialmente. Este tipo de pacientes suelen ser excluidos de los ensayos clínicos.
2. Los ensayos clínicos controlados disponibles, no pueden tener en cuenta todas las posibilidades y contingencias que surgen en la práctica clínica. En este sentido, son necesarios protocolos elaborados por expertos, porque la práctica clínica es tan complicada que constantemente está generando muchas más cuestiones que las que proporciona la investigación clínica, menos extensa por ser más sistemática.
3. Los cambios que suelen ocurrir en la práctica clínica son mucho más rápidos que los necesariamente más lentos esfuerzos científicos que se realizan para ofrecer la documentación adecuada para justificar dichos cambios

Por todo ello, la opinión de los expertos es un puente crucial entre la literatura científica clínica y la práctica clínica a la hora de desarrollar recomendaciones de actuación prácticas (3).

Finalmente, unas breves consideraciones sobre la validez de las opiniones que se presentan en estos protocolos. No cabe duda que la opinión de los expertos no es un hecho contundente o paradigmático sino que está sujeto a revisiones continuas en función del avance científico de nuestros conocimientos. También puede ocurrir que las recomendaciones que se exponen a continuación no estén basadas en una información científica del todo completa y puede ser necesario revisarlas periódicamente, pero como son fruto de la experiencia personal, a pesar de todo el tener en cuenta la opinión de los expertos es a menudo el mejor medio que tenemos para establecer recomendaciones consensuadas. No cabe duda que la cuantificación de las opiniones de un amplio número de expertos será probablemente más fiable que las opiniones de cualquier grupo más pequeño de expertos o que la de un solo individuo (3).

Bibliografía:

1. Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid, 1998
2. Protocolos del Consenso de Expertos. Tratamiento de la esquizofrenia. A. Frances, J. P. Docherty, D.A. Kahn. The Journal of Clinical Psychiatry. Suplemento 12B. Vol. 57. 1996
3. Guías de consenso y recomendaciones de expertos. Tratamiento de la esquizofrenia. J.. Mc Evoy, P.L. Scheifer y A. Frances. The Journal of Clinical Psychiatry. Suplemento 11. Vol. 60. 1999

Metodología y procedimientos

Se identificaron 334 expertos españoles en el campo de la esquizofrenia, de los que 304 aceptaron ser consultados. Se recibieron 212 cuestionarios. De estos, se eliminaron un total de nueve por considerarse no válidos (5 en blanco y 4 no valorables por posible violación de la confidencialidad), analizándose un total de 203 (68% de los consultados).

Dada la confidencialidad de las respuestas no es posible identificar quién contestó el cuestionario. Por ello en el panel de expertos se cita a todos los consultados.

Para realizar la encuesta con el mayor rigor, se aleatorizó el orden en que las preguntas eran formuladas a los consultados.

Descripción del cuestionario

El cuestionario empleado constó de 55 situaciones clínicas para las cuales se debió puntuar cada una de las diversas opciones terapéuticas que se detallaban en función del grado de adecuación de las mismas según el criterio de los expertos que participaron en la encuesta.

El grado de adecuación se puntuó de 1 a 5 considerando cada valor de la siguiente manera:

- 1= Extremadamente inapropiado: un tratamiento que nunca utilizaría
- 2= Normalmente inapropiado: un tratamiento de tercera línea que raramente utilizaría
- 3= Ambiguo: tratamiento de tercera línea que utilizaría alguna vez (ejemplo: si fallara el tratamiento de primera línea)
- 4= Apropiado: tratamiento de primera línea que utilizaría a menudo
- 5= Extremadamente apropiado: es mi tratamiento de elección (puede haber más de uno por pregunta)

Resultados de la encuesta

En el informe de resultados se muestran los resultados de la encuesta en su totalidad. Se incluyen:

- Las opciones de tratamiento ordenadas según la puntuación dada por los expertos
- Un gráfico de barras que muestra los intervalos de confianza para cada una de las elecciones
- Una tabla con los valores numéricos

Los intervalos de confianza del 95%

Para cada ítem valorado en cada una de las 55 situaciones clínicas planteadas, primero se determinó la media, la desviación estándar y el intervalo de confianza del 95% (IC). El IC es un intervalo estadísticamente calculado que explica que en el caso de que la encuesta se volviera a pasar a otro grupo similar de expertos hay una probabilidad del 95% de que la media quedara comprendida dentro de ese intervalo.

Los intervalos de confianza del 95% se muestran como barras horizontales para cada opción de tratamiento. Cuando las barras no se solapan, ello indica que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones medias de las dos opciones.

Categorías de puntuación

Para cada ítem en el que hubo consenso, se designó un valor de primera, segunda o tercera línea. Este valor se determinó por la categoría en la que se situaba el IC de su media. Para ser valorado en la categoría de primera línea, el IC al completo tenía que ser igual o mayor a 3,5. Para ser puntuado en la categoría de segunda línea, el IC tenía que situarse entre 3,5 y 2,5. Para la tercera línea, una parte del IC tenía que ser igual o menor a 2,5. Al asignar una puntuación para cada ítem, se siguió una regla rígida para evitar la probabilidad de sobreestimar un ítem. Por ello, se asignó la puntuación más baja dentro de la que caía el IC. Por ejemplo, si la parte más baja del IC incluso rozaba la categoría menor siguiente, se consideró el ítem como parte del grupo más bajo.

Los tratamientos de elección (los ítems puntuados con un 5 por, al menos, la mitad de los expertos) están indicados con una estrella. Para evaluar los ítems que no alcanzaron consenso, se empleó la prueba de χ^2 , calculada con el programa SPSS versión 9.0, aplicado a la distribución entre las tres categorías. Los ítems que según dicha prueba resultaron no presentar consenso se muestran en los gráficos con barras de IC sin sombreado.

Valores numéricos

A continuación del gráfico, se muestra una tabla de valores numéricos para la puntuación media (\bar{X}) y para la desviación estándar (DE) de cada ítem, y el porcentaje de expertos que puntuaron la opción como de primera, segunda o tercera línea, así como el tratamiento de elección*. Para obtener estos resultados se utilizó el programa Excel 97.0 con el que para obtener los porcentajes se utilizó el sistema de redondeo a un decimal.

*Nota: el porcentaje para el tratamiento de elección también está incluido en el porcentaje total de la primera línea

Ventajas e Inconvenientes de las recomendaciones consensuadas

El Consenso Español para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia es el resultado del acuerdo de un importante número de psiquiatras españoles expertos en el manejo de los pacientes esquizofrénicos acerca de las actuaciones terapéuticas más recomendables para el abordaje de este trastorno.

La utilidad de disponer de recomendaciones consensuadas radica en poner al servicio de los clínicos de una herramienta útil a la que acudir en el proceso de toma de decisiones. Dichas recomendaciones resumen la opinión mayoritaria de psiquiatras tanto clínicos como académicos respecto a las pautas a utilizar en el tratamiento de la esquizofrenia basadas tanto en datos de la bibliografía disponible hasta el momento, así como en la práctica clínica actual.

Se han examinado las opiniones de una amplia muestra de expertos españoles de primera línea, consiguiéndose un porcentaje muy elevado de respuestas, lo que garantiza que las recomendaciones son autorizadas y representan la opinión actual de los expertos.

Las situaciones clínicas sobre las que se consultó (55 preguntas), también fueron seleccionadas mediante consenso en función de su importancia y frecuencia en la clínica cotidiana. En cada una de las situaciones se adjuntaron las posibles alternativas terapéuticas disponibles en España.

Las recomendaciones generadas por el Consenso de Expertos responden a una necesidad de los clínicos por resolver situaciones complejas de pacientes que a veces son difíciles de clarificar con los datos procedentes de la bibliografía disponible. Los pacientes de la práctica clínica habitual con frecuencia se aproximan muy poco a los pacientes del ensayo clínico controlado. En muchas ocasiones, las conclusiones de estudios sistemáticos, controlados, no pueden dar respuestas útiles a la hora de resolver problemas habituales de pacientes frecuentes en la práctica cotidiana que presentan una realidad clínica mucho más compleja.

Además, los cambios que suelen ocurrir en la atención asistencial son mucho más rápidos que los que se producen en el avance de la documentación científica que los soporta. Por todo ello, la opinión de los expertos constituye un puente crucial entre la literatura científica y la práctica clínica, siendo de gran utilidad a la hora de dar respuesta a situaciones clínicas cotidianas.

Las recomendaciones, resultado del consenso, no constituyen en ningún caso pautas rígidas de actuación y presentan la limitación de que pueden no ser apropiadas o válidas en algunos casos. En este sentido, su cumplimiento no garantiza un resultado satisfactorio en todos los pacientes, por lo que los profesionales que las consulten deben tener presente siempre su propio juicio clínico a la hora de tratar a sus pacientes.

Los autores del Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia no asumen ninguna obligación ni se hacen responsables de los problemas que pudieran surgir de su utilización.

Obviamente, estas recomendaciones nunca pueden sustituir el buen juicio clínico y el sentido común. El objetivo último de este trabajo no es otro que el de tratar de mejorar la atención y por lo tanto la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos.

No obstante hay que insistir en que la medicina basada en pruebas (Evidence Based Medicine) establece que las recomendaciones construídas sobre la elaboración estadística de la experiencia personal de un grupo de clínicos, por muy amplio que este sea, han de ser consideradas con un valor relativo y nunca han de ser vistas como una prueba con validez científica. Como se dice repetidamente en la introducción del presente trabajo su principal justificación radica en ser, por una parte, representativo de la práctica de un numeroso y significativo grupo de psiquiatras españoles y por otra ilustrar al clínico práctico sobre la concordancia o discrepancia de su propia práctica en relación a la opinión mayoritaria.

Resumen del Consenso

I. Episodio psicótico agudo

1. Manejo psicofarmacológico en episodio psicótico agudo

1A: Selección del antipsicótico

Preguntas: 1, 2, 3

Resumen: Los expertos recomiendan risperidona como tratamiento de elección en el primer episodio psicótico, en las dos situaciones planteadas (predominio de los síntomas positivos o predominio de los síntomas negativos). Las recomendaciones de primera línea en estas dos situaciones clínicas son, en el primer caso, antipsicóticos convencionales de alta potencia (como el haloperidol) y olanzapina; y en el segundo cuando predomina la sintomatología negativa, olanzapina fue recomendado de primera línea.

	Primer episodio psicótico con síntomas positivos	Primer episodio psicótico con síntomas negativos	Reagudización tras incumplimiento terapéutico
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Risperidona</i> • Antipsicóticos convencionales de alta potencia (p.ej., haloperidol) • Olanzapina 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Risperidona</i> • Olanzapina 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Volver a instaurar el tratamiento anteriormente establecido, que fue eficaz</i> • Risperidona
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Zuclopentixol acufase 		<ul style="list-style-type: none"> • Olanzapina • Depot • Antipsicóticos convencionales de alta potencia (p.ej., haloperidol)

1B: Selección de un tratamiento coadyuvante

Preguntas: 4, 5

Resumen: Los expertos recomiendan añadir una benzodiazepina al antipsicótico para tratar el insomnio inicial y la inquietud y la utilización de un tratamiento anticolinérgico profiláctico cuando se utilizan antipsicóticos convencionales de alta potencia.

	Inquietud inicial e insomnio	Tratamiento anticolinérgico profiláctico
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Añadir una benzodiazepina al antipsicótico (p.ej., loracepam)</i> • Añadir un antipsicótico más sedante 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Antipsicótico convencional de alta potencia</i>
Segunda línea		

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

2. Respuesta inadecuada al tratamiento antipsicótico

2A: Respuesta insuficiente al tratamiento antipsicótico convencional

Preguntas: 6, 7, 8, 9

Resumen: Risperidona es el tratamiento de elección recomendado en pacientes con una exacerbación aguda de la esquizofrenia, que no responden adecuadamente a una dosis y un tiempo de tratamiento adecuado con antipsicóticos convencionales, tanto si la sintomatología persistente es predominantemente positiva como si es predominantemente negativa.

En un segundo escalón y como tratamientos de primera línea, tanto si predomina la sintomatología positiva o negativa, se recomienda cambiar a olanzapina. Otra opción a tener en cuenta es el cambio a clozapina.

Los expertos sugieren que en aquellos pacientes con un episodio agudo de esquizofrenia, que presenta muy poca o ninguna respuesta terapéutica al fármaco antipsicótico de elección se debe mantener el tratamiento inicial durante un período mínimo 2 semanas y poco más de 3 semanas como máximo.

En los pacientes que presentan una respuesta parcial después de una semana de tratamiento con el antipsicótico de elección, el período de espera mínimo recomendado, antes de cambiar de estrategia farmacológica, es de 3 semanas y el máximo, de 6 semanas.

	Psicopatología positiva persistente	Psicopatología negativa persistente
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambiar a risperidona</i> • Cambiar a olanzapina 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambiar a risperidona</i> • Cambiar a olanzapina
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a clozapina 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a clozapina

Recomendaciones complementarias para 2A y 2B:

1. Los expertos sugieren que en aquellos pacientes con un episodio agudo de esquizofrenia, que presenta muy poca o ninguna respuesta terapéutica al fármaco antipsicótico de elección se debe mantener el tratamiento inicial durante un período mínimo 2 semanas y máximo de 3 semanas como mucho⁶.

2. En los pacientes que presentan una respuesta parcial después de una semana de tratamiento con el antipsicótico de elección, el período de espera mínimo recomendado, antes de cambiar de estrategia farmacológica, es de 3 semanas y, el máximo, de 6 semanas⁷.

2B: Respuesta insuficiente al tratamiento antipsicótico atípico

Preguntas: 10, 11

Resumen: Cuando la situación planteada a los expertos es la respuesta insuficiente a un tratamiento antipsicótico atípico, si la sintomatología predominante es positiva, la recomendación como tratamiento de elección es añadir un antipsicótico convencional de alta potencia (como haloperidol o zuclopentixol) al fármaco atípico. También se recomienda como primera línea el cambio a otro fármaco atípico.

Si la sintomatología persistente es predominantemente negativa, el cambio a otro atípico (clozapina, risperidona u olanzapina) es la estrategia de elección y como segunda línea se recomienda añadir un antidepresivo al antipsicótico inicial.

	Psicopatología positiva persistente	Psicopatología negativa persistente
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Añadir un antipsicótico convencional de alta potencia (p.ej., haloperidol o zuclopentixol)</i> • Cambiar a otro antipsicótico atípico 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambiar a otro antipsicótico atípico (clozapina, risperidona, olanzapina)</i>
Segunda línea		<ul style="list-style-type: none"> • Añadir un antidepresivo al antipsicótico inicial

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

3. Hospitalización de un episodio psicótico agudo

Preguntas: 12, 13, 14, 15

Resumen: Cuando la hospitalización es necesaria debido a una exacerbación aguda de una esquizofrenia crónica, asociada a factores estresantes psicosociales e incumplimiento terapéutico, los expertos recomiendan de elección, un internamiento breve (1-2 semanas) y que tenga como objetivo fundamental la remisión de los síntomas y trabajar conjuntamente con el equipo ambulatorio en la identificación de los factores estresantes y los factores que puedan determinar el cumplimiento. Se destaca la importancia de un contacto temprano (primeros tres días hábiles) con la familia durante el internamiento con el objetivo primario de obtener una historia del tratamiento previo y de la respuesta del paciente, y también evaluar las interacciones familiares. Ofrecer al paciente psicoeducación sobre la enfermedad y su tratamiento y las estrategias cognitivo-conductuales se consideran también fundamentales durante la hospitalización.

	Plan terapéutico en paciente esquizofrénico crónico con exacerbación aguda, tras factores estresantes psicosociales e incumplimiento terapéutico
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hospitalización (1-2 semanas), centrándose en la remisión de los síntomas y la identificación de estresores situacionales y factores de cumplimiento. Trabajar con el equipo ambulatorio estos aspectos.</i> • Hospitalización (3-4 semanas) que permita una remisión sustancial de los síntomas. Identificar y comenzar el tratamiento de los estresores situacionales y de los factores de cumplimiento
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización (< 1 semana), centrándose en la remisión de los síntomas. Derivar al equipo de consultas para evaluación y tratamiento de los estresores psicosociales y los factores de cumplimiento

	Enfoque terapéutico de la psicoterapia individual durante la hospitalización	Plan de contacto con la familia durante el ingreso	Objetivos del contacto con la familia
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación (esquizofrenia y su tratamiento) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Visita en los 3 primeros días hábiles</i> • Visita durante la primera semana 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Obtener una historia del tratamiento previo del paciente y la respuesta</i> • Evaluar las interacciones familiares
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje cognitivo-conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto telefónico en los 3 primeros días • Contacto telefónico el primer día 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar recursos asistenciales

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

II. Tratamiento de seguimiento y mantenimiento

4. Facilitando el alta hospitalaria

Preguntas: 16, 17, 18

Resumen: Quizá el aspecto más importante en la organización del alta del paciente es asegurar que durante los primeros días este bien controlado y que acuda a la primera consulta ambulatoria. En este sentido, se recomienda programar desde el hospital la primera cita del paciente con el equipo ambulatorio, en un plazo de una o dos semanas tras del alta. Así mismo, se considera importante facilitarle el informe de alta al paciente y al equipo ambulatorio además de suministrar al paciente la suficiente medicación hasta la primera visita. Desde los dispositivos ambulatorios, la disponibilidad de un horario telefónico para consultar y cubrir eventuales problemas en los primeros días tras el alta y el seguimiento telefónico del paciente si no acude a la primera cita, también se consideran muy importantes para facilitar la continuación del tratamiento tras el alta hospitalaria. Otros aspectos importantes son todos aquellos que facilitan de alguna forma la comunicación con el enfermo (dar al paciente la medicación suficiente hasta la primera cita ambulatoria, ofrecer un horario de disponibilidad telefónica para cubrir posibles problemas hasta la primera cita ambulatoria, si el paciente no acude a la cita telefonar...)

	Tiempo máximo para la primera cita ambulatoria, tras ingreso hospitalario por reagudización psicótica	Servicios proporcionados por el personal hospitalario antes del alta	Servicios proporcionados por el personal ambulatorio
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • 1 semana después del alta 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Programar la primera visita ambulatoria para el paciente</i> • <i>Dar el informe de alta al paciente y enviar copia al médico del ambulatorio</i> • <i>Dar al paciente la suficiente medicación hasta la primera cita ambulatoria</i> • Ofrecer un horario de disponibilidad telefónica para cubrir posibles problemas hasta la primera cita ambulatoria • Facilitar la visita del paciente al centro ambulatorio, antes del alta 	<ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente no acude a la primera visita, telefonar a la familia/residencia y solicitar su apoyo • Ofrecer un horario de disponibilidad telefónica para cubrir posibles problemas hasta la primera cita ambulatoria • Si el paciente no acude a la primera cita, telefonar para una segunda
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • 2 semanas después del alta • De 2 a 4 días laborables tras el alta • 3 semanas después del alta 		<ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente no se presenta a la cita ambulatoria, visitarle en su domicilio/residencia asistida • Telefonar al paciente después del alta, para recordar su primera visita ambulatoria • Visita al paciente en el hospital antes del alta

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

5. Tratamiento de mantenimiento

Preguntas: 19, 20, 21

Resumen: Uno de los aspectos primordiales en el éxito del tratamiento de la esquizofrenia es la adecuación y mantenimiento del tratamiento a largo plazo, con el objetivo de prevenir o retrasar las recaídas. Los expertos consideran que, en el primer episodio que ha evolucionado muy favorablemente al tratamiento farmacológico, este debe mantenerse durante períodos prolongados (24 meses, 12 meses e incluso, durante períodos mayores de 3 a 5 años). En el caso de pacientes con varios episodios de esquizofrenia y con buena respuesta terapéutica, los expertos recomiendan períodos de mantenimiento todavía más amplios, de más de 5 años e, incluso, durante toda la vida.

	Duración del tratamiento farmacológico de mantenimiento, en un paciente con un primer episodio psicótico con muy buena respuesta terapéutica	Duración del tratamiento farmacológico de mantenimiento, en un paciente con varios episodios de esquizofrenia con muy buena respuesta terapéutica
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • 24 meses • 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 5 años • Toda la vida
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • 3-5 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2 y 5 años

Recomendaciones complementarias:

1. No hubo consenso en la pauta de disminución de la dosis de antipsicótico de mantenimiento, en un paciente estable y con efectos adversos (sedación excesiva y síntomas extrapiramidales)²¹. La pauta más aceptada por los expertos fue disminuir una dosis equivalente a 10 mg/día de haloperidol, cada 2 semanas (tiempo total de 6 semanas), partiendo de una dosis de mantenimiento equivalente a 40 mg/día de haloperidol y hasta alcanzar 10 mg/día.

6: Otros aspectos durante la fase de mantenimiento

6A: Frecuencia y tipo de asistencia ambulatoria

Preguntas: 22, 23, 24

Resumen: En función de la respuesta y cumplimiento de la medicación los expertos recomiendan abordajes terapéuticos más intensos en los casos con mal cumplimiento y más laxos en los pacientes con mejor respuesta y cumplimiento. En los casos resistentes a la medicación consideran de primera línea programas de hospital de día con control de la medicación.

	Respondedor a la medicación y cumplidor	Respondedor a la medicación y no cumplidor	Resistente a medicación
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas ambulatorias cada 4 sem • Rehabilitación sociolaboral con control de la medicación • Centro de actividades psicosociales, con control de la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de hospital de día con control de la medicación • Centro de actividades psicosociales, con control de la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Programa de hospital de día con control de la medicación</i>
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje cognitivo-conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas cada dos semanas • Rehabilitación sociolaboral con control de la medicación • Visitas clínicas semanales 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas clínicas semanales • Visitas clínicas cada 2 semanas • Centro de actividades psicosociales, con control de la medicación

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

6B: Intervenciones programadas*Preguntas: 25, 26, 27*

Resumen: Los expertos recomiendan intervenciones psicosociales centradas en el consumo de sustancias, rehabilitación ocupacional y laboral. De elección programas de psicoeducación a la familia sobre aspectos claves de la enfermedad.

	Mejora del funcionamiento ocupacional	Conflicto familiar	Consumo de sustancias
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> Programa laboral de transición o de apoyo, especial para pacientes con enfermedad mental grave Centro Especial de Trabajo (CET) con entidad propia y que permita una contratación equiparable a una empresa con una tutela adecuada Programa de hospital de día con enfoque ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Ofrecer a la familia psicoeducación centrada en el cumplimiento de la medicación, la evitación de estrés, y la identificación de signos de recaída</i> Enseñar a la familia habilidades de afrontamiento para reducir la carga que supone cuidar de una persona con enfermedad mental Tratar de reducir los niveles de "expresividad emocional" en la familia centrándose en los comentarios críticos y en la sobreimplicación 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento para el consumo de sustancias integrado en el programa estándar de tratamiento de la esquizofrenia Tratamiento para la esquizofrenia integrado en el programa estándar para el consumo de sustancias
Segunda línea		<ul style="list-style-type: none"> Acordar grupos multifamiliares para disminuir el aislamiento entre las familias y aumentar el apoyo mutuo Identificar e interpretar la dinámica familiar problemática que está contribuyendo a la psicopatología del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento ambulatorio estándar para la esquizofrenia, además de un programa separado que ofrezca un tratamiento estructurado estándar para el consumo de sustancias

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

7. Apoyo a la adherencia del tratamiento

Preguntas: 28, 29, 30

Resumen: Las recomendaciones para facilitar el cumplimiento del tratamiento se dirigen a minimizar efectos secundarios con antipsicóticos atípicos como risperidona y a garantizar la administración del antipsicótico con fórmulas depot. De hecho cuando se plantea la indicación de la fórmula depot el incumplimiento del tratamiento prescrito es la indicación de elección. Mientras que el rechazo a la medicación antipsicótica, falta de conciencia de enfermedad y escaso soporte familiar son indicaciones de primera línea.

	Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento		
	Efectos secundarios EPS	Paciente no cumplidor	Adecuación medicación depot
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambiar a risperidona</i> • Cambiar a olanzapina 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento antipsicótico depot</i> • Educación familiar y apoyo terapéutico • Valoración cuidadosa de los antipsicóticos convencionales para minimizar los efectos secundarios 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incumplimiento del tratamiento prescrito</i> • Rechazo a la medicación antipsicótica • Falta de conciencia de enfermedad • Escaso soporte socio-familiar
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a depot 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de risperidona • Uso de olanzapina • Tratamiento intensivo de los casos que necesiten vigilancia directa para el cumplimiento de las prescripciones médicas • Dispensación vigilada de medicación incluida en el programa de tratamiento ambulatorio • Programas de tratamiento comunitario intensivo con observación de la ingesta de la medicación • Residencias asistidas u otros programas residenciales apropiados 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas positivos de evolución crónica

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

III. Aspectos generales del tratamiento

8. Evaluación médica y de situaciones especiales

8A: Evaluación médica

Preguntas: 31

Resumen: Los expertos recomiendan como esenciales la realización de un análisis de detección de drogas, una analítica general y un hemograma completo. Las otras pruebas de evaluación fueron consideradas como útiles. Los expertos consideran que no pueden olvidarse las causas orgánicas de la enfermedad.

	Pruebas o procedimientos diagnósticos de en pacientes con un primer episodio psicótico
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de detección de drogas • Analítica general • Hemograma completo
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neuropsicológico • Técnicas de Neuroimagen • Electrocardiograma (ECG) • Exámenes psicológicos generales • Test de embarazo • Electroencefalograma (EEG) • Análisis de orina • Screening de neurosífilis

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

8B: Evaluación de situaciones especiales

Preguntas: 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

Resumen: En los casos de agitación durante los primeros días de hospitalización los expertos recomiendan ante la mínima sospecha de mala cumplimentación el cambio de vía de administración o forma galénica. También de primera línea recomiendan añadir una benzodiazepina al antipsicótico convencional o un antipsicótico más sedante.

En pacientes agresivos con la familia no aparecen recomendaciones terapéuticas de primera línea.

En pacientes con alto riesgo de suicidio recomiendan como tratamiento de primera línea añadir un antidepresivo al antipsicótico así como el uso de terapia electroconvulsiva.

En embarazadas durante el primer trimestre que presentan una reagudización de la esquizofrenia la terapia electroconvulsiva es recomendada como tratamiento de primera línea.

La megadosis de antipsicóticos no se recomienda como estrategia de primera línea en ninguna situación clínica.

En aquellos pacientes con ingesta compulsiva de agua recomiendan cambiar el antipsicótico convencional por risperidona como único antipsicótico de primera línea.

Los pacientes en tratamiento con un antipsicótico depot que presentan exacerbaciones agudas y analíticas positivas para alcohol y/o cocaína se recomienda en primer lugar comenzar un programa psicosocial para consumo de sustancias sin cambiar la pauta farmacológica.

	Agitación primeros días de hospitalización	Agresividad en la familia	Alto riesgo de suicidio
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la vía de administración o la forma galénica ante la mínima sospecha de mala cumplimentación • Añadir una benzodiazepina al antipsicótico añadir un antipsicótico más sedante 		<ul style="list-style-type: none"> • Añadir un antidepresivo • Terapia electroconvulsiva
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir un acufase • Aumentar la dosis del agente antipsicótico • Cambiar a un antipsicótico más sedante 	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir una benzodiazepina al antipsicótico convencional • Comenzar un enfoque psicoterapéutico • Cambiar a risperidona • Añadir carbamazepina al antipsicótico convencional • Cambiar antipsicótico convencional más sedante (o añadir 1) • Cambiar a olanzapina • Cambiar a clozapina 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a risperidona • Cambiar a olanzapina

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

	Reagudización en el primer trimestre de embarazo	Megadosis de antipsicótico	Ingesta compulsiva de agua
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia electroconvulsiva 		<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a risperidona
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Neurolépticos convencionales • Antipsicóticos atípicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajos niveles plasmáticos de antipsicótico • Agresividad manifiesta en un primer episodio psicótico agudo • Esquizofrenia que no responde a dosis habituales • Riesgo de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a olanzapina
Exacerbaciones agudas con depot y analíticas positivas para alcohol y/o cocaína			
<ul style="list-style-type: none"> • No cambiar la farmacoterapia inicial y empezar un programa psicosocial para el consumo de sustancias 			

9. Selección del tratamiento coadyuvante

Preguntas: 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

Resumen: Los expertos recomiendan como tratamiento de elección en pacientes con depresión añadir un anti-depresivo al antipsicótico clásico y dentro de éstos consideran de elección los ISRS y de segunda línea venlafaxina o antidepresivos tricíclicos. Cambiar el antipsicótico convencional por risperidona es considerado como buena estrategia de segunda línea. Abordajes no farmacológicos (psicoterapia rehabilitadora, psicoeducación) son opciones con escasa relevancia según los expertos.

Para la excitación persistente consideran de primera línea añadir una benzodiazepina al antipsicótico convencional, cambiar el antipsicótico a olanzapina o risperidona, sin ser ninguna de elección.

Cuando la situación clínica es ansiedad persistente consideran de elección añadir una benzodiazepina. El cambio a olanzapina, risperidona o un antipsicótico más sedante (o añadir) son buenas opciones de primera línea y por detrás el cambio a clozapina.

La terapia electroconvulsiva se recomienda como tratamiento de elección en pacientes con esquizofrenia catatónica con importante sintomatología estuporosa y de primera línea en pacientes con riesgo elevado de suicidio o embarazadas en primer trimestre. En esquizofrenia resistente a antipsicóticos atípicos es una opción de segunda línea.

La adecuación del uso de dos antipsicóticos asociados (incisivo y sedante) solo la consideran de primera línea en aquellos pacientes con insomnio pertinaz. En menor proporción y como segunda línea en aquellos pacientes muy angustiados, sin que exista consenso en los casos con inquietud psicomotriz y en los que tienen antecedentes de conducta agresiva.

	Depresión		Excitación	Ansiedad persistente
	Farmacoterapia	Psicoterapia		
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Añadir un antidepresivo y como tratamiento de elección un ISRS</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia rehabilitadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir una benzodiazepina al antipsicótico convencional • Cambiar a olanzapina • Cambiar a risperidona 	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir una benzodiazepina
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a risperidona • Cambiar a olanzapina 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación explicativa de la enfermedad • Terapia interpersonal • Terapia cognitivo-conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a clozapina 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a olanzapina • Cambiar a risperidona • Cambiar a un antipsicótico convencional más sedante (o añadir) • Cambiar a clozapina

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

	Terapia electroconvulsiva	Adecuación dos antipsicóticos (incisivo y sedante)
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia catatónica con importante sintomatología estuporosa • Riesgo elevado de suicidio • Paciente psicótica en el primer trimestre de embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con insomnio pertinaz
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia resistente a los antipsicóticos atípicos • Cuadros esquizofrénicos con intensa agitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente muy angustiado

10. Tratamiento de los efectos secundarios de los antipsicóticos

10A: Efectos secundarios extrapiramidales persistentes con antipsicóticos convencionales

Resumen: Ante la presencia de efectos secundarios extrapiramidales persistentes en pacientes tratados con antipsicóticos convencionales, los fármacos de elección fueron risperidona y olanzapina en caso de presentar bradicinesia y rigidez importante. Estos dos antipsicóticos fueron elegidos de primera línea en caso de acatisia persistente y rigidez muscular persistente.

Preguntas: 46, 47

	Bradicinesia persistente y rigidez resistente a anticolinérgico	Acatisia persistente y rigidez muscular resistente a anticolinérgico
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambiar a risperidona</i> • <i>Cambiar a olanzapina</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a risperidona • Cambiar a olanzapina
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a clozapina 	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir una benzodiazepina • Cambiar a clozapina • Añadir propanolol

10B: Discinesia tardía y síndrome neuroléptico maligno

Resumen: En pacientes con discinesia tardía grave los antipsicóticos atípicos son los recomendados de primera línea por los expertos, en el siguiente orden clozapina, olanzapina y risperidona. En los casos con síndrome neuroléptico maligno se recomienda por este orden: risperidona, clozapina y olanzapina.

Preguntas: 48, 49

	Dicinesia tardía	Síndrome neuroléptico maligno
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a clozapina • Cambiar a olanzapina • Cambiar a risperidona 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a risperidona • Cambiar a clozapina • Cambiar a olanzapina
Segunda línea		

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

10C: Otros efectos secundarios

Resumen: Risperidona es el antipsicótico recomendado de elección en pacientes con importante sedación.

Preguntas: 50

	Importante sedación
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambiar a risperidona</i>
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a olanzapina • Cambiar a otro antipsicótico convencional

10D: Efectos sobre la función sexual

Resumen: En mujeres con efectos secundarios sobre la función sexual se recomienda como tratamiento de primera línea olanzapina. Olanzapina y risperidona son buenos tratamientos de segunda línea en pacientes varones.

Preguntas: 51, 52

	Hombres	Mujeres
Primera línea		<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a olanzapina
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a olanzapina • Cambiar a risperidona • Disminuir la dosis del antipsicótico convencional • Añadir sildenafil • Cambiar a clozapina 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a risperidona • Disminuir la dosis del antipsicótico convencional • Cambiar a clozapina

10E: Efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos

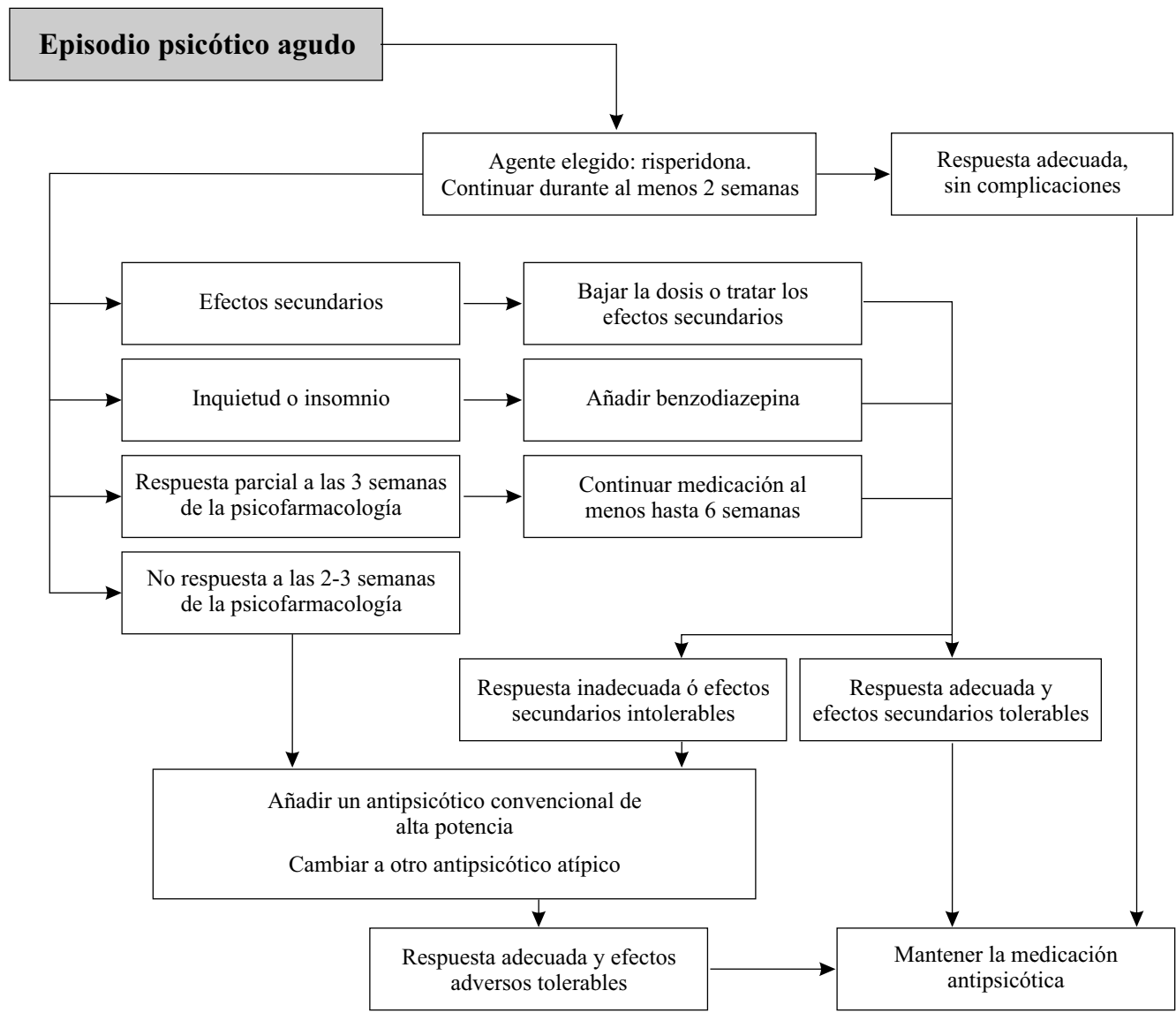
Resumen: Cuando un paciente presenta efectos secundarios con antipsicóticos atípicos los expertos recomiendan disminuir la dosis del fármaco, tratar específicamente los efectos secundarios y en último lugar cambiar el antipsicótico por otro atípico, opción considerada de primera línea cuando los efectos secundarios son debidos a olanzapina.

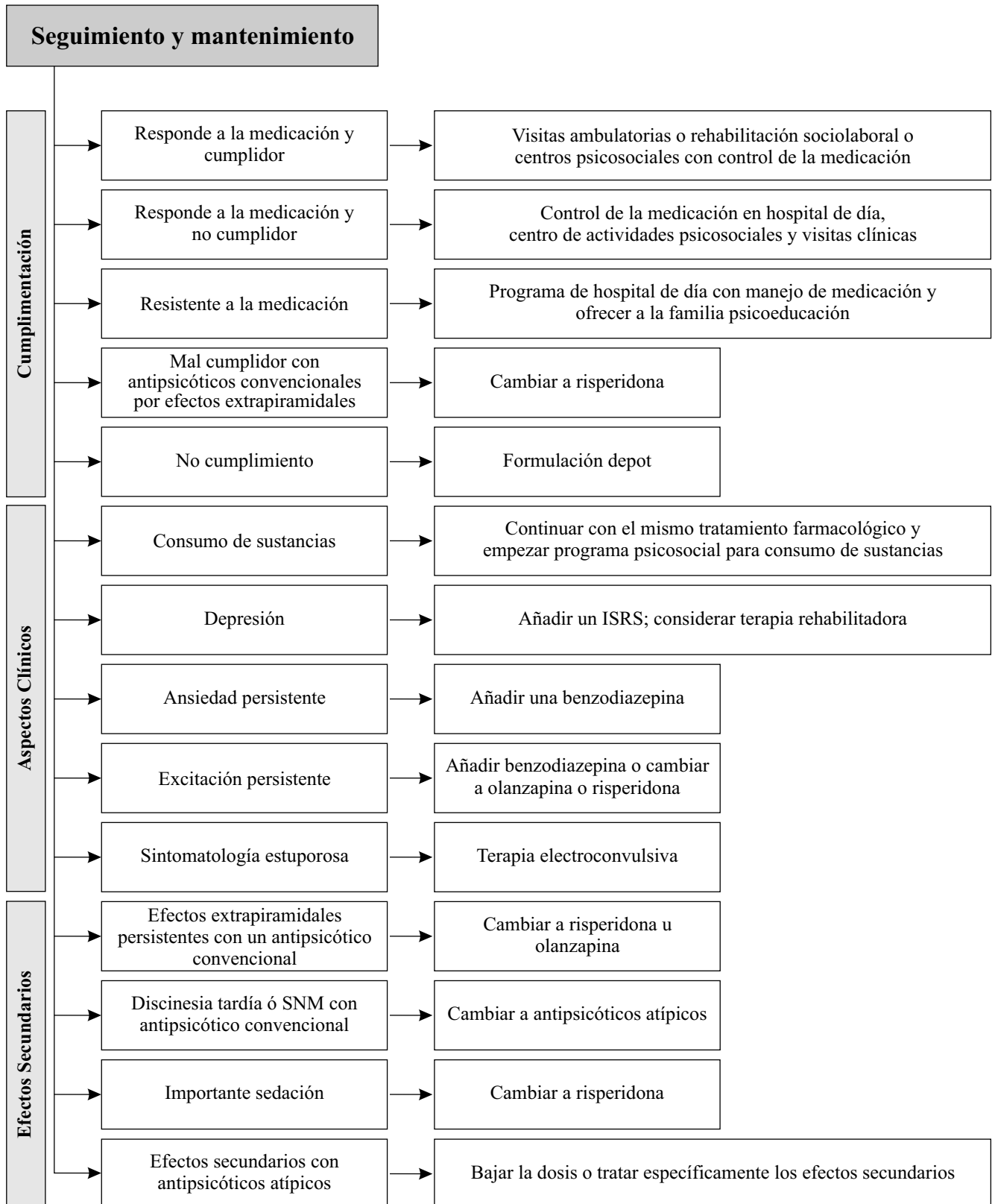
Preguntas: 53, 54, 55

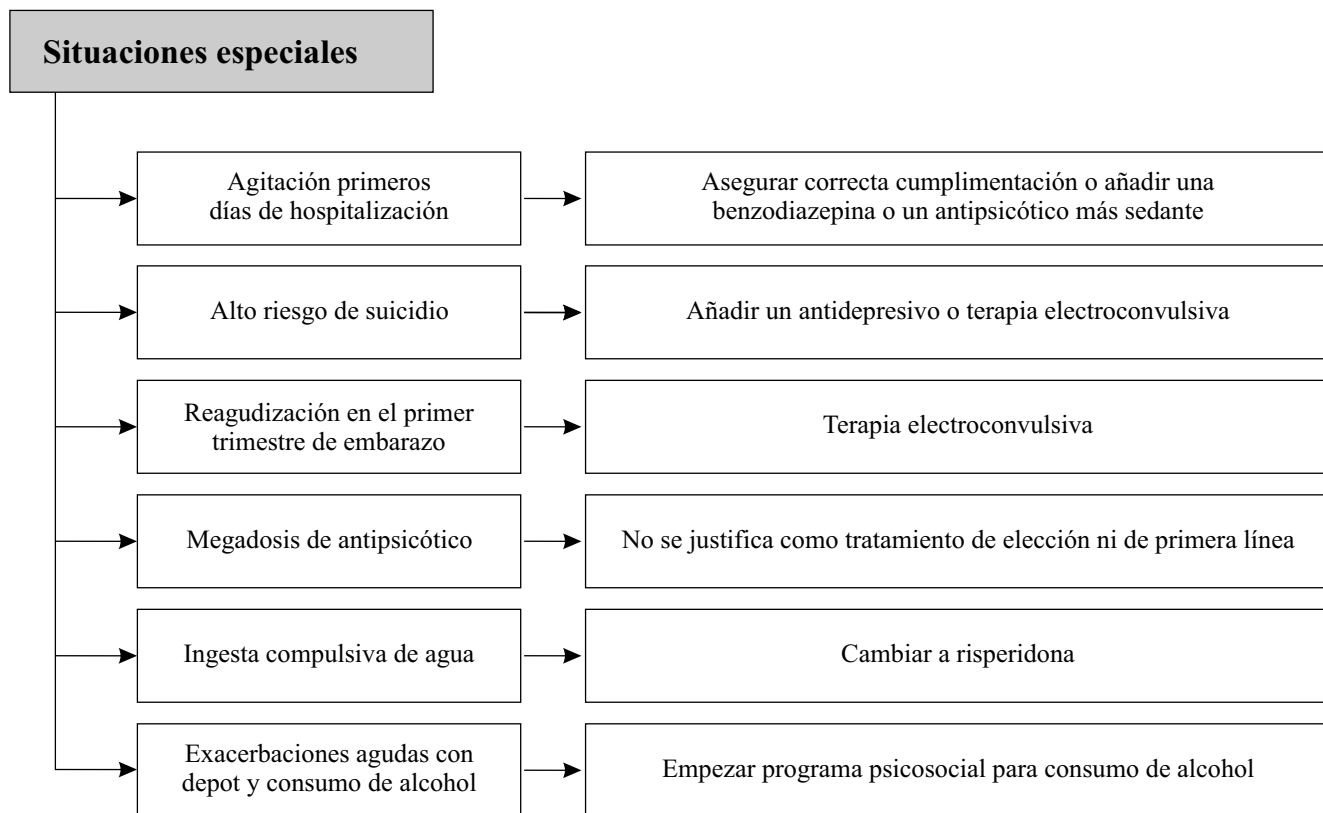
	Clozapina	Risperidona	Olanzapina
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> • Bajar la dosis del antipsicótico • Tratar específicamente los efectos secundarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajar la dosis del antipsicótico • Tratar específicamente los efectos secundarios 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bajar la dosis del antipsicótico</i> • Tratar específicamente los efectos secundarios • Cambiar a otro antipsicótico atípico
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a otro antipsicótico atípico 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a otro antipsicótico atípico 	

En cursiva y negrita = tratamiento de elección

Algoritmo para el tratamiento de la esquizofrenia







En cursiva y negrita = tratamiento de elección

Resultados de las preguntas

I. Episodio psicótico agudo

1. Manejo psicofarmacológico en episodio psicótico agudo

1A. Selección del antipsicótico

1 Por favor, puntúe cada ítem como tratamiento farmacológico inicial para un paciente con un comienzo agudo de un primer episodio de esquizofrenia con psicopatología predominantemente positiva.

Comentarios: Risperidona fue recomendado como tratamiento farmacológico inicial de elección en el primer episodio psicótico, de comienzo agudo y con predominio de psicopatología positiva. Los antipsicóticos convencionales de alta potencia y la olanzapina también son tratamientos de primera línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Risperidona			■	4,7	0,6	74%	96%	3%	2%
Antipsicóticos convencionales de alta potencia (p. ej., haloperidol)			■	3,9	0,9	27%	67%	27%	6%
Olanzapina			■	3,8	1,0	27%	69%	19%	12%
Zuclopentixol acufase			■	3,3	1,1	12%	41%	36%	22%
Combinación de antipsicótico convencional y anticolinérgico		□		3,2	1,2	15%	43%	32%	25%
Combinación de fenotiazina con butirofenona (ejemplo: tioridazina + haloperidol)		■		2,7	1,1	7%	21%	35%	44%
Clozapina		■		2,3	1,1	4%	15%	29%	56%
Antipsicóticos convencionales de baja potencia (p. ej., clorpromacina)	■			2,0	0,9	1%	4%	21%	75%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

2 Por favor, puntúe cada uno de los siguientes ítems como tratamiento farmacológico inicial para un paciente con un comienzo insidioso de un primer episodio de esquizofrenia con psicopatología predominantemente negativa.

Comentarios: Cuando el comienzo del primer episodio psicótico es insidioso y con predominio de la psicopatología negativa, el tratamiento farmacológico inicial de elección seleccionado por los expertos, fue risperidona.

Por otra parte, olanzapina se consideró como tratamiento de primera línea. Ninguna otra opción fue considerada válida.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Risperidona			■	4,7	0,6	81%	97%	2%	1%
Olanzapina			■	4,2	0,8	38%	83%	12%	5%
Clozapina		■		2,6	1,2	10%	24%	35%	41%
Antipsicótico convencional de alta potencia (p. ej., haloperidol)		■		2,6	1,0	2%	15%	36%	50%
Antipsicótico convencional de baja potencia (p. ej., clorpromacina)	■			2,0	0,9	1%	6%	19%	76%
Combinación de fenotiazina con butirofenona (ejemplo: tioridazina + haloperidol)	■			2,0	0,8	0%	5%	22%	72%
Zuclopentixol acufase	■			1,8	0,9	0%	4%	21%	75%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

■ = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

3 ¿Cuál sería su actitud terapéutica inicial ante un paciente ingresado que padece una reagudización de su esquizofrenia tras varios meses de incumplimiento terapéutico? Por favor, puntúe cada una de las siguientes estrategias terapéuticas.

Comentarios: En cuanto a la actitud inicial ante una reagudización debido a incumplimiento terapéutico, el tratamiento de elección fue volver a instaurar el tratamiento anteriormente establecido que fue eficaz. También risperidona se consideró tratamiento de primera línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Volver a instaurar el tratamiento anteriormente establecido, que fue eficaz			■*	4,4	1,0	61%	83%	10%	7%
Risperidona			■	4,0	0,9	28%	78%	16%	6%
Olanzapina			■	3,5	0,9	11%	55%	32%	13%
Depot			■	3,5	1,4	31%	57%	19%	24%
Antipsicótico convencional de alta potencia (p. ej., haloperidol)			■	3,1	0,9	4%	32%	40%	28%
Zuclopentixol acufase		□		2,8	1,1	8%	29%	31%	40%
Clozapina		■		2,4	1,0	3%	11%	33%	57%
Antipsicótico convencional de baja potencia (p. ej., clorpromacina)	■			1,9	0,8	1%	2%	20%	79%

1B. Selección de un tratamiento coadyuvante para tratar el insomnio inicial y la inquietud durante un episodio agudo

4 Por favor, puntúe cada una de las estrategias terapéuticas siguientes para controlar la inquietud y el insomnio, durante los 2-3 primeros días de hospitalización en un paciente que ya está recibiendo dosis terapéuticas de un antipsicótico.

Comentarios: Para controlar la inquietud y el insomnio en los primeros días de hospitalización, de un paciente en tratamiento antipsicótico, la estrategia de elección de los consultados resultó ser la de añadir una benzodiazepina. La adicción de un antipsicótico más sedante fue considerada también de primera línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Añadir una benzodiazepina al antipsicótico (p. ej., loracepam)			■*	4,8	0,5	80%	97%	2%	1%
Añadir un antipsicótico más sedante			■	3,9	1,1	34%	74%	14%	12%
Cambiar a un antipsicótico más sedante		■		2,7	1,0	6%	22%	36%	42%
Aumentar la dosis del agente antipsicótico		■		2,6	1,1	5%	21%	33%	45%
Añadir carbamazepina al antipsicótico		■		1,9	0,9	1%	3%	24%	73%
Añadir litio al antipsicótico	■			1,6	0,7	1%	1%	11%	88%

5 Por favor, puntúe la adecuación del tratamiento antiparkinsoniano anticolinérgico profiláctico (por ejemplo, entre 2-4 mg/día de biperideno) cuando se está utilizando uno de los siguientes antipsicóticos como tratamiento de la exacerbación aguda de la esquizofrenia.

Comentarios: Los expertos consideran que el uso de antipsicóticos convencionales de alta potencia conlleva la indicación de fármacos antiparkinsonianos como profiláctico. Por el contrario, no se aconseja su uso profiláctico cuando se indiquen antipsicóticos convencionales de baja potencia o antipsicóticos atípicos.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Antipsicótico convencional de alta potencia (p. ej., haloperidol)			■*	4,3	0,9	54%	86%	11%	4%
Antipsicótico convencional de baja potencia (p. ej., clorpromacina)		■		2,6	1,1	3%	20%	33%	47%
Risperidona		■		2,4	1,0	3%	14%	33%	53%
Olanzapina		■		1,7	0,8	1%	3%	14%	84%
Clozapina	■			1,4	0,7	1%	2%	8%	91%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

2. Respuesta inadecuada al tratamiento antipsicótico

2A. Respuesta insuficiente al tratamiento antipsicótico convencional

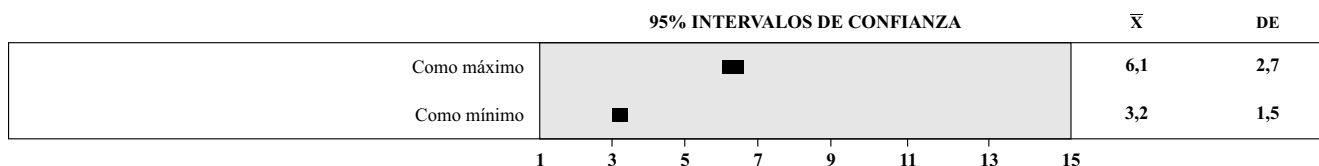
6 En un paciente con un episodio agudo de esquizofrenia, que presenta muy poca o ninguna respuesta terapéutica al fármaco antipsicótico de elección, ¿cuántas semanas esperaría, desde el momento en que empezó el tratamiento, hasta que apareciera una respuesta adecuada antes de decidirse a cambiar de estrategia farmacológica?. (Indique con una cruz el número de semanas)

Comentarios: En los casos de no respuesta a un tratamiento los expertos consideran que es necesario mantenerlo durante al menos 2 semanas y, como máximo 3 semanas, antes de cambiar de tratamiento antipsicótico, aunque la respuesta inicial obtenida sea muy poca o ninguna.



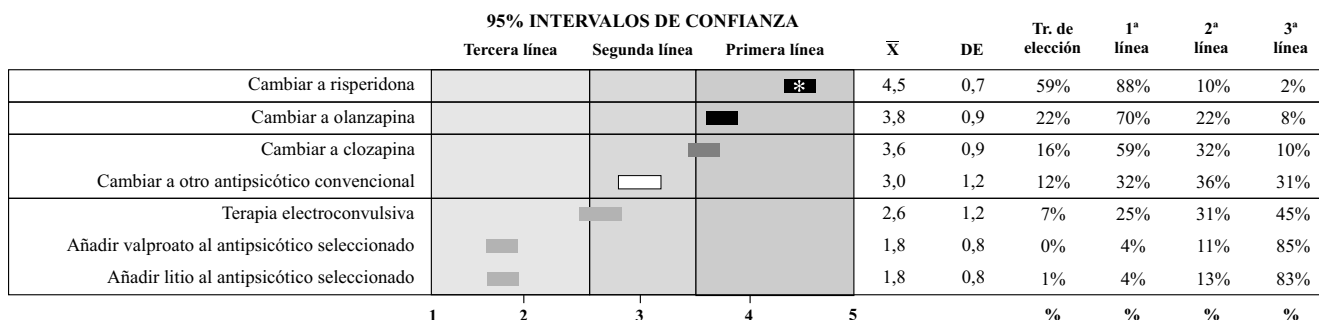
7 En un paciente con un episodio agudo de esquizofrenia que presenta una respuesta parcial después de una semana en tratamiento con el antipsicótico de elección, ¿cuántas semanas esperaría, desde el momento en que empezó el tratamiento, a que apareciera una respuesta adecuada antes de decidirse a cambiar de estrategia farmacológica? (Indique con una cruz el número de semanas)

Comentarios: Ante una respuesta parcial, la recomendación de los expertos fue esperar como mínimo 3 semanas y como máximo 6 semanas antes de cambiar de estrategia farmacológica.



8 Tras la administración de un antipsicótico convencional como tratamiento de la exacerbación aguda de la esquizofrenia, el paciente continúa mostrando psicopatología predominantemente positiva. (Asuma que ha seleccionado la dosis terapéutica máxima). Por favor, puntúe cada uno de los siguientes ítems como su siguiente estrategia de tratamiento.

Comentarios: Los expertos recomendaron la risperidona como estrategia de elección ante pacientes que no responden adecuadamente a antipsicóticos convencionales y padecen exacerbación aguda con predominio de síntomas positivos. Por otra parte, olanzapina se consideró un tratamiento de primera línea. El cambio a otro antipsicótico convencional produjo una dispersión en las respuestas.



* = Tratamiento de elección; = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

9 Tras el tratamiento antipsicótico y antiparkinsoniano en la exacerbación aguda de la esquizofrenia, el paciente muestra una psicopatología predominantemente negativa. No hay signos predominantes de psicopatología positiva, depresión ni acinesia. Por favor, puntúe cada uno de los siguientes ítems como su siguiente estrategia de tratamiento.

Comentarios: Cuando predominan los síntomas negativos tras el control de la reanudación aguda el cambio a risperidona es la estrategia de elección. El cambio a olanzapina fue también una opción de primera línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA					\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea	1	2						
Cambiar a risperidona			*			4,5	0,7	62%	92%	8%	1%
Cambiar a olanzapina			■			4,1	0,9	36%	82%	13%	5%
Cambiar a clozapina			■			3,4	1,0	14%	47%	38%	15%
Espera controlada		■				2,7	1,3	9%	25%	28%	47%
Añadir un antidepresivo del tipo ISRS al antipsicótico inicial		■				2,5	1,0	1%	15%	37%	48%
Cambiar a otro antipsicótico convencional		■				2,1	0,9	1%	7%	23%	70%
Añadir otro tipo de antidepresivo al antipsicótico inicial		■				2,1	0,9	1%	3%	29%	68%
Añadir litio		■				1,7	0,7	0%	1%	11%	88%
Añadir un fármaco dopaminérgico (p. ej., bromocriptina, amantadina, L-DOPA)		■				1,5	0,7	0%	0%	9%	91%
Añadir un estimulante (p. ej., dextroanfetamina)		■				1,3	0,6	0%	0%	7%	93%

2B. Respuesta insuficiente al tratamiento antipsicótico atípico

10 Tras la administración de un antipsicótico atípico (clozapina, risperidona, olanzapina) como tratamiento de la exacerbación aguda de la esquizofrenia, el paciente continúa mostrando psicopatología predominantemente positiva. (Asuma que ha seleccionado la dosis terapéutica máxima). Por favor, puntúe cada uno de los siguientes ítems como su siguiente estrategia de tratamiento.

Comentarios: Ante una respuesta insuficiente en sintomatología positiva a un antipsicótico atípico la estrategia de elección es añadir un neuroléptico convencional de alta potencia. El cambiar de antipsicótico atípico también es una alternativa de primera línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA					\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea	1	2						
Añadir un neuroléptico convencional de alta potencia (p. ej., haloperidol o zuclopentixol)			*			4,4	0,9	54%	88%	7%	5%
Cambiar a otro antipsicótico atípico			■			4,0	1,0	32%	72%	20%	8%
Terapia electroconvulsiva		■				2,7	1,2	7%	25%	35%	41%
Añadir valproato al antipsicótico seleccionado		■				2,1	0,9	1%	7%	23%	70%
Añadir litio al antipsicótico seleccionado		■				2,0	0,9	1%	8%	17%	75%

* = Tratamiento de elección; ■ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

11 Tras el tratamiento con un antipsicótico atípico (clozapina, risperidona, olanzapina) en la exacerbación aguda de la esquizofrenia, el paciente muestra una psicopatología predominantemente negativa. No hay signos predominantes de psicopatología positiva, depresión ni acinesia. Por favor, puntúe cada uno de los siguientes ítems como estrategia de tratamiento siguiente.

Comentarios: Cuando la sintomatología negativa no responde al uso de un antipsicótico atípico, los expertos consideran como única opción plausible el cambio de antipsicótico atípico.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar a otro antipsicótico atípico (clozapina, risperidona, olanzapina)			*	4,4	0,8	55%	88%	10%	3%
Añadir un antidepresivo al antipsicótico inicial		■		3,4	1,2	13%	50%	27%	23%
Añadir litio		■		2,2	0,9	1%	7%	27%	66%
Añadir un fármaco dopaminérgico (p. ej., bromocriptina, amantadina, L-DOPA)	■			1,8	0,8	1%	4%	13%	83%
Añadir un estimulante (p. ej., dextroanfetamina)	■			1,6	0,8	0%	2%	14%	84%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

3. Hospitalización de un episodio psicótico agudo

12 Por favor, puntúe cada uno de los siguientes planes de actuación terapéutica para un paciente esquizofrénico crónico con exacerbación psicótica aguda, que recientemente ha padecido factores estresantes de tipo psicosocial y no ha cumplido con el tratamiento prescrito.

Comentarios: Los expertos consideran lo más adecuado una hospitalización breve, entre una y dos semanas, siempre y cuando se consiga una cierta remisión de los síntomas y un cierto cambio de los factores situacionales. Por ello, también se considera adecuado que el tratamiento se prolongue durante tres o cuatro semanas con tal de que se consiga el mismo objetivo. Obviar el control de los factores estresantes es considerado como una segunda opción aunque acorte el periodo de hospitalización.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Hospitalización durante 1-2 semanas, centrándose en la remisión de los síntomas y la identificación de factores estresantes situacionales y factores de cumplimiento. Trabajar con el equipo del ambulatorio para conseguir modificar los cambios de los estresores situacionales y los factores de cumplimiento			*	4,5	0,7	60%	90%	9%	2%
Hospitalización durante 3-4 semanas que permita una remisión sustancial de los síntomas. Identificar y comenzar el tratamiento de los factores estresantes situacionales y de los factores de cumplimiento			■	3,9	0,9	27%	68%	26%	7%
Hospitalización durante menos de una semana, centrándose únicamente en la remisión de los síntomas. Derivar al equipo de consultas para la evaluación y tratamiento de los factores estresantes de tipo psicosocial y los factores de cumplimiento.		■		2,9	1,0	5%	24%	42%	34%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; ■ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

13 Por favor, puntúe cada uno de los siguientes enfoques terapéuticos dirigidos a las sesiones de psicoterapia individual, en el caso de un paciente esquizofrénico que se encuentra hospitalizado durante unos días por un episodio psicótico agudo. La psicoterapia individual se define como una sesión programada, tú a tú, entre el paciente y un profesional que utiliza una o más técnicas específicas. Es una actividad independiente de los grupos diarios o de otras actividades de “milieu”. Por favor, puntúe de 1 a 5 la(s) estrategia(s) más adecuada(s), dando valores más bajos a las otras estrategias, según su criterio.

Comentarios: Los expertos consideran la estrategia psicoeducativa como la técnica psicoterapéutica más adecuada durante el ingreso de un enfermo psicótico. El abordaje cognitivo-conductual también es una opción a tener en cuenta. Es de señalar el poco acuerdo que suscitan el uso de otras estrategias psicoterapéuticas como el abordaje interpersonal y el entrenamiento en habilidades sociales.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Psicoeducación que ofrezca información sobre la naturaleza de la esquizofrenia y su tratamiento			■	4,0	1,0	31%	68%	21%	11%
Abordaje cognitivo-conductual centrado en estrategias orientadas a la realidad, para mejorar la esquizofrenia			■	3,6	1,1	17%	52%	30%	18%
Abordaje interpersonal para entender los problemas en las relaciones importantes		□		3,0	1,2	14%	34%	33%	33%
Entrenamiento en habilidades sociales utilizando estrategias conductuales para mejorar la conducta interpersonal y otras habilidades		□		3,0	1,1	10%	33%	35%	33%
Ninguna; utilizar únicamente la terapia de “milieu”	■			2,2	1,3	8%	22%	15%	63%
Abordaje psicodinámico de apoyo, para clarificar las emociones y los conflictos	■			2,1	1,2	5%	16%	10%	74%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

14 Por favor, puntúe la adecuación de cada uno de los siguientes programas de visita de los familiares en el caso de un paciente ingresado hace pocos días debido a exacerbación aguda de la esquizofrenia. Considérese que la familia está disponible y se responsabiliza. Considerar en las puntuaciones el “realismo” de dicho programa, tanto con respecto a la disponibilidad del equipo asistencial como de las familias.

Comentarios: Los expertos consideraron muy importante el contacto temprano con la familia durante la hospitalización, teniendo en cuenta la situación ideal de una familia disponible y responsable. La recomendación de elección fue establecer un contacto en los tres primeros días hábiles o al menos en la primera semana del ingreso. La opción del contacto telefónico se considera aceptable pero no suficiente.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Visita en los tres primeros días hábiles después del ingreso			■*	4,2	1,0	54%	76%	15%	9%
Visita durante la primera semana tras el ingreso			■	3,8	1,1	24%	70%	18%	12%
Contacto telefónico en los tres primeros días tras el ingreso			■	3,5	1,2	19%	58%	18%	24%
Contacto telefónico el primer día hábil tras el ingreso			■	3,5	1,5	34%	55%	17%	28%
Contacto telefónico durante la primera semana tras el ingreso		□		2,8	1,3	13%	27%	36%	37%
Visita en las dos semanas tras el ingreso		■		2,4	1,2	7%	15%	30%	55%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

15 Por favor, evalúe la adecuación de los siguientes objetivos para un contacto familiar, en el caso de un paciente que lleva ingresado poco tiempo debido a una exacerbación aguda de su esquizofrenia.

Comentarios: El objetivo prioritario del contacto temprano con la familia fue obtener una historia del tratamiento previo y de la respuesta del paciente a dicho tratamiento. Obtener una evaluación de las interacciones familiares también fue considerado un objetivo de primera línea. Destaca la falta de acuerdo sobre si éste es el momento oportuno para iniciar un programa psicoeducativo.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Obtener una historia del tratamiento previo del paciente y la respuesta a dicho tratamiento			*	4,8	0,5	84%	98%	1%	1%
Obtener una evaluación de las interacciones familiares			■	3,9	0,8	24%	72%	21%	7%
Coordinar recursos asistenciales		■		3,2	1,1	12%	46%	31%	23%
Iniciar un programa psicoeducacional		□		3,1	1,1	10%	35%	35%	30%
Comenzar una terapia familiar centrada en temas conflictivos y de comunicación	■			2,3	1,0	2%	9%	28%	62%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

II. Tratamiento de seguimiento y mantenimiento

4. Facilitando el alta hospitalaria

16 Se da de alta a un paciente estabilizado después de ser tratado por exacerbación aguda de su esquizofrenia. El paciente ha mostrado una buena recuperación y vivirá con sus padres o en una residencia asistida. Por favor, puntúe la adecuación de los siguientes tiempos máximos para la primera cita ambulatoria de este paciente.

Comentarios: En opinión de los expertos, la primera cita ambulatoria tras un ingreso hospitalario, debe establecerse pronto, considerándose una semana lo más adecuado. Parece poco recomendable al día siguiente del alta o después de cuatro semanas.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
1 semana después del alta			■	4,1	1,0	42%	72%	18%	10%
2 semanas después del alta			■	3,6	1,1	28%	60%	25%	15%
De 2 a 4 días laborables después del alta		■		3,1	1,4	21%	39%	20%	41%
3 semanas después del alta		■		2,8	1,2	10%	33%	28%	40%
Primer día laborable después del alta	■			2,3	1,3	8%	18%	16%	66%
4 semanas después del alta	■			2,2	1,1	4%	16%	20%	65%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

17 Se va a dar de alta a un paciente esquizofrénico para derivarlo a asistencia ambulatoria. Por favor, puntúe cada uno de los siguientes servicios a dar por el personal hospitalario antes del alta. Puntúe los servicios que cree que son más esenciales para asegurar la continuidad en la asistencia, dando puntuaciones inferiores a otros servicios que crea menos esenciales.

Comentarios: Los expertos consideran que el personal hospitalario debe facilitar al máximo la asistencia del paciente a la primera cita ambulatoria tras el alta. Para ello, programar la primera cita con el equipo ambulatorio desde el hospital, fue considerado muy importante. Dar el informe de alta al paciente y enviar copia al médico del centro ambulatorio, también resultó una estrategia de elección.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Programar la primera visita ambulatoria para el paciente			■*	4,9	0,4	86%	98%	1%	1%
Dar el informe de alta al paciente y enviar copia al médico de ambulatorio que le corresponda			■*	4,7	0,6	71%	94%	4%	2%
Suministrar al paciente la suficiente medicación hasta la primera visita ambulatoria			■*	4,2	1,1	51%	78%	12%	10%
Ofrecer un horario de disponibilidad telefónica para cubrir posibles problemas que le surjan al paciente entre el alta y la primer visita ambulatoria			■	4,1	1,0	45%	78%	15%	7%
Facilitar la visita del paciente al centro ambulatorio, antes del alta			■	3,8	1,2	42%	62%	23%	15%
Telefonar al psiquiatra del centro ambulatorio para comprobar si el paciente acudió a la primera visita		□		2,8	1,2	7%	24%	33%	42%
Telefonar al paciente después del alta, para recordarle su primera visita ambulatoria		■		2,6	1,1	5%	19%	30%	51%
Telefonar al paciente para comprobar si acudió a la primera visita		■		2,4	1,0	3%	9%	34%	57%

18 A un paciente esquizofrénico se le ha dado de alta hospitalaria para hacer seguimiento ambulatorio. Por favor, puntúe cada uno de los siguientes servicios que deberían ser ofrecidos por el personal ambulatorio, siempre que este servicio asegure la continuidad de la asistencia.

Comentarios: La continuidad terapéutica es para los expertos tan importante que cualquier estrategia que ayude a ella está bien considerada. Se considera muy importante el papel del personal ambulatorio para facilitar el seguimiento tras un ingreso. En este sentido, los expertos consideran que el equipo ambulatorio debe, al menos, contactar telefónicamente con la familia o la residencia del paciente si éste no ha acudido y programar otra cita, e incluso ofrecer un horario telefónico para cubrir posibles problemas entre el alta y la primera cita ambulatoria. Para conseguir la continuidad terapéutica se recomienda como segunda opción la visita domiciliaria e incluso la visita en el hospital antes del alta o el recordatorio telefónico para que acuda a la visita.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Si el paciente no acude a la primera visita, telefonar a la familia o a la residencia del paciente para solicitar su apoyo			■	4,3	0,8	43%	87%	10%	3%
Ofrecer un horario de disponibilidad telefónica para cubrir posibles problemas que le surjan al paciente entre el alta y la primera visita ambulatoria			■	4,3	0,9	47%	82%	12%	6%
Si el paciente no acude a la primera cita, telefonar para una segunda			■	4,0	0,9	32%	73%	20%	7%
Si el paciente no se presenta a la cita ambulatoria, visitarle en su domicilio o en la residencia asistida		■		3,6	1,1	25%	53%	30%	17%
Telefonar al paciente después del alta, para recordarle su primera visita ambulatoria		■		3,2	1,1	15%	39%	35%	26%
Visita al paciente en el hospital antes del alta		■		3,2	1,3	19%	45%	23%	32%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

5. Tratamiento de mantenimiento

19 Un paciente con un primer episodio de esquizofrenia ha tenido una respuesta terapéutica muy favorable al tratamiento farmacológico y ha podido volver a trabajar a tiempo completo. Por favor, puntúe la adecuación de los siguientes periodos de tiempo para un tratamiento farmacológico de mantenimiento, después del alta hospitalaria, antes de disminuir, hasta suprimir, la medicación antipsicótica del paciente.

Comentarios: Ante una respuesta muy favorable hasta el punto de la recuperación laboral ad integrum, los expertos consideran que el tratamiento debe prolongarse como mínimo entre 12 y 24 meses. Una segunda opción a tener en cuenta es el mantenimiento entre 3 y 5 años.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
24 meses			■	3,8	1,0	31%	64%	23%	13%
12 meses			■	3,7	1,4	35%	58%	16%	26%
3-5 años		■		2,9	1,4	21%	39%	24%	37%
6 meses	■			2,2	1,3	8%	18%	12%	70%
Tratamiento farmacológico de por vida	■			1,8	1,0	3%	12%	16%	71%
3 meses	■			1,4	0,8	1%	5%	8%	88%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

20 Un paciente con varios episodios de esquizofrenia ha tenido una respuesta terapéutica muy favorable al tratamiento farmacológico. Por favor, puntúe la adecuación de los siguientes periodos de tiempo para un tratamiento farmacológico de mantenimiento, hasta suprimir, la medicación antipsicótica del paciente.

Comentarios: Los expertos consideran que en el caso de un enfermo con varios episodios, aunque tenga buena respuesta, hay que mantener la medicación más de 5 años, incluso de por vida. No se acepta realizar menos de 2 años de tratamiento de mantenimiento.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Más de 5 años			■	4,1	0,9	37%	81%	11%	8%
Toda la vida			■	3,7	1,3	39%	69%	15%	17%
Entre 2 y 5 años		■		3,3	1,2	18%	38%	42%	20%
Entre 1 y 2 años	■			2,1	1,1	5%	12%	9%	79%
Menos de un año	■			1,1	0,5	1%	2%	1%	97%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

■ = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

21 Suponga que el paciente está recibiendo una dosis equivalente a 40 mg/día de haloperidol y acude a su consulta, por primera vez, para tratamiento de mantenimiento. El paciente presenta una psicopatología mínima y estable. Debido a que el paciente está excesivamente sedado y presenta síntomas de bradicinesia-rigidez, usted decide disminuir progresivamente la dosis (hasta un equivalente de 10 mg diarios de haloperidol), realizando tres disminuciones de dosis, cada una equivalente a 10 mg diarios. Por favor, puntúe cada una de los siguientes períodos de tiempo para disminuir la dosis.

Comentarios: Probablemente ante el amplio abanico de posibilidades de elección no se facilitó el acuerdo, de todas formas queda claro que los expertos recomiendan la disminución de la dosis en un tiempo que oscila entre 3 semanas y 3 meses.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Una disminución de dosis cada dos semanas (tiempo total, 6 semanas)				3,6	1,2	24%	56%	22%	23%
Una disminución de dosis a la semana (tiempo total, 3 semanas)				3,5	1,3	29%	54%	18%	29%
Una disminución de dosis al mes (tiempo total de 3 meses)				3,0	1,4	17%	41%	20%	40%
Una disminución de dosis cada dos meses (tiempo total, 6 meses)				2,3	1,2	5%	21%	19%	60%
Una disminución de dosis cada dos días (tiempo total, 6 días)				2,2	1,3	10%	17%	19%	64%
Una disminución de dosis cada tres meses (tiempo total, 9 meses)				1,9	1,0	3%	7%	15%	78%
Disminuir bruscamente la dosis a 10 mg/día de una sola vez				1,5	1,0	4%	8%	6%	86%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

6. Otros aspectos durante la fase de mantenimiento

6A: Frecuencia y tipo de asistencia ambulatoria

22 Por favor, puntúe las siguientes opciones terapéuticas de mantenimiento para un paciente con esquizofrenia, que responde a la medicación y que habitualmente la toma. Al puntuar, considere la correcta utilización de los recursos específicos así como las necesidades del paciente.

Comentarios: En aquellos pacientes con buena respuesta y buen cumplimiento, los expertos consideran conveniente el seguimiento ambulatorio con una frecuencia de visitas mensual, participar en programas de rehabilitación sociolaboral y la asistencia a un centro de actividades psicosociales, todo ello para favorecer el control de la medicación y la ayuda psicoterapéutica.

Visitas clínicas más frecuentes o programas más intensivos produjeron una dispersión de opiniones o incluso un rechazo.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Visitas clínicas cada 4 semanas (control de la medicación y terapia individual o de grupo)				4,3	0,8	49%	87%	9%	3%
Rehabilitación sociolaboral con control de la medicación				3,8	1,0	26%	68%	20%	13%
Centro de actividades psicosociales con control de la medicación				3,8	1,0	31%	69%	20%	11%
Visitas clínicas cada dos semanas (control de la medicación y terapia individual o de grupo)				3,1	1,1	9%	36%	35%	29%
Programa de hospital de día con control de la medicación				2,9	1,1	9%	28%	31%	40%
Programa de tratamiento intensivo comunitario				2,5	1,0	4%	14%	41%	45%
Visitas clínicas semanales (control de la medicación y terapia individual o de grupo)				2,4	1,0	4%	11%	32%	57%
Derivar a un dispositivo residencial terapéutico				1,7	0,9	1%	6%	15%	79%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

23 Por favor, puntúe las siguientes opciones de tratamiento de mantenimiento para un paciente esquizofrénico que responde a la medicación pero que no cumple siempre con las visitas programadas y con las pautas de la medicación. A la hora de puntuar, considere la correcta utilización de recursos.

Comentarios: Ante un enfermo que responde bien a la medicación pero es poco cumplidor los expertos recomiendan programas más intensivos, como son programas en hospital de día y centro de actividades psicosociales con control de la medicación.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Programa de hospital de día con control de la medicación			■	4,1	1,0	44%	77%	14%	9%
Centro de actividades psicosociales con control de la medicación			■	3,8	1,0	26%	69%	22%	9%
Visitas clínicas cada 2 semanas (control de la medicación y terapia individual o de grupo)			■	3,7	1,0	20%	62%	21%	17%
Rehabilitación sociolaboral con control de la medicación			■	3,6	1,0	20%	53%	32%	15%
Visitas clínicas semanales (control de la medicación y terapia individual o de grupo)		■		3,3	1,2	20%	42%	31%	27%
Visitas clínicas cada 4 semanas (manejo de la medicación y terapia individual o de grupo)		□		3,0	1,1	8%	34%	34%	32%
Programa de tratamiento intensivo comunitario		□		2,9	1,1	9%	31%	34%	35%
Derivar a un dispositivo residencial asistido	■			2,2	1,0	2%	10%	26%	63%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

24 Por favor, puntúe las siguientes opciones de tratamiento de mantenimiento para un paciente resistente a la medicación que presenta psicopatología importante, incluso cuando cumple con las prescripciones médicas. A la hora de puntuar considere la correcta utilización de los recursos limitados así como las necesidades del paciente.

Comentarios: En caso de un enfermo resistente los expertos valoran como primera elección la atención del enfermo en hospitales de día con manejo de la medicación. Otras opciones como las visitas ambulatorias frecuentes o las actividades psicosociales han de ser tenidas en cuenta.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Programa de hospital de día con manejo de la medicación			■*	4,4	1,0	57%	86%	6%	8%
Visitas clínicas semanales (control de la medicación y terapia individual o de grupo)			■	3,5	1,2	21%	55%	22%	22%
Visitas clínicas cada 2 semanas (control de la medicación y terapia individual o de grupo)			■	3,4	1,1	13%	53%	25%	21%
Centro de actividades psicosociales con control de la medicación		■		3,2	1,1	10%	44%	31%	25%
Programa de tratamiento intensivo comunitario		□		3,2	1,1	10%	39%	31%	30%
Derivar a un dispositivo residencial asistido		□		3,0	1,1	10%	36%	29%	35%
Visitas clínicas cada 4 semanas (control de la medicación y terapia individual o de grupo)		■		2,6	1,1	7%	17%	41%	43%
Rehabilitación vocacional con control de la medicación		■		2,4	0,9	1%	9%	35%	56%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

6B: Intervenciones psicosociales programadas

25 Por favor, puntúe los enfoques siguientes para mejorar el funcionamiento ocupacional de un paciente esquizofrénico que está estable y sigue tratamiento ambulatorio.

Comentarios: Ante una cuestión fundamental, como la rehabilitación ocupacional del paciente, las respuestas reflejan que cualquier opción es buena, para proporcionar ocupación al paciente. Destacan como primeras opciones programas laborales de transición, centros especiales de trabajo con contratación equiparable a empresas con tutela y programas de hospital de día con enfoque ocupacional.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA					\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea								
Programa laboral de transición o de apoyo, especial para pacientes con enfermedad mental grave			■			4,3	0,8	43%	84%	10%	7%
Centro Especial de Trabajo (CET) con entidad propia y que permita una contratación equiparable a una empresa con una tutela adecuada			■			4,1	1,0	42%	71%	21%	8%
Programa de hospital de día con enfoque ocupacional			■			3,8	0,9	27%	58%	34%	9%
Programa de rehabilitación vocacional tradicional		□				3,1	1,0	7%	30%	41%	29%
Psicoterapia de apoyo en grupo		□				3,0	1,1	7%	31%	37%	32%
Agencia de colocación para prestar servicios voluntarios no remunerados		□				2,9	1,0	4%	26%	39%	35%
Programa de tratamiento intensivo comunitario		□				2,8	1,0	6%	27%	36%	38%
Programa de apoyo individual		□				2,7	1,1	7%	22%	31%	47%
	1	2	3	4	5			%	%	%	%

26 Por favor, puntúe los siguientes enfoques para tratamiento familiar durante el tratamiento de mantenimiento de un paciente con esquizofrenia crónica, que continúa con psicopatología episódica que conduce a conflictos familiares. Asuma que no todos los enfoques pueden llevarse a cabo, debido a las limitaciones reales de tiempo que sufre el personal.

Comentarios: La psicoeducación de la familia, centrada en los factores de cumplimiento farmacológico, evitación del estrés e identificación de signos de recaída fue la estrategia de elección indicada por los expertos consultados. Otras, como enseñar a la familia a reducir la carga como cuidadores de un enfermo mental y tratar de disminuir la alta expresividad emocional y la sobreimplicación, se consideraron también de primera línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA					\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea								
Ofrecer a la familia psicoeducación centrada en el cumplimiento de la medicación, la evitación de estrés y la identificación de signos de recaída			■*			4,6	0,6	65%	93%	5%	2%
Enseñar a la familia habilidades de afrontamiento para reducir la carga que supone cuidar de una persona con enfermedad mental			■			4,2	0,8	40%	84%	13%	3%
Tratar de reducir los niveles de "expresividad emocional" en la familia centrándose en los comentarios críticos y en la sobreimplicación			■			3,9	0,9	33%	66%	27%	7%
Acordar grupos multifamiliares para disminuir el aislamiento entre las familias y aumentar el apoyo mutuo			■			3,5	0,9	13%	53%	33%	14%
Identificar e interpretar la dinámica familiar problemática que está contribuyendo a la psicopatología del paciente			■			3,3	1,1	14%	49%	25%	26%
Acordar encuentros familiares a petición de la familia o frente a las crisis		□				3,0	1,0	6%	29%	41%	30%
Ninguna estrategia. El tratamiento familiar no es necesario durante la fase estable de mantenimiento	■					1,2	0,5	0%	1%	4%	95%
	1	2	3	4	5			%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

27 Por favor, puntúe cada una de las siguientes consideraciones para el tratamiento de un paciente con esquizofrenia crónica y consumo de sustancias.

Comentarios: Ante una situación de patología dual, los expertos no consideran especialmente problemático el abordaje terapéutico a nivel teórico, puesto que es igual tratar la esquizofrenia en un programa standard de consumo de sustancias o a la inversa, es decir tratar el consumo de sustancias en un programa standard de esquizofrenia, o incluso hacer un tratamiento standard de ambas entidades.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Tratamiento para el consumo de sustancias integrado en el programa estándar de tratamiento de la esquizofrenia			■	4,2	1,0	48%	72%	17%	11%
Tratamiento para la esquizofrenia integrado en el programa estándar para el consumo de sustancias			■	3,8	1,0	29%	64%	25%	11%
Tratamiento ambulatorio estándar para la esquizofrenia, además de un programa separado que ofrezca un tratamiento estructurado estándar para el consumo de sustancias			■	3,7	1,0	22%	61%	28%	11%
Tratamiento ambulatorio estándar para la esquizofrenia, además de derivación a Alcohólicos Anónimos o a Narcóticos Anónimos		■		2,5	1,1	6%	19%	31%	50%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

7. Apoyo a la adherencia al tratamiento

28 Un paciente en tratamiento con un antipsicótico convencional de alta potencia por vía oral, acude a su consulta para tratamiento de mantenimiento después de un alta hospitalaria. Este paciente ha mostrado una buena respuesta terapéutica, pero no es buen cumplidor del tratamiento, y se ha quejado de efectos extrapiramidales. Por favor, puntúe cada una de las siguientes estrategias de mantenimiento, teniendo en cuenta tanto la profilaxis de recaída como de los efectos secundarios. Asuma un tratamiento óptimo con agentes adyuvantes antiparkinsonianos.

Comentarios: Ante un enfermo poco cumplidor y que se queja de síntomas extrapiramidales los expertos consideran que el cambio a risperidona es la estrategia de elección.

El cambio a olanzapina se valoró como una estrategia de primera línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar a risperidona			■*	4,3	0,8	50%	90%	7%	3%
Cambiar a olanzapina			■	3,9	1,0	33%	74%	18%	9%
Cambiar a depot			■	3,7	1,1	26%	58%	28%	15%
Cambiar a clozapina		□		2,9	1,0	6%	29%	38%	33%
Continuar con la presente medicación, sin cambios	■			2,1	1,1	4%	12%	19%	69%
Cambiar a un antipsicótico convencional de baja potencia	■			2,0	0,9	0%	4%	27%	69%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

III. Aspectos generales del tratamiento

8. Evaluación médica y de situaciones especiales

8A. Evaluación médica

31 Por favor, puntúe la adecuación de cada una de las siguientes pruebas o procedimientos durante la evaluación diagnóstica de un paciente con un primer episodio de esquizofrenia. Utilice puntuaciones de 4 a 5 para las pruebas o procedimientos esenciales durante la evaluación diagnóstica, puntuaciones de 3 para aquellos que pueden ser útiles pero que no son esenciales, y puntuaciones de 1 a 2 para los que no es probable que aporten información útil.

Comentarios: Los expertos consideran como esenciales la realización de un análisis de detección de drogas, una analítica general y un hemograma completo. Las otras pruebas de evaluación fueron consideradas como útiles.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Análisis de detección de drogas			■	4,3	0,8	48%	82%	14%	4%
Analítica general (func. hepática y renal, CPK, etc.)			■	4,0	1,2	46%	68%	22%	10%
Hemograma completo			■	3,8	1,3	42%	63%	24%	14%
Examen neuropsicológico		■		3,6	1,0	19%	52%	34%	14%
Técnicas de Neuroimagen		■		3,3	1,0	16%	41%	42%	17%
Electrocardiograma (ECG)		■		3,3	1,2	17%	44%	29%	28%
Exámenes psicológicos generales		■		3,2	0,9	9%	37%	42%	21%
Test de embarazo		■		3,2	1,2	17%	42%	31%	27%
Electroencefalograma (EEG)		■		3,0	1,0	10%	29%	45%	26%
Análisis de orina		■		2,8	1,3	13%	30%	24%	46%
Screening de neurosífilis		■		2,7	1,1	6%	30%	32%	38%
Punción lumbar	■			1,9	0,8	0%	2%	22%	77%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

8B. Evaluación de situaciones especiales

32 Por favor, puntúe cada una de las estrategias terapéuticas siguientes para controlar la agitación, durante los 2-3 primeros días de hospitalización en un paciente que ya está recibiendo dosis terapéuticas de un antipsicótico.

Comentarios: Los expertos valoraron como primera línea el cambio de vía de administración ante la mínima sospecha de mala cumplimentación. También son de primera línea la adición de una benzodiazepina o un antipsicótico más sedante. La utilización de un acufase es una opción a tener en cuenta.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar la vía de administración (i.m.) o la forma galénica (gotas o solución) ante la mínima sospecha de mala cumplimentación			■	4,1	1,0	46%	82%	10%	8%
Añadir una benzodiazepina (p. ej., loracepan) al antipsicótico			■	4,0	1,1	34%	70%	17%	13%
Añadir un antipsicótico más sedante			■	3,8	1,0	27%	70%	18%	12%
Añadir un acufase		■		3,7	1,2	28%	64%	21%	15%
Aumentar la dosis del agente antipsicótico		□		3,1	1,1	10%	42%	32%	27%
Cambiar a un antipsicótico más sedante		□		2,9	1,0	4%	29%	37%	34%
Utilizar dosis elevadas de un antipsicótico no sedante	■			1,9	0,9	1%	9%	20%	72%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

■ = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

33 Un paciente discute con frecuencia y se comporta de forma agresiva en casa, a pesar del tratamiento con antipsicóticos convencionales de alta potencia. Las entrevistas y evaluaciones no indican presencia de efectos secundarios extrapiramidales. Durante la visita, el paciente se muestra irritable, sin que aparezca psicopatología positiva o negativa prominente. Por favor, evalúe cada una de las siguientes estrategias como tratamiento inicial para este problema.

Comentarios: Es evidente que las conductas agresivas en casa por parte de un paciente esquizofrénico no conlleva una fácil estrategia terapéutica, de ahí la falta de acuerdo entre las opciones planteadas.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Añadir una benzodiazepina al antipsicótico convencional				3,6	1,0	21%	55%	32%	13%
Comenzar un enfoque psicoterapéutico				3,4	1,2	18%	49%	26%	25%
Cambiar a risperidona				3,4	1,1	15%	50%	27%	23%
Añadir carbamacepina al antipsicótico convencional				3,4	1,1	13%	47%	35%	19%
Cambiar antipsicótico convencional más sedante (o añadir uno)				3,4	1,1	16%	47%	31%	23%
Cambiar a olanzapina				3,3	1,1	11%	42%	34%	24%
Añadir valproato al antipsicótico convencional				3,0	1,1	7%	34%	31%	35%
Cambiar a clozapina				2,7	1,1	6%	28%	29%	43%
Añadir litio al antipsicótico convencional				2,5	1,0	3%	16%	34%	50%
Añadir un inhibidor de la recaptación de serotonina al antipsicótico convencional				2,0	1,1	3%	8%	17%	75%
No cambiar la farmacoterapia inicial				1,9	1,1	5%	14%	13%	73%
Añadir betabloqueantes (propranolol) al antipsicótico convencional				1,9	1,0	2%	7%	17%	77%
Añadir trazodona al antipsicótico convencional				1,8	0,8	1%	2%	21%	77%
Terapia electroconvulsiva				1,4	0,7	0%	3%	5%	92%

34 Por favor, puntúe las siguientes opciones de tratamiento ante un enfermo esquizofrénico en tratamiento con un antipsicótico convencional, que plantea un alto riesgo de suicidio, y que no presenta sintomatología positiva ni negativa de forma predominante en el momento de la consulta.

Comentarios: Las opciones de primera línea elegidas por los expertos en caso de riesgo de suicidio fue añadir un antidepresivo o aplicar terapia electroconvulsiva. Como opción de segunda línea se plantea el cambio a risperidona u olanzapina.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Añadir un antidepresivo				4,0	1,1	43%	80%	11%	9%
Terapia electroconvulsiva				3,8	1,2	35%	62%	23%	15%
Cambio a risperidona				3,4	1,1	16%	49%	31%	21%
Cambio a olanzapina				3,2	1,0	8%	40%	36%	24%
Cambio a clozapina				2,9	1,1	6%	24%	39%	38%
Megadosis del tratamiento actual				1,9	1,0	2%	7%	17%	77%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

35 Evalúe los diferentes tratamientos en una paciente esquizofrénica, con reagudización de su sintomatología psicótica, estando en el primer trimestre del embarazo.

Comentarios: Sin existir un tratamiento de elección, parece claro que la terapia electroconvulsiva en una paciente esquizofrénica embarazada (1º trimestre) fue considerada por los expertos como la opción más recomendable. Otras opciones consideradas como de segunda línea fueron el uso de neurolépticos convencionales y antipsicóticos atípicos.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Terapia electroconvulsiva			■	4,0	1,2	47%	72%	15%	14%
Neurolépticos convencionales		■		3,3	1,3	19%	45%	27%	28%
Antipsicóticos atípicos		■		3,0	1,0	9%	29%	41%	30%
Psicoterapia		■		2,4	1,3	7%	22%	15%	64%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

36 Indique el grado de pertinencia de la utilización de megadosis de antipsicótico, en cada una de las siguientes situaciones clínicas.

Comentarios: El uso de megadosis no fue considerado ni como tratamiento de elección ni como primera línea en ninguna de las situaciones expuestas.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Bajos niveles plasmáticos de antipsicóticos			■	3,6	1,2	25%	62%	23%	15%
Agresividad manifiesta en un primer episodio psicótico agudo			■	3,5	1,2	24%	55%	25%	21%
Esquizofrenia que no responde a dosis habituales			■	3,4	1,2	20%	53%	24%	23%
Riesgo de suicidio		□		3,0	1,2	10%	29%	34%	37%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

37 Un paciente con esquizofrenia crónica desarrolla ingesta compulsiva de agua -lo que produce disminución de la concentración de sodio en plasma- durante el tratamiento de mantenimiento con un antipsicótico convencional a la dosis mínima efectiva. Por favor, evalúe cada una de las siguientes estrategias de tratamiento para este problema.

Comentarios: Los expertos recomiendan como tratamiento de primera línea para un paciente con ingesta compulsiva de agua el cambio a risperidona. Olanzapina aparece como una opción de segunda línea, mientras que el uso de clozapina plantea dudas e interrogantes ante este problema.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar a risperidona			■	3,8	1,1	30%	64%	26%	11%
Cambiar a olanzapina			■	3,5	1,1	18%	59%	26%	15%
Cambiar a clozapina		□		3,1	1,1	12%	37%	35%	28%
Añadir democlociclina al antipsicótico convencional		■		2,0	1,1	3%	9%	25%	66%
Añadir un IECA (inhibidor del enzima convertidor de la angiotensina) al antipsicótico convencional		■		1,9	1,0	2%	6%	18%	76%
Añadir litio al antipsicótico convencional		■		1,5	0,8	0%	3%	11%	86%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

■ = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

38 Un paciente con esquizofrenia crónica tiene exacerbaciones agudas breves y frecuentes, a pesar del tratamiento de mantenimiento con un antipsicótico depot. Los análisis sanguíneos muestran con frecuencia resultados positivos en la detección de alcohol y/o cocaína. Por favor, puntúe cada una de las siguientes estrategias como tratamiento inicial para este problema.

Comentarios: La estrategia terapéutica recomendada por los expertos en primera línea es la de no cambiar la farmacoterapia inicial y empezar un programa psicosocial para el consumo de sustancias. Destaca la dispersión en las respuestas que dificulta el consenso en la intervención terapéutica.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
No cambiar la farmacoterapia inicial y empezar un programa psicosocial para el consumo de sustancias			■	4,2	0,9	44%	81%	13%	6%
Cambiar a risperidona		□		3,0	1,1	9%	30%	41%	30%
Añadir acamprosato		□		2,9	1,1	5%	31%	30%	39%
Cambiar a olanzapina		■		2,8	1,1	4%	24%	39%	37%
Añadir naltrexona		■		2,5	1,2	3%	24%	21%	55%
Aumentar la dosis del antipsicótico depot para contrarrestar los efectos del consumo de sustancias		■		2,5	1,1	5%	20%	28%	52%
Cambiar a clozapina		■		2,2	0,9	2%	8%	31%	61%
Añadir amantadina	■			1,5	0,6	1%	1%	8%	91%
Interrumpir el tratamiento antipsicótico para evitar las interacciones potenciales con el consumo de sustancias	■			1,3	0,6	0%	2%	4%	95%

9. Selección del tratamiento coadyuvante

39 Un paciente tratado con un antipsicótico convencional, presenta depresión persistente (caracterizada por tristeza, desesperanza y sentimientos de culpa) después de recuperarse de una exacerbación aguda de la esquizofrenia. La entrevista y la exploración para detectar efectos secundarios extrapiramidales son negativas, y tampoco destaca una psicopatología positiva ni negativa. Por favor, puntúe cada una de los siguientes ítems como estrategias iniciales de tratamiento para este problema.

Comentarios: Los expertos valoran como tratamiento de elección añadir un antidepresivo al antipsicótico clásico. La risperidona es una buena segunda opción, aunque no llega a ser considerada de primera línea. La olanzapina es una opción de segunda línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Añadir un antidepresivo al antipsicótico clásico			■*	4,5	0,8	62%	87%	11%	2%
Cambiar a risperidona			■	3,6	1,1	22%	63%	20%	17%
Cambiar a olanzapina		■		3,2	1,1	11%	37%	36%	27%
Cambiar a clozapina		■		2,6	1,0	2%	15%	38%	47%
Añadir litio al antipsicótico clásico		■		2,4	0,9	2%	10%	36%	55%
No cambiar la farmacología inicial. Comenzar psicoterapia para tratar la depresión		■		2,4	1,1	3%	13%	28%	59%
Terapia electroconvulsiva	■			1,9	1,0	2%	9%	21%	70%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

40 Por favor, puntúe cada una de los siguientes antidepresivos como tratamiento para la depresión de un paciente con esquizofrenia. Intente que sus puntuaciones reflejen el orden que Ud. sigue en la actualidad en la utilización de estos fármacos, seleccionando una puntuación entre 4 y 5 para los fármacos que preferiría administrar primero (puede puntuar más de un fármaco con la misma puntuación).

Comentarios: Como tratamiento de elección para el manejo de la depresión de un paciente con esquizofrenia los expertos recomiendan de manera mayoritaria el uso de un inhibidor de la recaptación de la serotonina. El uso de la venlafaxina fue considerado como una buena alternativa aún sin llegar a ser considerada de primera línea. Los antidepresivos tricíclicos fueron una clara elección de segunda línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Inhibidor de la recaptación de serotonina			█*	4,6	0,7	73%	93%	5%	2%
Venlafaxina			█	3,6	0,9	13%	62%	30%	8%
Antidepresivo cíclico		█		3,2	1,1	12%	42%	34%	24%
Mirtazapina		□		2,8	1,1	5%	31%	27%	42%
Reboxetina		█		2,5	1,0	2%	19%	33%	48%
Nefazodona		█		2,3	1,0	2%	11%	34%	55%
Inhibidores de la monoaminooxidasa	█			1,4	0,6	0%	0%	7%	93%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

41 Ud. decide utilizar psicoterapia (adicionalmente a la estrategia farmacológica) en un paciente con esquizofrenia crónica y depresión. El paciente reflexiona sobre las discapacidades funcionales y la pérdida de relaciones que la enfermedad le ha producido y se siente desesperanzado de cara al futuro. Por favor, puntúe cada una de las técnicas siguientes (modificándola para adaptarla a un paciente con esquizofrenia) con el fin de tratar esta desmoralización persistente.

Comentarios: La terapia rehabilitadora para dominar las habilidades de la vida cotidiana fue considerada por los expertos como la opción de primera línea. La psicoeducación, la terapia interpersonal y la cognitivo-conductual fueron valoradas como buenas opciones de segunda línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Terapia rehabilitadora, orientada hacia la actividad para ayudar al paciente a dominar las habilidades de la vida cotidiana			█	4,2	0,8	40%	81%	17%	3%
Psicoeducación que presenta la enfermedad como un trastorno cerebral "sin responsables", de la que no se culpa al enfermo			█	3,6	1,1	23%	56%	28%	17%
Terapia interpersonal centrada en los problemas concretos en las relaciones			█	3,5	1,0	13%	52%	32%	16%
Terapia cognitivo-conductual dirigida a disminuir la autocrítica			█	3,4	1,1	16%	49%	33%	18%
Apoyo no específico dirigido al control de la medicación		█		2,5	1,0	4%	15%	25%	60%
Terapia psicodinámica de apoyo que trate los conflictos y las reacciones relacionados con la enfermedad	█			2,0	1,2	5%	12%	16%	72%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

42 Después de recuperarse de una exacerbación aguda de su esquizofrenia, un paciente que está siendo tratado con un antipsicótico convencional de alta potencia, muestra una excitación persistente (caracterizada por inquietud psicomotriz e insomnio). No padece efectos secundarios extrapiramidales ni psicopatología positiva o negativa prominente. Por favor, puntúe cada una de las siguientes estrategias de tratamiento para este problema.

Comentarios: La elección de primera línea para tratar una excitación persistente queda repartida entre tres opciones terapéuticas: añadir una benzodiazepina al antipsicótico convencional, cambiar a olanzapina y cambiar a risperidona, si bien ninguna alcanzó el status de tratamiento de primera elección.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Añadir una benzodiazepina al antipsicótico convencional			■	4,2	0,8	45%	81%	17%	3%
Cambiar a olanzapina			■	3,7	1,0	23%	58%	30%	12%
Cambiar a risperidona			■	3,7	0,9	19%	57%	30%	13%
Cambiar (o añadir) un antipsicótico convencional más sedante		□		3,1	1,1	10%	44%	28%	28%
Cambiar a clozapina		■		2,8	1,0	5%	22%	36%	41%
Añadir betabloqueantes (propranolol)		■		2,3	1,2	4%	13%	23%	64%
Añadir estabilizadores del estado del ánimo (litio, valproato y carbamacepina) al antipsicótico		■		2,3	1,2	5%	18%	22%	61%
Aumentar la dosis de antipsicótico convencional		■		2,1	1,2	3%	14%	17%	69%
Añadir trazodona al antipsicótico convencional		■		1,9	0,9	0%	4%	18%	78%
Terapia electroconvulsiva	■			1,4	0,7	1%	2%	5%	93%

43 Después de recuperarse de una exacerbación aguda de su esquizofrenia, un paciente que está siendo tratado con un antipsicótico convencional de alta potencia, presenta ansiedad persistente (caracterizada por preocupación, miedo y tensión física). No padece efectos secundarios extrapiramidales ni psicopatología positiva o negativa prominente. Por favor, puntúe cada una de las siguientes estrategias de tratamiento para este problema.

Comentarios: Los expertos consideran como tratamiento de elección el uso de una benzodiazepina añadida al antipsicótico convencional con el que estaba siendo tratado el paciente. El cambio a olanzapina o risperidona fueron consideradas buenas opciones de segunda línea. El cambio a un antipsicótico más sedante o a clozapina fueron consideradas claramente como una segunda línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Añadir una benzodiazepina			■*	4,7	0,6	70%	90%	7%	3%
Cambiar a olanzapina			■	3,5	0,9	15%	51%	36%	13%
Cambiar a risperidona			■	3,4	1,0	15%	44%	39%	17%
Cambiar a un antipsicótico convencional más sedante (o añadir)		■		3,3	1,1	9%	53%	25%	23%
Empezar un abordaje psicoterapéutico para tratar esta ansiedad		□		2,9	1,0	4%	30%	38%	32%
Cambiar a clozapina		■		2,8	1,0	3%	21%	41%	38%
Añadir un betabloqueante		■		2,3	1,0	1%	16%	29%	55%
Añadir un antidepresivo		■		2,2	1,1	3%	14%	24%	62%
Aumentar la dosis de antipsicótico convencional		■		2,2	1,1	3%	14%	24%	62%
Añadir buspirona		■		2,0	1,0	1%	9%	23%	68%
Añadir antihistamínico		■		1,7	0,8	0%	2%	14%	84%
Añadir litio	■			1,6	0,7	0%	2%	8%	90%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

44 Indique la adecuación de la Terapia electroconvulsiva en las siguientes situaciones clínicas.

Comentarios: La terapia electroconvulsiva fue considerada como tratamiento de elección en el caso de una esquizofrenia catatónica con sintomatología estuporosa. Igualmente dicha terapia fue considerada como primera línea ante la existencia de un elevado riesgo de suicidio o una paciente psicótica en el 1º trimestre de embarazo. Como una buena opción de segunda línea se recomienda ante una esquizofrenia resistente a los antipsicóticos atípicos.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Esquizofrenia catatónica con importante sintomatología estuporosa			■*	4,7	0,6	79%	94%	4%	2%
Riesgo elevado de suicidio			■	4,1	0,9	41%	77%	17%	6%
Paciente psicótica en el primer trimestre de embarazo			■	4,0	1,1	40%	68%	21%	12%
Esquizofrenia resistente a los antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina)			■	3,5	1,1	19%	50%	31%	19%
Cuadros esquizofrénicos con intensa agitación		□		3,1	1,1	11%	39%	33%	27%
Esquizofrenia resistente a los antipsicóticos convencionales		■		2,7	1,1	5%	23%	32%	45%
Primer episodio psicótico	■			1,6	0,8	2%	3%	14%	83%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

45 Por favor, puntúe la adecuación de la estrategia terapéutica consistente en administrar dos antipsicóticos diferentes, uno más incisivo durante el día junto a otro más sedante en la cena, por ejemplo: haloperidol y sinogan.

Comentarios: Esta estrategia fue considerada como de primera línea en el caso de un paciente con insomnio pertinaz. En el caso de un paciente muy angustiado fue considerada como de segunda línea. En cualquier caso esta estrategia no fue considerada en ninguna circunstancia como tratamiento de elección.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Paciente con insomnio pertinaz			■	4,1	1,1	48%	79%	11%	10%
Paciente muy angustiado		■		3,2	1,0	10%	43%	32%	25%
Paciente con inquietud psicomotora		□		3,0	1,1	8%	31%	37%	31%
Paciente con antecedentes de conducta agresiva		□		2,9	1,1	6%	31%	33%	36%
Paciente que duerme en habitaciones colectivas		■		2,3	1,2	3%	18%	27%	54%
Paciente resistente	■			2,2	1,2	3%	15%	20%	65%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

10. Tratamiento de los efectos secundarios de los antipsicóticos

10A. Efectos secundarios extrapiramidales persistentes

46 Por favor, puntúe cada una de las siguientes estrategias de tratamiento para un paciente que, tratado con un antipsicótico convencional a la dosis más pequeña considerada como suficiente, desarrolla bradicinesia persistente y molesta, además de rigidez muscular, a pesar de estar recibiendo tratamiento concomitante con un agente anticolinérgico antiparkinsoniano a una dosis que produce síntomas molestos de sequedad de boca.

Comentarios: Ante un enfermo con efectos extrapiramidales persistentes tratado con un antipsicótico convencional a dosis mínimas suficientes, los expertos consideraran que el tratamiento de elección debe ser el cambio a risperidona o a olanzapina. La clozapina aparece como una buena opción de segunda línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar a risperidona			■	4,5	0,7	57%	91%	8%	1%
Cambiar a olanzapina			■	4,4	0,7	52%	88%	10%	3%
Cambiar a clozapina			■	3,5	1,1	20%	51%	32%	17%
Cambiar a un antipsicótico convencional de baja potencia		■		2,6	1,0	3%	17%	35%	48%
Cambiar a un anticolinérgico diferente		■		2,2	1,1	2%	9%	29%	62%
Añadir amantadina		■		1,9	0,9	1%	5%	24%	71%
Aumentar la dosis de anticolinérgico	■			1,6	0,8	1%	2%	8%	90%
Añadir un antihistamínico	■			1,5	0,7	1%	1%	6%	93%

47 Por favor, puntúe cada una de las siguientes estrategias de tratamiento para un paciente que, tratado con un antipsicótico convencional de alta potencia a la dosis más baja considerada como eficaz, desarrolla acatisia persistente y molesta, además de rigidez muscular, a pesar de estar recibiendo tratamiento concomitante con un agente anticolinérgico antiparkinsoniano a una dosis que produce síntomas molestos de sequedad de boca.

Comentarios: La opción terapéutica considerada de primera línea para el tratamiento por los expertos fue el cambio a risperidona o el cambio a olanzapina en el caso de un paciente que desarrolla una acatisia persistente y molesta, además de rigidez muscular. Añadir una benzodiacepina es una buena opción de segunda línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar a risperidona			■	4,3	0,8	46%	84%	13%	3%
Cambiar a olanzapina			■	4,2	0,8	41%	84%	12%	4%
Añadir una benzodiacepina			■	3,7	1,1	23%	61%	22%	17%
Cambiar a clozapina			■	3,4	1,0	15%	49%	38%	13%
Añadir propranolol		■		2,8	1,3	12%	30%	23%	47%
Cambiar a un antipsicótico convencional de baja potencia		■		2,7	1,0	3%	18%	38%	44%
Cambiar a un agente anticolinérgico diferente		■		2,6	1,1	2%	16%	35%	50%
Aumentar la dosis de anticolinérgico	■			1,9	1,0	1%	7%	21%	71%
Añadir amantadina	■			1,9	0,9	1%	4%	22%	74%
Añadir un antihistamínico	■			1,8	0,8	0%	2%	17%	81%

■ = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

10B. Discinesia tardía y síndrome neuroléptico maligno

48 Un paciente con esquizofrenia crónica desarrolla discinesia tardía grave (DT) durante el tratamiento de mantenimiento con un antipsicótico convencional. Ud. disminuye la dosis de antipsicótico convencional a la dosis mínima efectiva, pero tres meses más tarde la discinesia tardía grave todavía está presente. Por favor, evalúe cada una de las siguientes estrategias de tratamiento para este problema.

Comentarios: Las estrategias de primera línea para el abordaje de la discinesia tardía grave fueron el cambio a antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina o risperidona), si bien ninguna alcanzó la consideración de tratamiento de elección. El resto de las alternativas no fueron tomadas en cuenta por los expertos como opciones válidas.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar a clozapina			■	4,0	1,1	42%	71%	20%	10%
Cambiar a olanzapina			■	3,9	0,9	27%	72%	20%	8%
Cambiar a risperidona			■	3,9	1,0	31%	67%	23%	11%
Añadir vitamina E al antipsicótico convencional		■		2,6	1,1	4%	22%	27%	51%
Añadir amantadina al antipsicótico convencional		■		2,4	1,0	2%	12%	32%	56%
Aumentar la dosis del antipsicótico convencional para suprimir la DT	■			1,9	1,0	1%	7%	21%	72%
No cambiar la farmacoterapia. No existen estrategias farmacológicas para aliviar la DT	■			1,7	1,0	2%	9%	15%	76%

49 Un paciente con esquizofrenia crónica, desarrolló un síndrome neuroléptico maligno (SNM) durante el tratamiento de mantenimiento con un antipsicótico convencional. El antipsicótico clásico se interrumpió y el paciente se recobró del episodio de SNM. Ahora, el paciente empeora de su psicosis. Por favor, evalúe cada una de las siguientes estrategias de tratamiento para este problema.

Comentarios: Al igual que ante la discinesia tardía, ante el problema de un episodio previo de síndrome neuroléptico maligno los expertos optan por recomendar el cambio a risperidona, clozapina u olanzapina.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar a risperidona			■	4,1	0,9	37%	76%	19%	6%
Cambiar a clozapina			■	4,0	1,0	39%	72%	19%	9%
Cambiar a olanzapina			■	4,0	0,8	31%	78%	17%	5%
Terapia electroconvulsiva de mantenimiento		■		2,5	1,3	7%	25%	22%	53%
Cambiar a un antipsicótico convencional de baja potencia		■		2,2	1,1	2%	12%	23%	65%
Instaurar de nuevo el tratamiento con el antipsicótico convencional original a dosis más bajas	■			1,6	0,9	0%	5%	11%	85%
Cambiar a litio	■			1,4	0,7	0%	2%	6%	92%

■ = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

52 Una mujer joven con esquizofrenia crónica se queja de disminución persistente de la libido y desaparición de las menstruaciones durante el tratamiento de mantenimiento con un antipsicótico convencional, y afirma que va a interrumpir el tratamiento a menos que se corrijan estos problemas. Por favor, puntúe cada una de las siguientes estrategias de tratamiento para este problema.

Comentarios: Ante una situación similar, en el caso de una paciente femenina, se optó por el cambio a olanzapina como tratamiento de primera línea, quedando la risperidona como la mejor opción de segunda línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Cambiar a olanzapina			■	3,9	0,9	26%	73%	19%	8%
Cambiar a risperidona			■	3,7	1,0	24%	60%	26%	14%
Disminuir la dosis del antipsicótico convencional		□		3,5	1,3	27%	54%	26%	20%
Cambiar a clozapina		■		3,1	1,1	10%	37%	38%	25%
Añadir anticonceptivos orales cíclicos estrógeno/progesterona	■			2,2	1,1	3%	14%	28%	59%
No cambiar la farmacoterapia porque Ud. cree que los riesgos de cambiarla no compensan los posibles beneficios	■			1,9	1,1	2%	13%	17%	70%
Añadir amantadina	■			1,7	0,8	0%	2%	13%	85%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

10E. Efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos

53 Un enfermo esquizofrénico tratado con clozapina se encuentra controlado desde el punto de vista psicopatológico pero se queja de efectos secundarios. Puntúe la adecuación de las siguientes alternativas.

Comentarios: En el abordaje de un paciente tratado con clozapina que se queja de efectos secundarios, los expertos recomendaron en primera línea la disminución de la dosis del antipsicótico o el tratamiento específico de los efectos secundarios. El cambio a otro antipsicótico atípico fue considerada una muy buena opción de segunda línea

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Bajar la dosis del antipsicótico			■	4,3	0,9	48%	84%	10%	7%
Tratar específicamente los efectos secundarios			■	4,0	0,9	31%	73%	21%	6%
Cambiar a otro antipsicótico atípico			■	3,7	1,0	22%	62%	26%	13%
Cambiar a un neuroléptico convencional		■		2,0	0,8	0%	2%	31%	67%
Terapia electroconvulsiva	■			1,4	0,7	1%	2%	7%	91%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

■ = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección

54 Un enfermo esquizofrénico tratado con risperidona se encuentra controlado desde el punto de vista psicopatológico pero se queja de efectos secundarios. Puntúe la adecuación de las siguientes alternativas.

Comentarios: La disminución del tratamiento antipsicótico con risperidona y el tratamiento de los efectos secundarios aparecen, por este orden, como las alternativas de primera línea para el abordaje terapéutico de este paciente. El cambio a otro antipsicótico atípico fue una buena opción de segunda línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Bajar la dosis del antipsicótico			■	4,3	0,8	49%	89%	7%	4%
Tratar específicamente los efectos secundarios			■	4,3	0,7	44%	84%	13%	2%
Cambiar a otro antipsicótico atípico		■		3,6	0,9	11%	53%	38%	9%
Cambiar a un neuroléptico convencional	■	■		2,0	0,8	0%	1%	28%	71%
Terapia electroconvulsiva	■			1,4	0,6	1%	1%	6%	94%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

55 Un enfermo esquizofrénico tratado con olanzapina se encuentra controlado desde el punto de vista psicopatológico pero se queja de efectos secundarios. Puntúe la adecuación de las siguientes alternativas.

Comentarios: En el abordaje de un paciente tratado con olanzapina que se queja de efectos secundarios, los expertos recomendaron como tratamiento de elección la disminución de la dosis del antipsicótico. El tratamiento específico de los efectos secundarios y el cambio a otro antipsicótico atípico fueron en este caso considerados como primera línea.

	95% INTERVALOS DE CONFIANZA			\bar{X}	DE	Tr. de elección	1ª línea	2ª línea	3ª línea
	Tercera línea	Segunda línea	Primera línea						
Bajar la dosis del antipsicótico			■*	4,3	0,9	50%	87%	8%	5%
Tratar específicamente los efectos secundarios			■	4,2	0,7	37%	78%	18%	4%
Cambiar a otro antipsicótico atípico			■	3,7	0,9	19%	63%	31%	7%
Cambiar a un neuroléptico convencional	■	■		2,1	0,8	1%	2%	30%	68%
Terapia electroconvulsiva	■			1,4	0,6	0%	1%	6%	94%
	1	2	3	4	5	%	%	%	%

* = Tratamiento de elección; □ = Sin consenso Nota: El porcentaje de primera línea incluye el porcentaje del tratamiento de elección