

Título: Atención integral del paciente con Esquizofrenia y otras Psicosis relacionadas

Autores:

Dra. Eudelia Milagros Marot Casañas.
Especialista de 2do Grado em Psiquiatria. Profesora Auxiliar.

Dra. Diana Galiano Rego.
Especialista de 1er Grado en Psiquiatría.

Dra. Carmen Acosta Enríquez.
Especialista de 1er Grado en Psiquiatría.

Dr. Bienvenido Rodríguez Lezcano.
Especialista 1er Grado en Psiquiatría.

Dr. MSc. Jesús Barreto Penié.
Especialista de 2do Grado em Medicina Interna. Profesor Auxiliar.

Dr. MSc. Raúl Calderín Bouza.
Especialista de 2do Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.

Servicio de Psiquiatría
Email: psiq@hha.sld.cu

Introducción

El Protocolo de Actuación para brindar Atención Integral a los pacientes con diagnóstico clínico de Esquizofrenia y otras Psicosis relacionadas utiliza instrumentos clínicos validados internacionalmente con la finalidad de; elevar la calidad del diagnóstico y valorar la efectividad de las acciones encaminadas a disminuir o eliminar los síntomas.

Incluye dos temas especiales dentro del grupo de las también denominadas Psicosis no afectivas; los Primeros Episodios Psicóticos y la Esquizofrenia Refractaria. La identificación de las características clínicas y la respuesta, remisión y recuperación de los pacientes que presentan un Primer Episodio Psicótico, así como la estabilidad diagnóstica a través del tiempo, constituye uno de los más reconocidos desafíos para la Psiquiatría y los psiquiatras del Siglo XXI. Y la Esquizofrenia Refractaria, por el compromiso humano, social y

los costos económicos directos e indirectos que provoca, debe ser diferenciada para su definición y tratamiento.

Por último, el Protocolo aplica un estilo de trabajo multidisciplinario, incorporando el cuidado de aspectos de la Salud Física, reconocidos como problemas frecuentes en los pacientes con Esquizofrenia y otras Psicosis Relacionadas y que son infra diagnosticados, infra tratados y subestimados.

Agrava el pronóstico sobre la salud física de los pacientes, que comparten, y en muchos casos superan a la población general, en los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, como el sedentarismo, el tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas, así como una dieta elevada en grasas saturadas y carbohidratos simples y elementos propios de la enfermedad, como los síntomas negativos y positivos.

Objetivos

- Elevar la calidad en el diagnóstico de los síntomas positivos y negativos
- Identificar las características de los síntomas positivos y negativos en los Primeros Episodios Psicóticos
- Determinar la efectividad del tratamiento antipsicótico sobre los síntomas,
- Identificar problemas de mala nutrición, de trastornos del metabolismo glucídico, lipídico y de hipertensión arterial.
- Reconocer la presencia de factores de riesgo modificables para las enfermedades crónicas no transmisibles
- Establecer atención especializada para factores de riesgo, disfunciones nutricionales, metabólicas e hipertensión arterial

Desarrollo

A) Diagnóstico

Será realizado utilizando Escalas de medición para síntomas positivos y negativos.

I- Escala para el Síndrome Positivo y Negativo (PANSS por sus siglas en inglés). Evalúa siete síntomas positivos y siete negativos. Establece una escala de gravedad para los síntomas (1-7).

Síndrome positivo (PANSS-P)

- 1) Delirio
- 2) Alucinaciones
- 3) Desorganización conceptual
- 4) Excitación
- 5) Grandiosidad
- 6) Susplicacia-perjuicio
- 7) Hostilidad

Puntuación total:

Percentil:

Síndrome negativo (PANSS-N)

- 1) Embotamiento Afectivo
- 2) Retraimiento emocional
- 3) Contacto pobre
- 4) Retraimiento social
- 5) Dificultad de pensamiento abstracto
- 6) Ausencia de espontaneidad y fluidez verbal
- 7) Pensamiento estereotipado

Puntuación total:

Percentil:

II- Escala para la evaluación de los síntomas positivos (SAPS por sus siglas en inglés). Incluye los síntomas positivos alucinaciones, delirios, conducta bizarra y trastornos formales del pensamiento.. Establece una escala de gravedad para los síntomas de forma independiente y global (0-5).

Escala para la evaluación de los síntomas negativos (SANS por sus siglas en inglés). Incluye los síntomas negativos aplanamiento afectivo, alogia, avolición-apatía, anhedonia-retraimiento social y atención. Establece una escala de gravedad para los síntomas de forma independiente y global (0-5).

II- Escala Breve para Síntomas Negativos. Incluye los síntomas negativos anhedonia, alogia, aplanamiento afectivo, asocialidad y avolición y adiciona la valoración del distress. Establece una escala de gravedad para los síntomas (0-6)

B) Recomendaciones terapéuticas:

1- Si predominio de Síntomas Positivos

Antipsicóticos típicos

- Haloperidol- Oral. (1,5mg) Hasta 24 mg diarios, tres veces al día. Parenteral (5 mg) Hasta 30 mg diarios por tres días.
- Clorpromacina- Oral (25-100mg) Hasta 900 mg diarios, tres veces al día. Parenteral. Hasta 200 mg si agitación marcada
- Trifluoperazina – Oral (5 mg) Hasta 30 mg diarios, dos o tres veces al día
- Fluofenazina- Oral (2,5mg) Hasta 15 mg diarios, una o tres veces al día. Parenteral- (25 mg) Cada 21 días, IM
- Pimocide- Oral (1-4 mg) Hasta 4 mgs diarios, una o tres veces al día
- Levopromacina- Oral (25 mg) Hasta 75 mg diarios, una o tres veces al día.

Antipsicóticos atípicos

- Risperidona.- Oral (3mg) Hasta 10 mgs diarios, dos o tres veces al día.
- Quetiapina- (25-50-100mg) Hasta 800 mg diarios, dos o tres veces al día
- Olanzapina- (5-10mg) Hasta 40 mgs diarios, una o dos veces al día

Combinación de atípicos y típicos si no se obtiene respuesta, hasta las dosis máximas señaladas

- Clozapina para los síntomas resistentes o refractarios a los tratamientos anteriores. Clozapina- (25-100) Hasta 600 mgs diarios, dos o tres veces al día.

Tratamiento adyuvante con:

Benzodiacepinas- Clonazepam, Diazepan, Nitrazepan

Eutimizantes-Carbonato de Litio

Anticonvulsivantes- Carbamazepina, Valproato de sodio o magnesio, Lamotrigina

Dietoterapia;

Dieta baja en grasas saturadas y carbohidratos simples

Dieta rica en grasas insaturadas y carbohidratos complejos

Dieta rica en fibra dietética y fitoquímicos

Dieta rica en vitaminas y minerales

Modalidad psicoterapéutica de grupo. Arte terapia

Artes Plásticas, Teatro, Música

2- Si predominio de Síntomas Negativos

Se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos a las dosis señaladas. Uso de Clozapina para los pacientes con síntomas resistentes. Se recomienda el uso de tratamiento adyuvante.

No se recomienda el uso de antipsicóticos típicos

3- Mixto(síntomas negativos y positivos)

Se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos, se puede combinar con típicos a las dosis señaladas y Clozapina para

los síntomas refractarios. Se recomienda el uso de tratamiento adyuvante.

Indicadores

Indicadores de estructura	Estándar
% de modelos de registro primario para factores de riesgo	100%
% de modelos para registrar los síntomas positivos y negativos (SANS, SAPS, PANSS, BNSS)	100%
% de Especialistas capacitados en la aplicación de las escalas y evaluación de factores de riesgo	≥90%
% de reactivos para la determinación de variables glucídicas y lipídicas: pesa, tallímetro, cinta métrica, estetoscopio y esfigmomanómetro	≥90%
Indicadores de procesos	Estándar
% de evaluación de síntomas positivos y negativos al ingreso y egreso de los pacientes	≥90%
% de Indicación del tratamiento antipsicótico según clasificación de los síntomas	≥90%
% de evaluación de los factores de riesgo	≥90%
% de medición de la tensión arterial, variables lipídicas y glucídicas, Índice de masa corporal y cintura-cadera	≥90%

Indicadores de resultados	Estándar
% de pacientes que logran mejoría de los síntomas positivos al egreso según SAPS y PANSS	≥60%.
% de pacientes que logran mejoría de los síntomas negativos al egreso. Según SANS, PANSS y BNSS	≥20%.
% de pacientes que logran mejoría con tratamiento antipsicótico según clasificación de los síntomas positivos	≥ 60%.
% de mejoría de pacientes que logran tratamiento antipsicótico según clasificación de los síntomas negativos	≥ 20%.
% de pacientes con síntomas positivos y negativos en los cuales se identificaron: hipertensión arterial, mala nutrición o disfunción metabólica, siendo remitidos e incluidos en atención especializada	100%
% de pacientes con otros factores de riesgo identificados y remitidos e incluidos en la atención especializada	100%

Bibliografía

Anderson, K., Voineskos, A., Mulsant, B., George, T., y Mc Kenzie, K. (2014). The Role of Untreated Psychosis in Neurodegeneration: A Review of Hypothesized Mechanisms of Neurotoxicity in First-Episode Psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), pp. 513-517

Andreasen, Nancy. (1984). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms(SANS)*. The University of Iowa. Iowa City.

Andreasen, Nancy. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms(SAPS)*. The University of Iowa. Iowa City.

Bell, L., Marot, M. y Cancio, E. (1996). Posible estado de insulinoresistencia en pacientes esquizofrénicos. *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*, 3(15), pp. 13-16.

Bobes, J., Saiz, J., Bernardo, M., Caballero, F., Gilaberte, I. y Ciudad, A. (2013). Consenso delphi sobre la salud física del paciente con Esquizofrenia: valoración por un panel de expertos de las recomendaciones de las sociedades españolas de psiquiatría y de psiquiatría biológica. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(3), pp. 114-28.

Bora, E. y Murray, R. (2014). Meta-analysis of Cognitive Deficits in Ultra-high Risk to Psychosis and First-Episode Psychosis: Do the Cognitive Deficits Progress Over, or After, the Onset of Psychosis? *Schizophrenia Bulletin*,. 40(4), pp. 744–755

Brand, S., Möller, M. y Harvey, B. (2015). A Review of Biomarkers in Mood and Psychotic Disorders: A Dissection of Clinical vs. Preclinical Correlates. *Current Neuropharmacology*, 13, pp. 324-368.

Carrión, D., McLaughlin, D., MA, Goldberg, T., Auther, A et al. (2013). Prediction of Functional Outcome in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis. *JAMA Psychiatry*, November, 70(11), pp. 1133–1142.

De Hert, M., Correll, CU., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M. et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. i. prevalence, impact

of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, February, 10(1), pp. 52–77

De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M. et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, June, 10(2), pp.138–151

Fleischhacker, W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T., Carpenter, W. et al (2014) Schizophrenia—Time to Commit to Policy Change. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (suppl. no. 3), pp. S165–S194.

Kay, S, Fiszbein, A.y Opler, LA. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizoph Bull*,13 (2), pp. 261- 76

van de Kerkhof , Fekkes D, van der Heijden et al. (2016). Cycloid psychoses in the psychosis spectrum: evidence for biochemical differences with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, pp. 1927–1933

Kirkpatrick, B., Strauss, G., Nguyen., L., Fischer, B., Daniel, D., Cienfuegos, A.y Marder, S. (2010) The Brief Negative Symptom Scale: Psychometric Properties. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), pp. 300–305.

Hayes, RD., Chang, CK., Fernandes, A., Begum , A, et al.(2012). Associations between symptoms and all-cause mortality in individuals with serious mental illness. *J Psychosom Res*, Feb, 72(2), pp.114-9.

Leucht, S., Winter-van Rossum, I., Heres, F., Arango, C., Fleischhacker, W. et al. (2015). The Optimization of Treatment and Management of Schizophrenia in Europe (OPTiMiSE) Trial: Rationale for Its Methodology and a Review of the Effectiveness of Switching Antipsychotics. *Schizophrenia Bulletin*, 41 (3), pp. 549–558.

Peralta, V. y Cuesta, MJ. (1994). Validación de las escalas de los síndromes positivos y negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso- Esp Neurol Psiquiatr*, 22 (4), pp.171- 7.

Scigliano, G. y Ronchetti, G. (2013). Antipsychotic-Induced Metabolic and Cardiovascular Side Effects in Schizophrenia: A Novel Mechanistic Hypothesis. *CNS Drugs*, Apr, 27(4), pp. 249–257.

World Health Organization. (1992). *The International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*. 10. Geneva, WHO.

Zhang, XY., Chen, DC., Tan YL, An HM., et al. (2015). Glucose disturbances in first-episode drug-naïve schizophrenia: Relationship to psychopathology. *Psychoneuroendocrinology*, Dec, 62, pp. 376-80