

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Guía del *Neuroscience Education Institute*
sobre Esquizofrenia
Edición 2018



Línea
Neurociencias

 **Bagó**

Tratamiento de la Esquizofrenia

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que afecta diferentes aspectos del funcionamiento del individuo.

Los objetivos de su tratamiento incluyen reducir o eliminar los síntomas, mejorar la calidad de vida y el funcionamiento y lograr el máximo nivel posible de recuperación.

El diagnóstico preciso es fundamental para la planificación del tratamiento. Debe considerarse que el diagnóstico del paciente esquizofrénico es un proceso y no un hecho aislado. En consecuencia, la evaluación diagnóstica debe reiterarse a medida que se reúne información clínica, lo que podría modificar el plan terapéutico.

Tratamiento

Una vez diagnosticada la esquizofrenia, se definirán los objetivos del tratamiento, los métodos de evaluación y las expectativas de mejoría.

La formulación del plan terapéutico implica la elección de la modalidad por aplicar, el tipo específico de tratamiento y el contexto en el que se llevará a cabo. Es fundamental la reevaluación periódica del diagnóstico y del plan de tratamiento.

A continuación, se evaluarán cuestiones vinculadas al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, el perfil de acción farmacológica y terapéutica de los antipsicóticos atípicos disponibles y las pautas recomendadas para el seguimiento clínico.

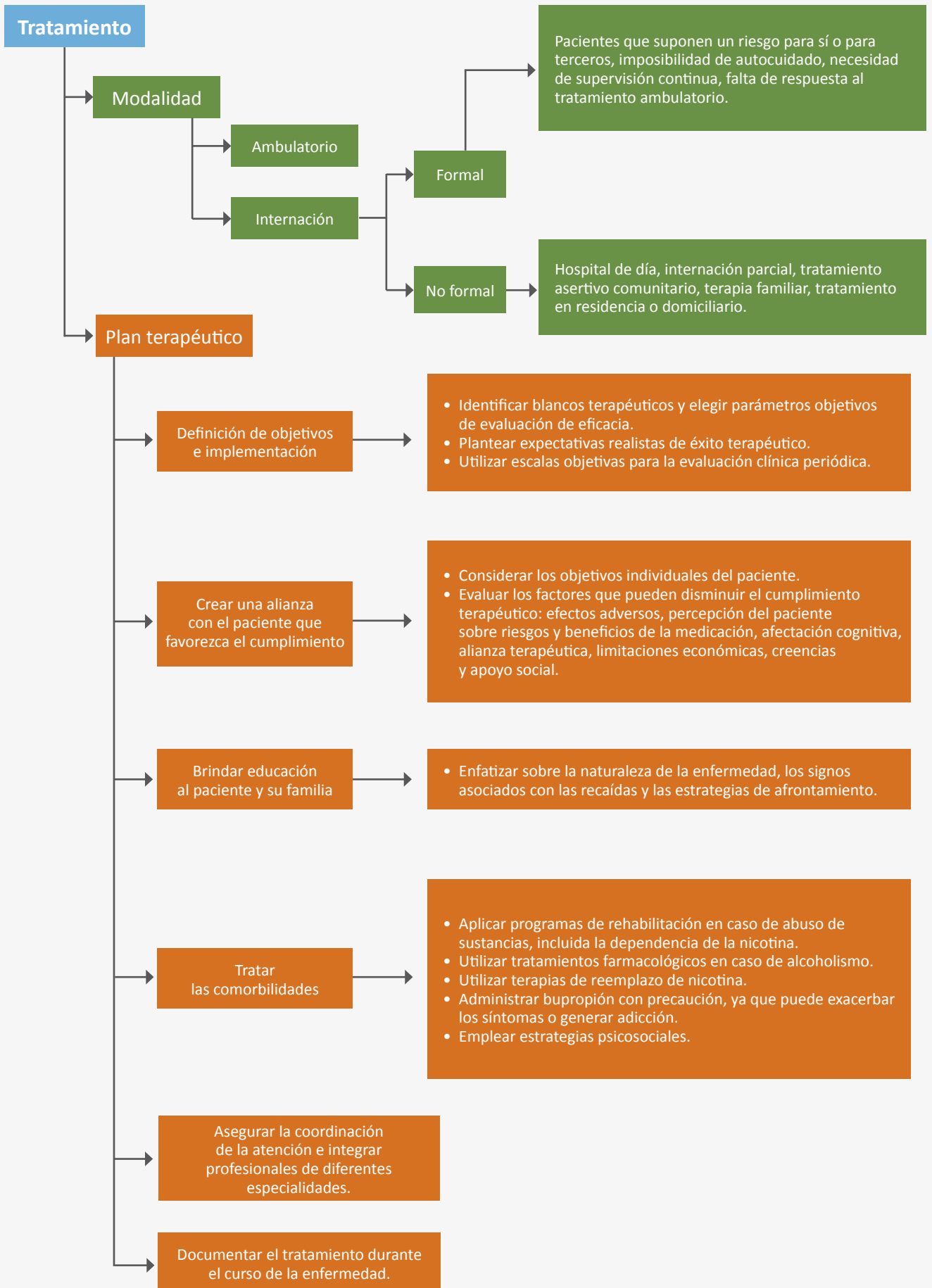
Puntos principales

- Más allá de la esquizofrenia, deben considerarse otros trastornos psiquiátricos para efectuar un diagnóstico diferencial apropiado.
- Es importante contar con una alianza terapéutica satisfactoria, así como con una red de apoyo social que favorezca la evolución a largo plazo.
- Las reevaluaciones deben ser frecuentes, en especial si no fue posible realizar un diagnóstico definitivo o si el diagnóstico se formuló durante el último año.
- La evaluación de las comorbilidades debe ser activa a fin de aplicar un abordaje terapéutico apropiado, incluso, en presencia de abuso de sustancias.
- Se recomienda que el tratamiento sea integral e incluya la participación de múltiples profesionales, sobre todo si el paciente presenta comorbilidades.
- Los pacientes que padecen un primer episodio de esquizofrenia deben recibir, en la medida de lo posible, antipsicóticos atípicos en dosis bajas.
- El uso de antipsicóticos típicos sólo se recomienda luego de un tratamiento insatisfactorio con antipsicóticos atípicos.
- Es recomendable considerar el uso de clozapina en los pacientes que no respondieron en forma adecuada a dos esquemas de tratamiento antipsicótico.

Bibliografía

1. International Guidelines Center. Neuroscience Education Institute: Schizophrenia Pocket Guide; 2018.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2004.

Algoritmo de Tratamiento



Perfil de unión a receptores de los antipsicóticos atípicos

Fármaco	Antagonismo dopaminérgico D2	AP dopaminérgico D2	Dopaminérgico D3	Serotoninérgico 5HT1A	Serotoninérgico 5HT2A	Serotoninérgico 5HT2C	Serotoninérgico 5HT7	Alfa 1 adrenergico	Muscarínico M1	Muscarínico M3	Histaminérgico H1
Aripirazol		+++	+++	+++	++	++	+++	++			++
Asenapina	+++	+++	+++	++	++++	++++	+++	+++	+		+++
Clozapina	+		+	+	++	++	++	+++	+++	++	+++
Iloperidona	+++		++	++	+++	+	++	+++	+++	++	++
Lurasidona	+++		?	+++	++	+	++++	++		++	
Olanzapina	++		++		+++	++	+	++	++		+++
Paliperidona	+++		+++	+	++++	++	+++	+++			++
Quetiapina	+		+	+*	++*	+*	++*	+++	++*	++*	+++*
Risperidona	+++		+++	+	++++	++	+++	+++			++
Ziprasidona	+++		+++	++	++++	++	+++	++			++
Efectos terapéuticos	Disminución de síntomas positivos.	Disminución de síntomas positivos.	Disminución de síntomas positivos y negativos. Procoognitivo. Antidepresivo.	Disminución de SEP, disminución de hiperprolactinemia, antidepresivo, ansiolítico.	Disminución de SEP. Disminución de hiperprolactinemia.	Antidepresivo.	Disminución de la disfunción del ritmo circadiano. Disminución de síntomas negativos. Procoognitivo.	Disminución de pesadillas.	Disminución de SEP.	Disminución de SEP.	Hipnótico.
Efectos adversos	SEP, hiperprolactinemia, aumento de síntomas negativos, aumento de síntomas positivos, déficit cognitivo, sedación.	Riesgo relativamente bajo de SEP.	Desconocidos.	Desconocidos.	Cardio-metabólicos.	Cardio-metabólicos.	Desconocidos.	Mareos, sedación, hipotensión.	Estreñimiento, sedación, visión borrosa, xerostomía.	Cardio-metabólicos, estreñimiento, sedación, visión borrosa, xerostomía.	Cardio-metabólicos, sedación.

+ afinidad baja de unión al receptor (100>K<1000).

++ afinidad moderada de unión al receptor (10>K<100).

+++ afinidad elevada de unión al receptor (1>K<10).

++++ afinidad muy elevada de unión al receptor (K<1).

? Sin información disponible.

* Unión a receptores principalmente vinculada a la acción del metabolito norquetiapina.

AP: agonismo parcial.

SEP: Síntomas extrapiramidales.

Evaluación física y de laboratorio en el paciente esquizofrénico

Evaluación relacionada con efectos adversos potenciales de los antipsicóticos

Diabetes	Factores de riesgo de diabetes, glucemia en ayunas.	Glucemia en ayunas y hemoglobina A1c a los 4 meses de iniciado un nuevo tratamiento y luego anualmente en los pacientes ambulatorios o con mayor frecuencia en los pacientes internados, según indicación clínica.
Hiperlipidemia	Perfil lipídico.	Al menos cada 5 años. Frecuencia semestral ante el uso de fármacos de alto riesgo.
Triglicéridos	Mensual durante los primeros 3 meses.	Anual si el tratamiento está estabilizado, más frecuentemente, según indicación clínica.
Sospecha de prolongación congénita del intervalo QT	ECG y potasio sérico antes del uso de tioridazina o pimozida. ECG antes del uso de ziprasidona, clorpromazina o iloperidona en los pacientes de riesgo.	ECG ante el cambio de dosis de tioridazina o pimozida, o en los pacientes con factores de riesgo, o ante la administración de fármacos que pueden modificar el intervalo QT.
Hiperprolactinemia	Síntomas de hiperprolactinemia. Nivel de prolactina, según indicación clínica.	Evaluación de seguimiento, especialmente si se usan antipsicóticos que aumentan el nivel de prolactina.
Síntomas extrapiramidales	Evaluación clínica de distonía, parkinsonismo.	Semanal durante el tratamiento agudo. Luego, en cada consulta.
Discinesias tardías	Movimientos involuntarios anormales.	Semestral ante el uso de antipsicóticos típicos. Anual ante el uso de antipsicóticos atípicos.
Cataratas	Cambios de la agudeza o de la calidad visual.	Anual para detectar cambios visuales. Evaluación oftalmológica cada 2 años o anual en los pacientes menores o mayores de 40 o más años, respectivamente.

Evaluación del estado físico y detección de comorbilidades

Evaluación	Inicio del tratamiento	Seguimiento
Signos vitales	Frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura.	Frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura. Evaluar en cada consulta y especialmente ante el aumento de la dosis.
Peso y talla	Peso, talla e índice de masa corporal (IMC); si es posible, circunferencia abdominal.	IMC en cada consulta durante los 6 meses posteriores al cambio de medicación. Luego, cada 3 meses en los pacientes ambulatorios y cada un mes en los pacientes internados.
Hematología	Hemograma completo.	Evaluación semanal ante el uso de clozapina. Luego, la frecuencia se adaptará al cuadro clínico y al riesgo de neutropenia.
Análisis bioquímico	Función renal. Electrolitos. Perfil lipídico. Hepatograma. Función tiroidea.	
Enfermedades infecciosas	Sífilis, hepatitis C y VIH.	Según indicación clínica.
Embarazo	En las mujeres en edad fértil.	
Toxicología	Drogas de abuso y metales pesados, según indicación clínica.	Drogas de abuso, según indicación clínica.
Imágenes/EEG	EEG, TC, RM, según indicación clínica.	