



# Protocolos

## The Pharmaceutical Letter

Lib. V; Pr. 4  
Periodicidad quincenal

Diciembre de 2005

### PROTOCOLO PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

#### INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia está considerada una de las enfermedades mentales más complejas y que requieren una atención profesional adecuada, un uso apropiado de los medicamentos y soporte, tanto del médico como del farmacéutico, y de la familia que debe educarse e informarse sobre un proceso que afecta toda la unidad familiar y social del paciente afectado.

La esquizofrenia provoca una incapacitación del paciente ya que produce una distorsión de los pensamientos y sentimientos. La principal característica de la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma integral, por lo que el paciente afectado de ésta comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. El paciente esquizofrénico puede empezar a estar extraño, más aislado evitando salir con amigos, durmiendo poco o demasiado, hablando solo o riéndose sin motivo aparente (aunque estos síntomas no tienen porque aparecer en todos los pacientes). De hecho, existen pocas “enfermedades mentales” que en un tiempo u otro no han sido llamadas “esquizofrenia”

#### CAUSAS

Aunque la etiología exacta de la esquizofrenia no se conoce, existen diversos factores que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. Se cree que un desequilibrio químico del cerebro es un factor hereditario necesario para el desarrollo de la esquizofrenia. Sin embargo y como ya hemos dicho anteriormente, es probable que muchos factores genéticos, del comportamiento y ambientales contribuyan al desarrollo de esta condición de la salud mental.

Se considera que la esquizofrenia es una enfermedad de herencia multifactorial lo que significa que depende de “muchos factores”. Estos factores interactúan e influyen en el desarrollo y la evolución del trastorno de forma que la importancia de unos y otros varía en función de las diferentes etapas del desarrollo del individuo afectado.

Una serie de factores genéticos y complicaciones en el embarazo y el parto pueden influir en la predisposición del recién nacido a padecer la enfermedad. El momento de la vida en que se inicia la enfermedad dependerá del grado de vulnerabilidad de la persona y de su exposición a diferentes tipos de estrés. Los factores de estrés desencadenantes pueden tener una naturaleza biológica (ej.: abuso de drogas alucinógenas) o social (ej.: pérdida de un familiar). Estos y otros factores y condicionantes también afectan a la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Entre las causas más frecuentes cabría destacar:

**Vulnerabilidad al estrés:** Las personas que presentan una especial vulnerabilidad psíquica al estrés son más susceptibles al desarrollo de la esquizofrenia aunque la primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias y la vulnerabilidad al estrés no es una condición ecuaníme para desarrollarla. Los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar de alguna manera de esa carga emocional excesiva que provoca el estrés.

**Vulnerabilidad hereditaria:** Las investigaciones realizadas indican que la vulnerabilidad a la esquizofrenia es hereditaria. Sin embargo, la herencia es solo una de las posibles causas. Esto significa que la enfermedad puede presentarse incluso cuando no haya casos conocidos en la familia así como, aunque se tengan varios parientes que padecen esquizofrenia, un miembro de esa familia no tiene necesariamente que llegar a padecerla.

**Alteraciones neuroquímicas:** Las pruebas empíricas de que en la esquizofrenia intervienen alteraciones neuroquímicas se demostró al observar que el mecanismo de acción de los antipsicóticos estaba relacionado con el metabolismo de las catecolaminas en el cerebro y, más específicamente, con el efecto bloqueador de estos medicamentos en los receptores postsinápticos de las catecolaminas. Investigaciones posteriores indican que la eficacia clínica de los antipsicóticos reside en su capacidad de bloquear los receptores D2 de la dopamina que aumenta la sensibilidad de las células cerebrales a los estímulos. Normalmente, esto es útil para aumentar la toma de conciencia de la persona en momentos de estrés y de peligro, pero para una persona con esquizofrenia la suma del efecto de la dopamina a un estado cerebral que ya es hiperactivo puede inducir una psicosis.

Otros datos a favor de la participación de la hiperventilación dopaminérgica en la esquizofrenia proceden de la observación de la Anfetamina que aumenta los efectos de la dopamina y puede provocar o provocar síntomas parecidos a los de la esquizofrenia. El incremento de la actividad dopaminérgica en el sistema nervioso central se produce a través de dos mecanismos, una mayor disponibilidad de dopamina en la sinapsis y una hipersensibilidad de los receptores postsinápticos. Ambos mecanismos han sido investigados ampliamente en la esquizofrenia, pero faltan aún pruebas concluyentes a favor de cualquiera de los dos.

Recientemente, se han aplicado técnicas de neuroimagen como la PET para analizar la densidad de receptores dopaminérgicos en el cerebro. Así se ha demostrado con claridad el efecto bloqueador de los receptores dopaminérgicos por los antipsicóticos clásicos, pero los hallazgos relacionados con la densidad de receptores de dopamina al comparar pacientes no tratados con controles varían considerablemente de un investigador a otro. Utilizando técnicas de biología molecular, se ha demostrado un aumento de la densidad y sensibilidad de receptores dopaminérgicos en el tejido cerebral post-mortem de pacientes con esquizofrenia no tratados. Cuando se introdujeron los antipsicóticos atípicos (clozapina, y luego risperidona, olanzapina y otros), los investigadores empezaron a poner en duda la hipótesis de que el efecto bloqueador D2 de los antipsicóticos era el factor más importante en su acción antipsicótica. Se ha verificado que el mecanismo de acción de los antipsicóticos atípicos implica una gran afinidad por varios receptores, además de los dopaminérgicos D2, entre los que se incluyen los receptores de la serotonina. Así pues, descubrimientos recientes sugieren que otros muchos receptores como D1, D3, D4, 5-HT2 y NMDA, también intervienen en la patogenia de la esquizofrenia.

**Hipótesis del neurodesarrollo:** Existe una teoría que sostiene que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo en el que la lesión primaria cerebral o el proceso patológico tienen lugar durante el desarrollo del cerebro, mucho antes de que la enfermedad se manifieste clínicamente. Según esta teoría las personas que padecen esquizofrenia pueden haber sufrido algún tipo de alteración del desarrollo cerebral durante la gestación, en particular durante el segundo trimestre aunque el trastorno se manifestaría solamente al principio de la edad adulta, cuando algunos sistemas neuronales concretos que maduran mucho después del nacimiento, se revelan incapaces de afrontar diferentes tipos de estrés psicosocial y vicisitudes propias de la vida.

Aunque teoría no ha sido demostrada existen algunas evidencias que tienden a apoyarla. Concretamente se ha demostrado que complicaciones en el embarazo y el parto multiplican, entre dos y tres veces, el riesgo de padecer esquizofrenia, probablemente por el daño originado en el cerebro en desarrollo. La hipoxia perinatal (falta de oxígeno en el feto) parece ser un factor importante ya que afecta al 20%-30% de las personas que padecen esquizofrenia. El riesgo de esquizofrenia aumenta con el número de complicaciones perinatales. Las infecciones víricas de la madre durante el embarazo también pueden afectar al desarrollo cerebral del feto pudiendo favorecer el desarrollo posterior de la enfermedad aunque, no por ello, será todas las mujeres que padezcan infecciones víricas durante su embarazo tendrán hijos esquizofrénicos.

**Anomalías físicas:** En algunos pacientes con esquizofrenia se han identificado alteraciones cerebrales. Estas modificaciones en la estructura y función del cerebro han sido detectadas mediante el análisis del tejido cerebral tras la muerte, así como por medio de las técnicas de neuroimagen que se utilizan para examinar el cerebro en vida.

Los primeros estudios de tomografía axial computerizada mostraban anomalías en muchos pacientes con esquizofrenia, sobre todo asimetrías del cerebro y del sistema ventricular que afectaban especialmente a los lóbulos frontales (detrás de la frente) y temporal medio (debajo del oído), y al hemisferio izquierdo a nivel celular, se ha encontrado que el esquizofrénico tiene neuronas o células nerviosas más pequeñas, en estas zonas del cerebro. Esta asimetría afecta también a la envoltura craneal y no aumenta durante el curso de la enfermedad. Esas zonas del cerebro funcionan de manera anormal y así, del lóbulo frontal provienen las alucinaciones como voces imaginarias y otras alteraciones como las que afectan la emoción y la memoria están relacionadas con el lóbulo temporal.

La relación entre las anomalías estructurales y los síntomas o grupos de síntomas es poco evidente, sin embargo, las asimetrías parecen guardar relación con los síntomas negativos que también se relacionan con atrofia del lóbulo temporal izquierdo. Cuanto más importantes son los cambios observados, mayor es la gravedad del trastorno del pensamiento y de las alucinaciones auditivas.

Aunque las técnicas que de neuroimagen aportan indicios relacionados con la forma en que la esquizofrenia afecta al funcionamiento del cerebro, no pueden considerarse esenciales para el diagnóstico ni forman parte de la evaluación clínica sistemática de los pacientes. La exploración por tomografía asistida computerizada (TAC) ha permitido saber que en algunas personas con esquizofrenia, las cavidades (ventrículos) del cerebro están dilatadas y se ha evidenciado que esta dilatación se debe a anomalías en la estructura de ciertas zonas del cerebro. Sin embargo, estas anomalías son sutiles y no se observan en todas las personas con esquizofrenia, ni aparecen solamente en los individuos que padecen esta enfermedad. Estudios post-mortem realizados en tejido cerebral han mostrado también pequeños cambios en la distribución o el número de células cerebrales en las personas con esquizofrenia y parece ser que muchos de estos cambios aunque, probablemente no todos, existen antes de que el individuo caiga enfermo, por lo que la esquizofrenia puede ser, en parte, un trastorno en el desarrollo del cerebro. Sin embargo, por el momento, ninguna de estas causas posibles se ha demostrado como definitiva y las investigaciones prosiguen para confirmarlas.

## EPIDEMIOLOGÍA

Aunque la esquizofrenia afecta por igual a hombres y mujeres, los síntomas en los hombres se inician, por lo general, antes que en las mujeres. En la mayoría de los casos, la esquizofrenia aparece por primera vez en los hombres en los últimos años de la adolescencia, o entre los 20 y los 25 años. En las mujeres, la esquizofrenia suele aparecer por primera vez entre los 20 y los 35 años.

La esquizofrenia afecta al 1,1 por ciento de la población general con una incidencia anual de 10-15 casos por cada 100.000 habitantes. Un niño nacido en una familia donde haya uno o más parientes esquizofrénicos tiene una probabilidad mayor de desarrollar esquizofrenia que un niño nacido en una familia en la que no haya antecedentes de esta enfermedad.

Una vez diagnosticado un paciente las probabilidades de que un hermano padezca de esquizofrenia son del 7 al 8 por ciento. Si uno de los padres tiene esquizofrenia, las probabilidades de que el hijo tenga el trastorno son del 10 al 15 por ciento. Los riesgos aumentan en el caso de las familias con múltiples miembros afectados de esquizofrenia.

## SINTOMATOLOGÍA

Uno de los aspectos que hacen de la esquizofrenia una enfermedad compleja es que la sintomatología se basa en criterios subjetivos que dependen de lo que el paciente refiera.

Existen dos tipos de síntomas en la esquizofrenia:

**Síntomas positivos:** Son un exceso o distorsión de las funciones normales, como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.

**Síntomas negativos:** Son una disminución o pérdida de las funciones normales, como aplanamiento afectivo, disminución de la fluidez y de la productividad del pensamiento y del lenguaje (alogia), y disminución del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

La manifestación de unos u otros síntomas dependerá de las distintas etapas de la enfermedad.

### Síntomas positivos

**Ideas delirantes:** son falsas creencias de las que la persona está firmemente convencida a pesar de la ausencia de pruebas concretas. Los delirios pueden incluir persecuciones (es uno de las más frecuentes), creer que tienen poderes o talentos especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza externa. Estas “falsas” convicciones son provocadas por un deterioro de la función cerebral y, generalmente, no pueden cambiar mediante hechos o razonamientos, sino sólo mediante un tratamiento. El paciente es incapaz de comprender que sus convicciones son falsas y que está enfermo.

**Las alucinaciones:** Se trata de experiencias sensoriales que se originan dentro del cerebro en vez de tener su origen en el exterior. Los pacientes esquizofrénicos algunas veces oyen voces (alucinaciones auditivas), o ven cosas (alucinaciones visuales) que otras personas no perciben. Estas impresiones sensoriales generan en el paciente un gran trastorno y confusión que le llevan a tener serias dificultades para diferenciar entre lo que son alucinaciones y lo que son percepciones reales. Para el paciente las voces son reales y pueden hacerle actuar en consecuencia.

**Trastornos del pensamiento:** Se trata de una forma de pensar confundida, un pensamiento desorganizado que se identifica tanto en el contenido como en la forma. La conversación resulta confusa, el paciente responde sin coherencia y cambia de un tema a otro sin ninguna lógica. Debido al deterioro de la función cerebral, el pensamiento lógico está deteriorado comparándolo con el que tenían antes de su enfermedad. El paciente esquizofrénico, a veces, tiene una percepción distorsionada de sí mismo que hace que le lleve a dificultar la distinción entre él mismo y lo que le rodea.

**Comportamiento extraño:** Algunas personas con esquizofrenia se comportan de forma extraña o transgreden normas y costumbres sociales haciendo gestos raros y muecas o adoptar expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas sin razón aparente.

**Trastornos emocionales:** La capacidad de experimentar placer y de sentir emociones normales se ve deteriorada hasta el punto de no poder expresar ni vivir emociones.

**Depresión:** Es un síntoma frecuente de esquizofrenia y, a menudo, es un signo precoz de recaída y factor de riesgo para el suicidio.

**Retraimiento social:** El paciente esquizofrénico puede reducir sus contactos con otras personas e, incluso, con sus amigos y familiares. Deberá valorarse a cada paciente por separado para saber si ese rechazo al contacto con otras personas se trata de un mecanismo de defensa contra la hipersensibilidad asociada a la enfermedad, o bien debemos incentivar al paciente a evitar su aislamiento.

La identificación de los síntomas positivos es relativamente fácil ya que difieren de lo “normal”. Sin embargo, las ideas delirantes y las alucinaciones no podrán justificar claramente el diagnóstico de esquizofrenia ya que éstos pueden darse en personas que abusan del alcohol o las drogas o que sufren depresión grave, manía, daño cerebral u otras enfermedades. La falta de control de los síntomas positivos más graves suelen provocar la hospitalización del paciente en un centro psiquiátrico ya que éstos impiden el funcionamiento social del paciente. La medicación antipsicótica es la que permitirá controlar esos síntomas y que el paciente pueda mantener una vida “normal” aunque siga afectada por algunos síntomas negativos.

### **Síntomas negativos**

Los llamados síntomas negativos, por ejemplo, la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc., los cuales deben ser tratados en la misma medida que los síntomas positivos. Estos síntomas afectan a todos los ámbitos: social, laboral, familiar. En algunos aspectos el enfermo esquizofrénico tiene menos capacidad de acción que una persona sana.

Estos síntomas se pueden dar antes de que aparezcan las alucinaciones y los delirios pero, en su forma más clara, se manifiestan sólo tras la desaparición de los síntomas positivos en la fase residual de la enfermedad. Es importante destacar que no todas las personas que sufren de esquizofrenia tienen estos impedimentos o síntomas. Una tercera parte de los pacientes esquizofrénicos no llega a manifestar éstos síntomas o los manifiesta de forma tan imperceptible que no interfieren en su vida diaria.

**Falta de energía y motivación:** La enfermedad hace que muchos pacientes pierdan su entusiasmo normal, su energía y su interés por el mundo que les rodea impidiendo que los pacientes puedan cumplir con sus obligaciones o llevar una vida social normal.

**Pobreza afectiva:** Es una disminución de la capacidad emocional manifiesta en aspectos del comportamiento y reflejándose en una expresión facial fría y sin vida, en una falta de movimientos (falta de comunicación no verbal) al expresarse, evitando mantener el contacto visual con sus interlocutores, en una expresión inadecuada de sus emociones (reirse cuando no toca) y, finalmente en una forma de hablar monótona e inexpresiva.

**Alogia:** El pensamiento y la cognición se ven empobrecidos manifestándose claramente a través del lenguaje que es pobre de contenidos y, en conversaciones, el paciente pierde la capacidad de reacción siendo lento en sus respuestas y perdiendo el hilo.

**Abulia –Apatía:** Es la falta de energía, de impulso y una falta de interés que, a diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañada de una afectividad triste, manifestándose en problemas con el aseo y la higiene, la falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, el sentimiento de cansancio, la lentitud y la propensión al agotamiento físico y mental.

**Anhedonia – insociabilidad:** Se trata de la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras. Es una incapacidad para mantener relaciones íntimas y/o sociales.

**Problemas cognitivos de la atención:** Son problemas de concentración que llevan al paciente a ser incapaz de mantener la atención en una tarea o una conversación.

### **CURSO DE LA ENFERMEDAD:**

Es importante distinguir un episodio esquizofrénico o psicótico que se da cuando una persona manifiesta los síntomas de una esquizofrenia y desaparecen por completo después de poco tiempo sin que, en general, queden síntomas negativos posteriores.

Podremos hablar de diagnóstico de esquizofrenia cuando ya en el primer episodio se presentan las manifestaciones de la enfermedad y se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas reaparecen al poco tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa.

En la enfermedad esquizofrénica se pueden distinguir tres fases:

#### **1ª fase prodrómica**

Es la fase previa al desarrollo de la enfermedad en la que algunas personas manifiestan diferencias en la niñez y en la juventud siendo solitarios, callados y con un rendimiento bajo aunque, no necesariamente tiene que ser así ya que hay casos en los que no se detecta ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. También se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis en la que se pueden manifestar una serie de síntomas que podrían aportar indicios del desarrollo posterior de la esquizofrenia. La edad de inicio promedio es, en los hombres entre los 15 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 o después de los 50 años.

## **2º fase activa**

Es la fase donde se desencadena la enfermedad manifestándose a través de brotes o crisis en los que aparecen los síntomas positivos como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento...

Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar un cuadro completo en unos días o producirse muy lentamente y más desapercibida. La duración de los brotes y la periodicidad en la que aparecen varía según la persona y puede prolongarse de unas semanas a un año estableciéndose una pauta repetida en cada paciente en particular.

## **3ª fase residual**

No es una fase que sufran todos los enfermos y es en la que los síntomas negativos alcanzan su punto álgido agravando el deterioro personal, social y laboral del paciente.

## **PRONÓSTICO**

Existe una teoría que establece que aproximadamente un tercio de los pacientes se recupera mientras que otro tercio sigue teniendo ciertas limitaciones después de un brote y, finalmente un último tercio que cursa con un agravamiento de la enfermedad no pudiendo mantener una forma de vida autónoma.

A nivel estadístico, aproximadamente el 75% de los pacientes que sufren esquizofrenia mejorarán de manera considerable mientras que cerca del 25% seguirán teniendo síntomas positivos y/o, más frecuentemente, negativos. Un gran número de pacientes logran estabilizarse a los 10-15 años desde el primer brote manteniendo el estado de la enfermedad e incluso disminuyendo su gravedad.

El 20-30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal, otro 20-30% presenta síntomas moderados y el 40-60% restante lleva una vida afectada por el trastorno. No obstante, a la hora de establecer un pronóstico sobre el paciente que se le diagnostica una esquizofrenia existen una serie de factores que influirán en que éste sea bueno o malo.

### **Algunos signos de buen pronóstico**

- Inicio tardío y/o agudo y repentino de la enfermedad.
- Los factores que precipitaron el desarrollo de la enfermedad son objetivos, tangibles y claramente identificables.
- En la fase prodrómica el paciente presentaba una buena adaptación tanto a nivel social y sexual como laboral.
- La persona afectada convive con una pareja estable.
- El paciente cuenta con buenos sistemas de apoyo a través de familia y amigos que conocen su enfermedad y las características de sus brotes.
- En sus brotes predominan los síntomas positivos como alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado y/o un comportamiento desorganizado o catatónico.
- El paciente padece una esquizofrenia Paranoide.

### **Algunos signos de mal pronóstico:**

- Inicio temprano y/o progresivo de la enfermedad.
- La identificación de los factores desencadenantes es difícil por que son subjetivos.
- El paciente lleva una vida aislada y/o con pocas relaciones sociales.
- Comportamiento autista.
- Historia familiar de esquizofrenia.
- Predominio de síntomas negativos como afectividad aplanada, pobreza del lenguaje, falta de interés o del placer en las cosas.
- El desarrollo de la enfermedad no remite en tres años con frecuentes recaídas.
- El paciente padece una esquizofrenia de tipo Desorganizado

El peor pronóstico se asocia al abuso de alcohol y/o drogas como la marihuana y la cocaína por parte del paciente, a la imposibilidad de tratar los episodios psicóticos y a los comportamientos inhabilitantes como la depresión y el abandono personal.

## **TIPOS DE ESQUIZOFRENIA Y DIAGNÓSTICO**

Aunque el carácter individual de cada enfermo hace de la esquizofrenia una enfermedad que puede cursar de formas muy diferentes existe una clasificación establecida con el fin de simplificar las pautas terapéuticas a establecer aunque el sub-tipo de esquizofrenia puede variar a lo largo del tiempo.

- **Esquizofrenia paranoide:** Predominan ideas delirantes de grandeza o persecución y alucinaciones, sobre todo auditivas pudiendo presentar también ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia. Es el subtipo más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la de mejor pronóstico a pesar de la aparatosidad del cuadro.
- **Esquizofrenia catatónica:** Predominan los trastornos de tipo motor “estupor catatónico”. En casos graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante pueden llegar a poner en peligro su vida. El pronóstico para este subtipo de esquizofrenia suele ser malo sobre todo si convergen con él, los signos de mal pronóstico antes mencionados.
- **Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica:** Predominan los comportamientos inapropiados e infantiles. Suele ser de difícil diagnóstico ya que su inicio suele ser lento comenzando con un cierto descuido personal, conductas solitarias y tendencia al aislamiento. Se dan comportamientos desinhibidos a nivel afectivo y estados de humor absurdos y no apropiados (suelen reírse sin motivo). El pronóstico de este tipo de esquizofrenia desfavorable ya que el paciente presenta una conducta inmadura.
- **Esquizofrenia indiferenciada:** Se trata de un tipo de esquizofrenia en la que no predomina un síntoma concreto que determine el diagnóstico de cualquiera de los tipos anteriormente mencionados ya que puede abarcar síntomas dispares.
- **Esquizofrenia residual:** Corresponde a la fase residual anteriormente mencionada en la que el paciente ya ha sufrido algún episodio esquizofrénico y, posteriormente, sigue presentando síntomas negativos pero sin episodios más graves.

### Diagnóstico

La Esquizofrenia continúa siendo una enfermedad de diagnóstico eminentemente clínico y, para ello, se determinará el diagnóstico tras una detallada Historia Clínica, que incluya el estudio patobiográfico, historia heredofamiliar, enfermedades clínicas relevantes y de hábitos.

Es importante que se efectúen analíticas con el fin de descartar posibles patologías endocrinas o neurológicas, consumo de drogas u otras sustancias tóxicas, enfermedades autoinmunes o hepáticas u otras enfermedades mentales.

### Diagnóstico diferencial de la Esquizofrenia

Con el fin de diferenciar otras enfermedades se deberán valorar las enfermedades no psiquiátricas que pueden cursar con sintomatología psicótica y las psiquiátricas que pueden confundirse con esquizofrenia.

- **Enfermedades no psiquiátricas que cursan con síntomas psicóticos:** Accidentes Cerebrovasculares, Epilepsia del lóbulo temporal, Desordenes metabólicos como Porfiria, Enfermedades autoinmunes como Lupus eritematoso sistémico, intoxicaciones como envenenamiento con Plomo, organofosforados y sustancias volátiles incorporadas en pinturas, abuso de estimulantes como anfetaminas, cocaína, alucinógenos como LSD, Fenciclidina, anticolinérgicos, suspensión brusca de alcohol o barbitúricos en personas adictas.
- **Enfermedades Psiquiátricas:** Algunas patologías como la depresión mayor, los desordenes de la personalidad, el trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo, en sus inicios pueden presentar cuadros similares a los de la esquizofrenia.

### Tratamiento

La esquizofrenia es un trastorno complejo que requiere más de una medida terapéutica. El tratamiento debe dirigirse a lograr un control de los síntomas, proteger al paciente, evitar las recaídas, facilitar la recuperación del paciente y reintegrarlo a su medio familiar y social. En este sentido será muy útil la unión de diferentes acciones como:

- Tratamiento psicoterapéutico.
- Acompañamiento terapéutico.
- Terapia familiar.
- Apoyo de grupos como asociaciones de familiares.
- Terapia Ocupacional.
- Musicoterapia.

### Los objetivos del tratamiento serán:

- Evitar o retardar el progreso de la Enfermedad.
- Disminuir el número de brotes, su duración y gravedad.
- Conservar las capacidades cognitivas en la medida de lo posible.
- Disminuir los síntomas del estado depresivo asociado a la enfermedad.
- Favorecer la reintegración del paciente a nivel social.

f. Formar a los familiares en la comprensión y contención de la enfermedad.

g. Asegurar el cumplimiento del tratamiento.

### **Medicación antipsicótica**

El tratamiento farmacológico es básico y esencial para el tratamiento de la Esquizofrenia. Los fármacos que se emplean actualmente para tratar la esquizofrenia están descritos ampliamente en el n° publicado en The Pharmaceutical Letter 2004 así que nos ceñiremos a recordar que existen dos grupos que son los antipsicóticos convencionales y los antipsicóticos atípicos. En algunos estudios se ha intentado utilizar litio como tratamiento alternativo a los antipsicóticos sin éxito, sin embargo existen indicios de que el uso complementario de litio mejora la efectividad de la medicación antipsicótica aunque hacen falta más estudios que permitan evaluar esta afirmación.

### **Duración del tratamiento Antipsicótico**

El tratamiento farmacológico es muy efectivo sobre los síntomas positivos y parcial sobre los síntomas negativos y es eficaz también en la prevención de recaídas, así que deberá mantenerse mientras duren los síntomas positivos y negativos y mantenerse preventivamente entre uno y dos años después del primer episodio. Después de un segundo episodio se recomienda seguir el tratamiento por lo menos durante 5 años. No obstante, el periodo apropiado, en cada caso, será evaluado por el médico valorando las ventajas e inconvenientes de la medicación sobre cada paciente en concreto siendo de gran utilidad contar con un correcto seguimiento farmacoterapéutico.

### **Atención Farmacéutica en Esquizofrenia**

El farmacéutico juega un rol fundamental en el tratamiento del paciente esquizofrénico tanto a nivel de educador como de proveedor de información. Además, entre otros objetivos de la atención farmacéutica en pacientes esquizofrénicos, debe incluirse el de aumentar la eficiencia y seguridad de la terapia farmacológica con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

La proximidad del farmacéutico al paciente y sus familiares puede facilitar el diálogo sin prejuicios sobre los síntomas y manifestaciones de esta enfermedad mental. La actuación farmacéutica en el control del tratamiento antipsicótico de la esquizofrenia respecto a la seguridad y efectividad de ésta deberá poner especial atención en:

#### *Seguridad:*

- Efectos adversos extrapiramidales (especialmente en los antipsicóticos típicos) :

- Parkinsonismo : rigidez , bradicinesia, temblor. Alta incidencia. Aparece a los 5-30 días del comienzo del tratamiento.
- Disonía aguda: espasmos musculares en lengua, cara cuello
- Acatisia : agitación motora sin sintomatología psíquica (alta incidencia y aparición gradual: de 5 días a 3 meses)

- Control del aumento de peso (en los antipsicóticos atípicos) con posibilidad de desarrollo de diabetes.

- Discinesia tardía : movimientos faciales de mascado y chupado . De aparición lenta y acumulativa a lo largo del tiempo, sobre todo en ancianos.

- Síndrome neuroléptico maligno : muy raro pero grave. Hipertermia (38,5°C a 40°C) , confusión mental , hipertensión muscular grave (aumenta la CPK plasmática)

#### *Efectividad:*

-Asegurar el cumplimiento del tratamiento en base al conocimiento y mentalización en la importancia del uso correcto. Este es el mayor problema del tratamiento de la esquizofrenia pues hay una ausencia de conciencia de la enfermedad. El 25% abandona por completo en la primera semana, la mitad del total durante el primer año y el 75% lo deja al cabo de dos años de haber iniciado su medicación.

-Evitar recaídas por abandono : se multiplica por 5 el riesgo de reingreso hospitalario.

- Asegurar la correcta administración de la medicación. Ayudar a organizar la medicación si se considera necesario en forma de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).

- Controlar la aparición de posibles problemas relacionados con la medicación.

- Mantener, en lo posible, una comunicación con el médico informando sobre cumplimiento y eficacia (efectos no deseados u otros problemas relacionados con la medicación) del tratamiento.

- Reducir el n° de hospitalizaciones y visitas al médico por problemas relacionados por la medicación.

El farmacéutico puede involucrar al paciente y su familia en la terapéutica llevando a cabo un proceso educativo adaptado al nivel de comprensión de éstos. A continuación se detallan algunas de las acciones educativas a realizar por el farmacéutico:

1. Asegurarse de que el paciente y su familia comprenden adecuadamente el régimen de tratamiento medicamentoso (nombre, descripción, posología, almacenamiento adecuado, etc.).
2. Evitar las recaídas mediante valoraciones periódicas de la eficacia del tratamiento y su cumplimiento con el paciente y la familia.
3. Ayudar al pacientes a mantenerse ambulatorio haciendo que el paciente valore la mejora de su sintomatología y mejorando así, su reintegración social.
4. Colaborar con el paciente y sus familiares facilitando apoyos externos como asociaciones de familiares e informando sobre programas de ayuda comunitarios.

## Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª Edición (DSM-IV) Ed. Española. 1995, 279-322.
- Freedman R. Schizophrenia. N Engl J Med 2003;349:1738-49.
- Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia, 1998.
- Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J "Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature" Canadian Journal of Psychiatry 2002; 47: 833-843
- "Practical Guide for schizophrenia management", The Canadian Psychiatric Association, 2000.
- Silva H, "Esquizofrenia", en Psiquiatría Clínica, Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000
- Leucht S, McGrath J, Kissling W. Litio para el tratamiento de la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Alamo C, López F, Cuenca E. Fármacos antipsicóticos. En: Avances en Farmacología y Farmacoterapia. Módulo II ( Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos , eds ) Madrid, 2003 : 101-153
- Consenso sobre Atención Farmaceutica . Madrid : Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y consumo ; 2001
- Vélez J, Mearin I. Atención Farmaceutica y comunicación para pacientes con patologías psiquiátricas. ( Agüera O , ed)



DICAF, S.L.

### Comité De Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

Miguel Aguiló (FCC) · Glòria Alba (FCH) · Joan Altimiras (FCH) · Manel Ballester (Cardiólogo) · Josep Barrio (Infectólogo) · Salvador Benito (Intensivista) · Xavier Bonafont (FCH) · Joaquim Bonal (FCH) · Patricia Bravo (FCH) · Neus Caelles (FCC) · Daniel Cardonal (FCH) · Federico Castillo (FCH) · Isabel Castro (FCH) · Anna Clopés (FCH) · Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad Salamanca) · Jose Angel Expósito (FCH) · Rosa Farré (FCH) · M<sup>a</sup> José Faus (Prof. Titular Universidad Granada) · Benet Fité (FCC) · Jordi Foncuberta (Hematólogo) · Miquel Franco (Internista) · Pilar Gascón (FCC) · M<sup>a</sup> Rosa Güell (Neumólogo) · Gemma Guinovart · Eduard Idalgo (FCH) · Cristina de Irala Indart (FCH) · Francesc Jané (Farmatólogo Clínico) · Rosa Jordana (FCC) · Fernando Fernandez-Llimos (FCC) · Milagros Garcia (FCH) · M<sup>a</sup> Antonia Mangues (FCH) · Francisco Martínez (FCC) · Lluís Mendarte (FCH) · Josep Moner (FCH) · Rita Moreira (FCH) · M<sup>a</sup> Estela Moreno Martínez (FCH) · Margarita Ramoneda (FCC) · Gemma Rodríguez Trigo (Neumóloga) · M<sup>a</sup> Luisa Sala (FCH) · Joaquim Sanchis (Neumólogo) · Amparo Santamaría (Hematóloga) · Angel Sanz Granda (Consultor Farmacoeconomía) · Pablo Torredella (Medicina y Cirugía) · Laura Tuneu (FCH) · Guillermo Vazquez (Internista e Intensivista) (FCH) Farmatólogo Clínico Hospitalario. (FCC) Farmacéutico Clínico Comunitario.

## Información y suscripciones:

DICAF, S.L. - C/ Muntaner, 560, pral. 1ª - 08022 BARCELONA  
Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 - E-mail: [dicaf@dicaf.es](mailto:dicaf@dicaf.es) - WEB: <http://www.dicaf.es>

Edita:	The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L.
	c/Muntaner, 560 pral.1ª - 08022 BARCELONA
ISSN:	1575-3611 - N.I.F.: B-61640439
Imprime:	Gráficas Gispert, S.A.- Depósito legal: GI-557/1999