



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad Zaragoza**

# **Guías clínicas y perfil clínico-asistencial de pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar que son ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos**

*Schizophrenic and Bipolar patients admitted to Acute Psychiatric Unit:  
International Guidelines and clinical –care profile*

Autora: **Tania Villagrasa Villagrasa**

Director: **Dr. Ricardo C. Campos Ródenas**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**GRADO EN MEDICINA**

**Curso 2015-2016**

*Trabajo de Revisión e investigación bibliográfica*

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Portada.....	1
2. Índice.....	2
3. Resumen y palabras clave .....	3
4. Cuestiones principales de este proyecto .....	4
5. Justificación .....	5
6. Objetivos.....	5
7. Introducción .....	6
7.1. Esquizofrenia.....	7
7.1.1.Discapacidad, salud y coste sanitario.....	7
7.2. Trastorno bipolar .....	8
7.2.1.Salud y coste sanitario .....	9
7.3. Guía de práctica clínica .....	9
8. Contextualización: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.....	10
8.1. Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría.....	10
9. Material y métodos: .....	11
9.1. Planteamiento.....	11
9.2. Revisión bibliográfica.....	11
9.2.1.Pubmed/MedLine.....	12
9.2.2.Google académico.....	13
9.2.3.Otras fuentes de información.....	13
9.2.3.1. Guías clínicas.....	13
9.2.3.2. Páginas Web.....	13
9.2.3.3. Libros y manuales.....	14
9.3. Metodología de la elaboración del perfil clínico-asistencial .....	14
10. Resultados .....	14
10.1. Análisis bibliográfico.....	14
10.1.1. Fuentes de información .....	14
10.1.2. Año de publicación .....	14
10.1.3. Revistas y otros medios divulgativos .....	15
10.1.4. Países .....	15
10.1.5. Temática .....	16
10.2. Perfil clínico asistencial.....	17
11. Discusión.....	27
12. Recomendaciones futuras .....	29
13. Conclusiones .....	30
14. Bibliografía.....	32
15. Anexos: .....	36
15.1. Bibliografía comentada: Artículos 5 estrellas.....	36
15.2. Principales evidencias obtenidas de la revisión bibliográfica.....	37

***“Para ocuparse de los “locos” se ha necesitado siempre una ciencia que pudiese penetrar donde las ciencias naturales no podían: el universo de la mente humana”. (F. Alexander en Historia de la Psiquiatría, 1970)***



### 3. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar, máximos representantes de los trastornos mentales graves, constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia y comorbilidad como por la discapacidad que producen. Dada la diversidad y el auge de publicaciones en la materia, se elabora el presente trabajo, contextualizado en la Unidad de Hospitalización de Adultos (HCU).

**Revisión bibliográfica:** La mayoría de los artículos seleccionados durante la revisión bibliográfica sistematizada se obtienen a partir de PubMed (86.8%), destacando como revista la *Journal of Clinical Psychiatry* (7.55% publicaciones). Estados Unidos (24,53%) y Reino Unido (17,92%) son los máximos exponentes, destacando temáticamente entre las publicaciones la gran variabilidad en las recomendaciones farmacológicas (42.5%) y los beneficios y limitaciones de la aplicación de las guías en la práctica profesional (16%).

A pesar del considerable desarrollo y evolución de las guías, su impacto en la práctica clínica es muy limitado, ya sea por la falta de formación, las diferencias económicas transfronterizas o la gran variabilidad entre sus recomendaciones fármaco-psicoterápicas.

**Perfil clínico- asistencial:** De los 393 pacientes atendidos en 2014, 106 padecían dichas patologías (26.97%), cuyo perfil clínico asistencial se caracteriza por un predominio de varones (58.5%) españoles (93.4%) de mediana edad (45-60 años; 33.96%), solteros (62.26%) no activos laboralmente (95.28%). El consumo de tóxicos (28.05%) y el abandono terapéutico (49.06%) consolidan las principales justificaciones de empeoramiento clínico y reingreso (71.7%), hecho que indica la prescripción de tratamiento intramuscular hasta en el 46.23% de los pacientes. Las comorbilidades cardiovasculares (15.05%) y endocrino-metabólicas (22.58%) son las más frecuentes obligando a estos pacientes a una vigilancia ambulatoria periódica (64.15%).

Todo ello señala la necesidad de investigaciones futuras y programas de mejora de calidad para así corroborar que la actuación clínico-asistencial del hospital se atiene a las principales recomendaciones de las guías de práctica clínica.

En conclusión, estos trastornos conllevan una elevada complejidad que es indicativa de la necesidad de un tratamiento biopsicosocial personalizado. Un enfoque equivocado potenciaría reingresos y en última instancia, generaría un mayor coste sanitario y consumo de recursos.

**Palabras clave:** Esquizofrenia y Guías Clínicas / Trastorno Bipolar y Guías Clínicas / perfil clínico asistencial / revisión sistematizada

### 3. ABSTRACT AND KEY WORDS

Schizophrenia and bipolar disorder, as the main representatives of severe mental disorders, carry a serious economic and social burden, due to their frequency and comorbidity and also for the disability they produce. Due to the diversity and emergence of publications related to this subject, this report has been developed within our Acute Psychiatric Unit (HCU).

**Literature:** The vast majority of the selected publications during the systematized bibliographic review was obtained from PubMed (86,8%), highlighting the *Journal of Clinical Psychiatry* (7,55% publications). The United States (24,53%) and the United Kingdom (17,92%) are the most representative publisher countries. The main topics among the publications are the variability in the pharmacological recommendations (42,5%) and the benefits and limitations of the implementation of the guidelines to the professional practice (16%).

Despite considerable development and evolution of the guidelines, its impact in clinical practice is very limited, either for the lack of formation, the economic cross-border differences or the great variability among its (pharmaco) drug-psychotherapy recommendations.

**Case- mix profile:** From the 393 patients attended in 2014, 106 suffered the mentioned pathologies (26,97%), whose clinical assistance profile is characterized by a predominance of males (58,5%), Spanish (93,4%), middle-aged (45-60 years old, 33,96%), single (62,26%), not working (95,28%). The substance abuse (28,05%) and the poor adherence of treatment recommended (49,06%) account for clinical worsening and hospital readmission (71,7%). For 46.23% of patients, long acting intramuscular treatments were prescribed.

Cardiovascular comorbidities (15,05%) and endocrine-metabolic (22,58%) are the most frequent. It implies the need for a monitored and regular outpatient therapy.(64.15%).

Therefore, it is recommended future research and quality improvement programs in order to assure that our clinical care follows the main recommendations of the clinical practice guidelines.

In summary, these disorders involve a high complexity that shows the need of a personalized biopsychosocial treatment. A wrong approach would boost the hospital readmissions and, ultimately, would generate a higher health care cost and consumption of resources.

**Key words:** Schizophrenia and Clinical Guidelines / Bipolar Disorder and Clinical Guidelines / Clinical-care profile / systematized literature.

#### **4. CUESTIONES PRINCIPALES DE ESTE PROYECTO**

- **¿Existe variabilidad al consultar una guía de práctica clínica u otra? ¿Todas las guías clínicas incluyen las mismas recomendaciones?**
- **¿Son utilizadas por los médicos? ¿Cuáles son sus problemas de implantación? ¿Para qué perfil de pacientes están diseñadas?**
- **¿Cuál es el perfil clínico asistencial de los pacientes atendidos en Hospital Clínico Universitario? ¿Permite realizar comparaciones con otros perfiles procedentes de otros hospitales, ciudades y países?**

#### **5. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo nace de la propuesta del Dr. Ricardo Campos, jefe de sección del servicio de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU) de Zaragoza para la revisión e investigación académica de un trabajo de fin de grado de 6º curso de medicina.

Surge de una hipótesis inicial, con la que se plantea si existen diferencias al seleccionar la guía de práctica clínica de consulta y en última instancia, si las recomendaciones internacionales recogidas en las mismas son fielmente aplicadas durante el ejercicio de los profesionales. Se trata de una suposición de gran interés para el servicio y la sociedad de psiquiatras en general porque de cierta forma plantea si las guías de práctica clínica en las que invierte, proporciona y elabora el Ministerio de Sanidad español son eficaces y coste-efectivas.

#### **6. OBJETIVO**

El objetivo principal de este trabajo se centra en la elaboración de un perfil clínico asistencial que revele las principales características de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar atendidos en el servicio, posibilitando la implantación de un manejo diagnóstico y terapéutico personalizado. Todo ello pretende ayudar a delimitar comorbilidades psiquiátricas, enfermedades médicas concomitantes o efectos secundarios de tratamientos que suelen ser obviados. Todo ello tiene el objetivo de lograr una mayor eficacia del mismo, una notable disminución de errores médicos ocasionados por la incertidumbre, una menor tasa de recaídas e ingresos y una mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Paralelamente, se revisa la evidencia científica disponible de las principales recomendaciones internacionales que ofrecen las guías de práctica clínica para dichas patologías y se intentará responder a las hipótesis planteadas, relacionadas con el grado de aplicación de las guías, sus limitaciones de implantación y la progresiva sensibilización del colectivo médico al incorporarlas en la práctica hospitalaria.

## 7. INTRODUCCIÓN

Entorno a un 9-15% de la sociedad española sufrirá un trastorno mental grave, cifra que continuará *in crescendo* en el futuro y que hay que considerar, por el marcado impacto emocional, social y económico que conllevará.

El *Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH)* en 1987 lo definió como **“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada con un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”**.<sup>109</sup>

Engloba todos aquellos diagnósticos psiquiátricos que persisten en el tiempo y que suponen graves dificultades diarias a nivel personal y social, reduciendo la calidad de vida y la salud del paciente psiquiátrico.<sup>109</sup>

La definición de TMG se establece en función del diagnóstico clínico, la duración del trastorno (al menos 2 años de cronicidad o un marcado deterioro funcional en los últimos seis meses) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral que la enfermedad provoca en el paciente.<sup>109</sup>

Los diagnósticos incluidos son mayoritariamente “psicóticos”. Concretamente, el mayor porcentaje de enfermos presentan esquizofrenia y trastorno bipolar, patologías que constituyen el eje de nuestro trabajo. Todos ellos no solo engloban síntomas positivos o negativos, sino también un comportamiento, afectividad y esquema social distorsionado. Produce limitaciones funcionales de forma intermitente en la vida laboral del paciente, en su manejo económico, en sus relaciones personales, y en sus actividades básicas de la vida cotidiana.<sup>109</sup>

Diagnósticos incluidos en la definición (CIE-10):

- **Trastornos esquizofrénicos (F20.x)**
- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastornos delirantes persistentes (F22)
- Trastornos delirantes inducidos (F24)
- Trastornos esquizoafectivos (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
- **Trastorno bipolar (F31.x)**
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Se puede concluir que no todos diagnósticos de psicosis encajan en el grupo de Trastorno mental grave y que no todas las personas con Trastorno mental grave padecen la misma enfermedad. Tal y como se ha señalado, se necesita además del diagnóstico, la persistencia del trastorno en el tiempo y que existan grandes dificultades funcionales en todos ámbitos vitales.

## 7.1 ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una patología psiquiátrica de curso crónico que afecta al pensamiento, las emociones y al comportamiento. Puede llegar a producir una gran discapacidad y estrés tanto en los pacientes como en sus familias.

Es una enfermedad multicausal que afecta a 1 de cada 100 personas. Hay más riesgo de padecerla si existen antecedentes familiares. Son factores predisponentes los problemas obstétricos, infecciones virales o enfermedades neonatales, que unidos a factores estresantes como el consumo de tóxicos o problemas psicosociales desencadenan la enfermedad.

Se distinguen tres fases: la prodrómica, los meses previos al debut en los que se perciben pequeños cambios de personalidad y comportamiento; la psicótica, en la que se produce una pérdida de contacto con la realidad, predominando los delirios, las alucinaciones y una conducta desorganizada. Finalmente, la fase residual destaca por las alteraciones afectivas, el retraimiento social y la conducta extaña que presenta el paciente.

A lo largo de las fases citadas, el trastorno se manifiesta con una gran riqueza clínica, clasificada en dos grupos de síntomas: los positivos y los negativos. Entre los primeros destacan las ideas delirantes, los trastornos del pensamiento y las alucinaciones.

Por el contrario, los síntomas negativos se caracterizan por la aparición de un aplanamiento afectivo, alogia, abulia, déficit de atención con dificultad para concentrarse, descuido de la imagen y retraimiento social.

Existen cinco tipos de esquizofrenia. La forma más frecuente y la que mejor pronóstico asocia es la esquizofrenia paranoide, caracterizada por la abundancia de ideas delirantes en sus pacientes. La catatónica es una forma muy rara que presenta síntomas negativos, alteraciones motrices e inhibición. En la desorganizada, el paciente muestra una serie de conductas caóticas, con una afectividad plana y dificultad de interacción con el entorno. La indiferenciada recoge síntomas de los diferentes tipos de esquizofrenia que se encuentran de forma mezclada sin que ninguna predomine. Cualquiera de los otros cuatro subtipos de esquizofrenia puede derivar a una esquizofrenia residual con el paso del tiempo, caracterizada por la profunda desmotivación y deterioro emocional e intelectual del paciente.<sup>113</sup>

### 7.1.1 Discapacidad, salud y coste sanitario:

Los trastornos psicóticos afectan a un 1,2% de la población europea de entre 18 y 65 años, con una prevalencia anual de 3,7 millones de personas.<sup>7</sup>

La enfermedad condiciona gravemente la adaptación sociolaboral. Se consideran las enfermedades más costosas para la sociedad y son las más incapacitantes, puesto que es la octava causa de años de vida “perdidos” por discapacidad. El pronóstico es diferente según el inicio, si este es agudo o insidioso. Se sabe que existe un pico de prevalencia alrededor de los 18 años, dato que los psiquiatras siempre tienen muy en cuenta para un diagnóstico precoz y terapia inmediata.<sup>7</sup>

En ocasiones, la discapacidad del joven ya aparece durante la fase prodrómica, dirigiendo la situación personal del enfermo hacia una inhabilitación a largo plazo y al sufrimiento de una fuerte estigmatización. El hecho de que aparezcan estas complicaciones de forma precoz supone un descenso de la remisión de la patología.<sup>7</sup>

Además, llega a modificar la esperanza de vida de los pacientes y aumenta su mortalidad, al incrementarse las tasas de suicidios consumados, enfermedades médicas concomitantes o derivadas de los tratamientos, el consumo de tóxicos, la ausencia de cuidados o la escasa adherencia al tratamiento por la falta de conciencia de enfermedad.

## **7.2 TRASTORNO BIPOLAR**

El trastorno bipolar es una de las enfermedades psiquiátricas más graves, frecuentes y persistentes. Los pacientes presentan cambios de humor en los que pueden predominar depresiones, manías o episodios mixtos.<sup>111</sup>

Según la intensidad del episodio maniaco, se clasifican en Trastorno Bipolar I y II: El Trastorno Bipolar I ha sufrido al menos una fase maníaca que ha durado más de una semana y la mayoría tendrá también periodos de depresión. Por otro lado, se denomina Trastorno Bipolar II si se tiene más de una fase depresiva grave pero las fases maníacas son moderadas (hipomaníacas). La ciclación rápida consiste en padecer más de cuatro fases en un año y la ciclotimia se da cuando los cambios del estado de ánimo no son tan intensos pero pueden durar más y llegar a convertirse en trastorno bipolar.

Existen factores biológicos, psicológicos y sociales que desencadenan la aparición del trastorno e influyen en su evolución. Es el trastorno psiquiátrico con mayor agregación familiar, de hecho, es un factor de riesgo el tener familiares de primer grado con enfermedad psiquiátrica grave.

Entre los factores sociales y ambientales, el estrés destaca como factor predisponente en el primer episodio, sin llegar a ser necesario en los siguientes. Así mismo un factor de riesgo sería un diagnóstico de distimia, ciclotimia u otros trastornos neurobiológicos. Actualmente, se ha descrito una relación entre la ciclación rápida y el hipotiroidismo y otras alteraciones hormonales.

Un factor que complica el diagnóstico de trastorno bipolar es que la enfermedad a menudo comienza con episodios de depresión; También hay que tener en cuenta los síntomas hipomaníacos que aparecen bajo tratamiento antidepresivo o psicoestimulante. Estos últimos se consideran factores previsibles que orientan hacia un trastorno bipolar, junto con antecedentes familiares, depresión melancólica o episodios psicóticos graves en la infancia o la adolescencia, características atípicas de los episodios o un inicio o retroceso rápido de los mismos.<sup>64</sup>

El diagnóstico del trastorno bipolar se ve agravado por la coexistencia de otros trastornos, como son los de etiología neurótica, de la personalidad o de consumo perjudicial de sustancias. Cualquier patología coexistente se debe de tener en cuenta la hora de decidir el tratamiento.<sup>64</sup>

### **4.7.1 Salud y coste sanitario**

El trastorno bipolar es una enfermedad psiquiátrica grave con una prevalencia del 3´5% de la población, siendo igual para ambos sexos y grupos étnicos. Está caracterizada por recidivas frecuentes y una considerable comorbilidad psiquiátrica y somática. La conducta suicida es frecuente, y la enfermedad tiene consecuencias importantes tanto para el individuo como para la gestión sanitaria.<sup>64,93</sup>

Los pacientes con trastorno bipolar presentan una mayor morbilidad y mortalidad, especialmente por el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y síndrome metabólico, sin olvidar los cuadros migrañosos y los trastornos músculoesqueléticos.<sup>64</sup>

El tener una renta baja se asocia con un mayor deterioro funcional y una menor calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar, pudiendo ser un indicador predictor de recaída y contribuyente de una menor calidad de vida y funcionamiento personal.<sup>87</sup>

## **7.3 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Una guía de práctica clínica (GPC) es un instrumento científico, formado por un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, basadas en la mejor evidencia disponible, con el objetivo de ayudar a clínicos y pacientes a tomar decisiones. Tiene como finalidad el disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Cada recomendación se realiza en base a la calidad científica de los estudios y publicaciones, la experiencia de los profesionales y las preferencias de los usuarios.<sup>112</sup>

Durante siglos, la práctica médica se ha fundamentado en la experiencia clínica y el juicio personal, pero en las últimas décadas, la velocidad con la que avanza la ciencia y la tecnología han modificado el abordaje clínico. Los profesionales sanitarios se enfrentan a un elevado número de dificultades y decisiones clínicas simultáneamente, con poco tiempo para su reflexión y bajo presión en el proceso asistencial. Es fácil que ante un mismo problema asistencial, varios profesionales actúen de forma diferente, ya sea por desconocer las actualizaciones terapéuticas, opinar de forma distinta o por la falta de recursos y servicios del hospital, hechos que obligan a llevar alternativamente otro rumbo asistencial.

De tal cúmulo de necesidades y avances ha surgido la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y los nuevos enfoques en gestión de la información científica. El nacimiento de esta potente herramienta asistencial está más que justificada: emana para ayudar al profesional en la toma de decisiones teniendo en cuenta que estas guías clínicas no son sustitutas del saber científico y de la formación continuada de los profesionales, sino que forman parte del mismo proceso.

Su elaboración supone la inversión de esfuerzo y recursos que a veces no son adecuadamente aprovechados, por no ser accesibles, no ser suficientemente aplicadas o por no suponer una mejora de la calidad asistencial. A veces no dan la respuesta a las principales dudas clínicas, considerándolas solamente propuestas cuya aplicación decidirá el facultativo bajo su juicio clínico.<sup>112</sup>

Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. Por tanto, la progresiva incorporación y aceptación de las guías en la práctica individual del profesional también genera un efecto colectivo, favoreciendo la eficiencia asistencial del hospital con una optimización de los recursos.<sup>112</sup>

## **8. CONTEXTUALIZACIÓN:**

### **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA**

El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, más popularmente conocido como “El Clínico”(HCU), es uno de los hospitales públicos de referencia de la ciudad, que depende del Servicio Aragonés de Salud. Está situado en la calle San Juan Bosco 15, junto al Campus universitario.

El hospital Clínico se considera centro de atención especializada y hospital de referencia para el Sector III del Sistema Aragonés de Salud y en ciertos servicios también para Soria y La Rioja.

La ruralidad y la dispersión de la población, la tasa de envejecimiento y la alta dependencia caracterizan principalmente al sector poblacional atendido.

#### **8.1. LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

Es un *área hospitalaria que atiende las necesidades de hospitalización para la población correspondiente a su ámbito de influencia de pacientes con trastorno mental agudo en el que se persigue su estabilización*. Esta justificada definición pertenece al Artículo 18 del DECRETO del 2009 por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de salud mental en el ámbito del Sistema de Salud de Aragón.<sup>107</sup>

Estas unidades de hospitalización breve, centran su labor en la atención y la asistencia interdisciplinar, en régimen de hospitalización completa y breve (2-3 semanas) garantizando una continuidad asistencial al alta a través de unidades especializadas de salud mental y un equipo profesional interdisciplinar, formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, auxiliares y trabajadores sociales.<sup>107</sup>

Concretamente, la Unidad de Hospitalización de Adultos, en la que centramos nuestro trabajo, está ubicada en la 3º planta del hospital. Está formada por 20 camas, distribuidas entre las habitaciones 302 y 319. Está dirigida por dos facultativas especialistas de área (Dra. Concepción de la Cámara y Dra. Eva María García) y por Ricardo Campos Ródenas, jefe de sección y tutor del presente trabajo.<sup>10</sup>

## 9. MATERIAL Y MÉTODOS:

### 9.1. PLANTEAMIENTO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre las Guías Clínicas de la Esquizofrenia y el Trastorno bipolar durante el mes de Marzo principalmente, con ayuda de los buscadores PubMed y Google Académico, así como algún recurso ofrecido por páginas Web, logrando una síntesis verídica y contrastada de la mejor evidencia internacional.

Posteriormente se ha realizado un estudio descriptivo, de carácter transversal a partir del análisis de 106 informes de alta correspondientes a pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar que fueron atendidos en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría del hospital zaragozano durante el año 2014. A partir de esta investigación, se ha recogido un conjunto básico mínimo de datos que comprenden 24 variables demográficas, sociales, clínicas y terapéuticas, con las que se ha esbozado un perfil estadístico, diferencial del resto de enfermos del servicio con el objetivo de facilitar la toma de decisiones terapéuticas, adecuándolas a sus particularidades y logrando una mayor tasa de éxito en la práctica clínica diaria.



Figura 1. Esquemmatización del trabajo. Fuente: elaboración propia

### 9.2. Revisión bibliográfica

La elaboración de esta fase se ha fundamentado en la elección de las bases de datos utilizadas y la inclusión de artículos en base a unos criterios previamente establecidos.

Pubmed/Medline y Google académico han sido las herramientas elegidas para confeccionar el estudio bibliográfico. Previo a la búsqueda, la delimitación del tema y el establecimiento de sólidos criterios de selección de los artículos resultan fundamentales para obtener una óptima información.

Para el estudio, se han incorporado artículos en inglés, basados en experiencias humanas entre el año 2005 y 2016. Se han incluido *abstracts* y *free full text*, excluyéndose cualquier otro formato y las publicaciones de pago, pese a ser interesantes para el estudio por la escasez de medios de la investigadora. En relación al tipo de artículo, *review*, *guideline*, *clinical trial* y *clinical practice guideline* han sido las opciones escogidas. Las palabras clave que han facilitado la búsqueda en las principales bases de datos han sido “*Schizophrenia AND clinical guidelines*” y

“*Bipolar disorder AND clinical guidelines*”. Es cierto que se planteó incluir como palabra clave de búsqueda “*Acute psychiatric units*” pero al combinarla con las ya citadas limitaba la búsqueda y no proporcionaba resultados de utilidad. Los estudios elegidos están contextualizados en Unidades de Agudos, por lo que se excluyen los realizados en Servicios de Atención Primaria.

### 9.2.1 PubMed/MedLine

Es la base de datos que principalmente se ha utilizado. La revisión se ha dividido en dos fases y a la vez en dos subfases:

En primer lugar, para facilitar el proceso, la búsqueda se ha dividido en Esquizofrenia y guías; y Trastorno Bipolar y guías. A su vez, se ha subdividido la revisión en dos: la primera, más general y la segunda más avanzada al utilizar la opción Mesh-(*Medical Subject Heading*-). Posteriormente se han seleccionado los resultados que cumplían los criterios de inclusión anteriormente citados.



Figura 3. Esquizofrenia. Proceso de búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia

En la primera búsqueda de “*Schizophrenia AND Clinical Guidelines*” se han encontrado un total de 797 resultados, que al aplicar los filtros correspondientes se han restringido a 150. Posteriormente, al aplicar nuestros criterios de inclusión y al valorar la información se han reducido a un total de 44 estudios. Tras la insistencia y el deseo de lograr una mayor calidad de información, se decidió realizar una búsqueda avanzada más exhaustiva de la cual se extrajeron cuatro artículos que cumplían criterios de selección. Por lo tanto, en relación a la Esquizofrenia se han analizado un total de 48 estudios encontrados en PubMed.



Figura 4. Trastorno bipolar. Proceso de búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia

La búsqueda realizada en PubMed sobre guías clínicas y trastorno bipolar se ha desarrollado de la misma manera. Para comenzar, se realizó una primera búsqueda de “*Bipolar disorder AND Clinical guidelines*”, encontrando un total de 534 artículos. Al aplicar los filtros correspondientes, se han limitado a 122, que al introducir los criterios de selección para el trabajo y al valorar su contenido, se han reducido a 30 publicaciones.

Es cierto que ante la insatisfacción de la información recogida hasta el momento, se ha decidido difuminar el filtro que caracteriza al tipo de artículo pues ha posibilitado la inclusión de 13 estudios más.

Finalmente, se decide realizar una búsqueda avanzada más exhaustiva para complementar la información encontrada, de la cual se extrae un artículo adicional que cumplía criterios de selección. Por lo tanto, para el trastorno bipolar, se han analizado un total de 44 estudios encontrados en PubMed.

### **9.2.2. Google académico:**

Para completar la información obtenida, se ha utilizado de forma adicional Google Académico.

Con los mismos filtros y criterios de inclusión y las palabras clave oportunas, se han seleccionado artículos publicados entre el 2005 y el 2016, ordenados por relevancia científica y búsqueda en la Web.

En relación a la búsqueda de Esquizofrenia y Guías Clínicas, aplicando las directrices anteriormente mencionadas, se han obtenido un total de 105.000 resultados. Para Trastorno bipolar han sido 33.000 publicaciones, entendiéndose imposible la revisión y análisis exhaustivo de cada una de ellas. Descartando los artículos ya encontrados en PubMed y los no relacionados con el estudio, se han seleccionado un total de 8 sobre Esquizofrenia y Guías Clínicas y un total de 5 en relación al Trastorno Bipolar.

### **9.2. 3 Otras fuentes de información:**

En un principio, la limitada información obtenida ha propiciado la ampliación del proceso de búsqueda tanto en las bases de datos citadas como en otros recursos, posibilitando optimizar la información de calidad encontrada referente a las Guías de Práctica Clínica y a los trastornos mentales graves seleccionados e incorporados para el Trabajo de Fin de Grado.

#### *9.2.3.1 Guías clínicas:*

Asimismo, se ha incorporado información procedente de protocolos y guías, concretamente de la *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave* y de la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*, elaboradas por el Ministerio de Sanidad y de política social.<sup>109,110</sup>

#### *9.2.3.2 Páginas Web:*

Entre las consultadas destacan la referente a *Guía Salud*<sup>109,110</sup> y también la perteneciente a la *Sociedad Española de Psiquiatría*, herramientas imprescindibles gracias a la cantidad de recursos y enlaces útiles a partir de los cuales se han empezado a confeccionar los cimientos y el eje vertebral de la actual revisión. También es reseñable citar a *Fisterra* por su clara explicación sobre las *Normas Vancouver*, utilizada para referenciar las fuentes de información consultadas.

### 9.2.3.3 Libros y manuales:

Destacamos el *Manual del residente en psiquiatría*, libro muy didáctico del cual se ha extraído información para la realización de la introducción y las definiciones de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

Finalmente, no hay que olvidar el libro *Bipolar Disorder: an evidence-based guide to manic depression*, cuyo decimoctavo capítulo es considerado “información 5 estrellas” para la elaboración del trabajo.

## 9.3 Metodología de la elaboración del perfil clínico-asistencial:

Se ha realizado un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo de pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia atendidos en el Servicio de Psiquiatría del HCU durante el año 2014. Se recogen 24 variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de 106 pacientes seleccionados y se realiza un análisis estadístico con *Microsoft Excel Versión 2010*, a partir del cual se extrae un perfil clínico asistencial.

## 10. RESULTADOS

### 10.1 ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO

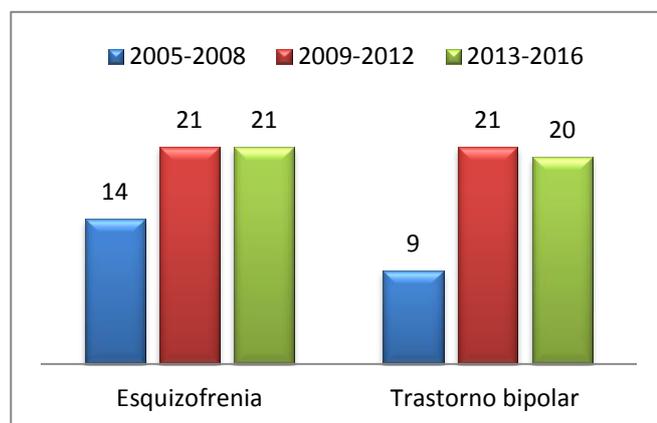
Tras el análisis exhaustivo de los artículos incluidos en el estudio, se han clasificado en relación a la fuente de información encontrada, año y revistas de publicación, temática y países en los que tuvieron lugar las investigaciones.

#### 10.1.1 Fuentes de información:

De forma global, un 87% de los artículos han sido encontrados mediante PubMed y tan solo un 13% en Google Académico. De los artículos seleccionados para la Esquizofrenia, PubMed ha sido la base de datos utilizada en un 86% y en un 88% para el Trastorno Bipolar.

#### 10.1.2 Año de publicación:

En las publicaciones incluídas, se observa que en los últimos ocho años se ha incrementado significativamente. Concretamente, este aumento se cuantifica en un 12,5% para los artículos relacionados con la Esquizofrenia y en un 24% para los relativos al Trastorno Bipolar. Se observa una tendencia de publicación mantenida en los cuatro últimos años.



Gráfica 1: Esquizofrenia y trastorno bipolar. Distribución por años de publicación. Fuente: elaboración propia

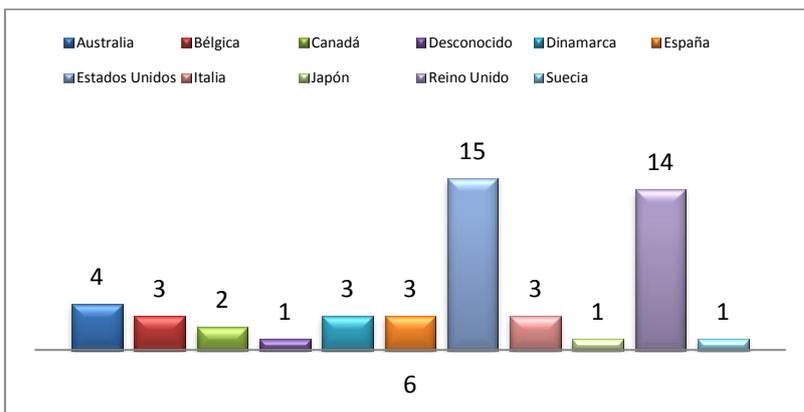
### 10.1.3 Revistas y otros medios divulgativos:

Se han contabilizado un total de 55 revistas que incluyen los artículos seleccionados. Destacan la *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *Expert Review of Neurotherapeutics Journal* y *Journal of Clinical Psychopharmacology* por incorporar cada una 3 artículos relacionados con la Esquizofrenia y dos con el Trastorno Bipolar. En el campo de la Esquizofrenia, también destaca *The British Journal of Psychiatry*, *Schizophrenia Bulletin* y *Cochrane Database of Systematic Reviews* por incluir tres publicaciones cada una de ellas.

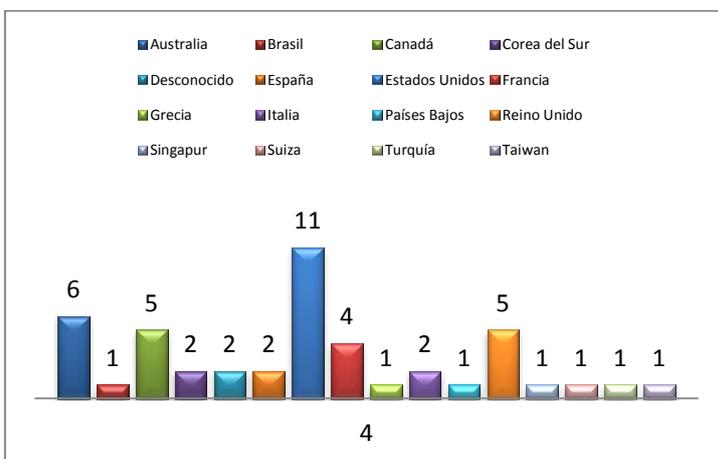
Por el otro lado, *Annals of Clinical Psychiatry* y *Journal of Affective Disorders* han incluido 3 publicaciones cada una mientras que *Bipolar Disorders Journal* han albergado 4. Finalmente, la revista que más publicaciones recoge es *Journal of Clinical Psychiatry*, con un total de 8 artículos (2 relacionados con la esquizofrenia y 6 con el trastorno bipolar).

### 10.1.4 Países:

En cuanto a los artículos seleccionados de Guías y Esquizofrenia, Estados Unidos es la primera fuerza de publicación, con un total de 15 estudios (26,79%). Seguidamente, con un 25% de publicaciones (14 artículos), Reino Unido deja muy atrás al resto de países productores.



Gráfica 2: Esquizofrenia. Distribución por países. Fuente: elaboración propia

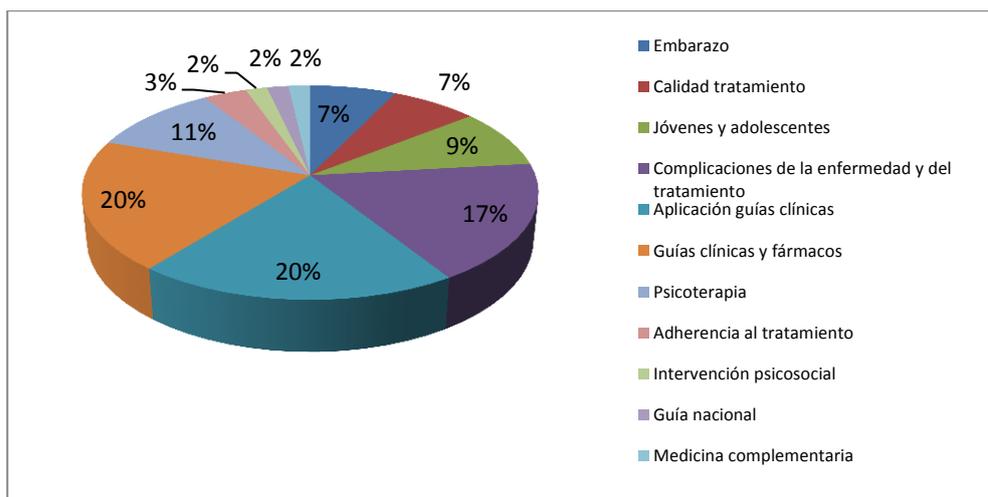


Gráfica 3: Trastorno bipolar. Distribución por países. Fuente: elaboración propia

Nuevamente, Estados Unidos despunta con 11 publicaciones sobre Trastorno Bipolar (22%), seguido de Australia (6 artículos, 12%) y la tercera posición la comparten Canadá y Reino Unido (5 artículos, 10% respectivamente).

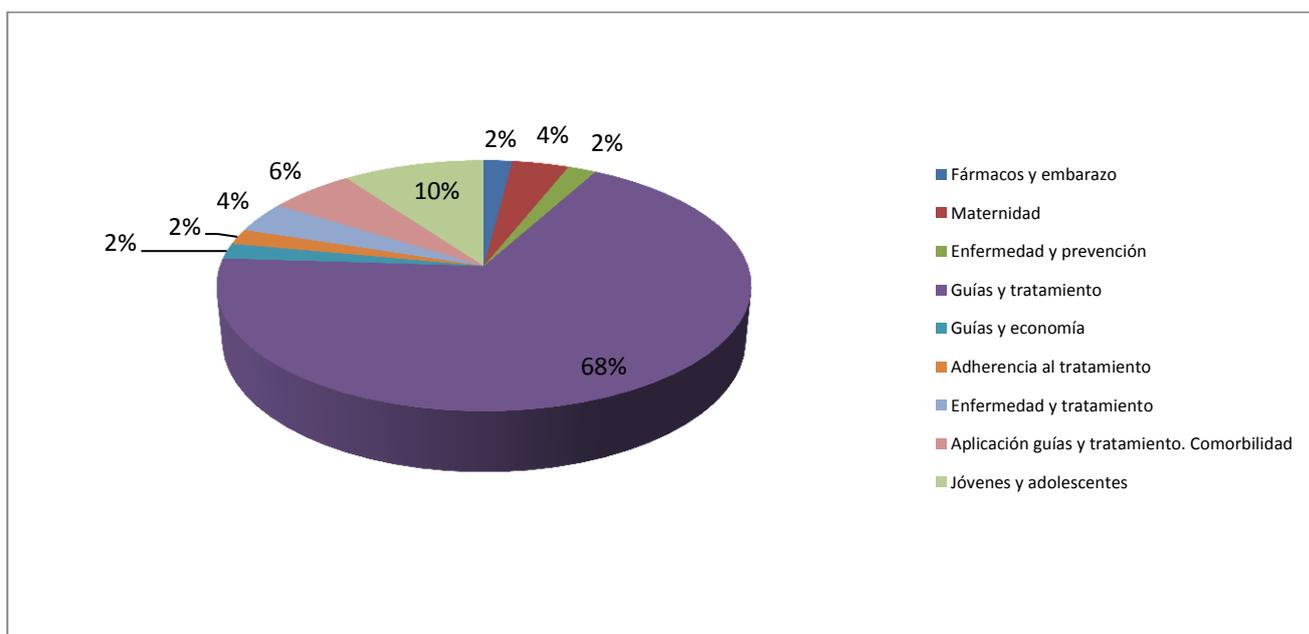
### 10.1.5 Temática:

En cuanto a publicaciones relacionadas con guías clínicas y esquizofrenia, la mayoría están basadas en el manejo farmacológico de los pacientes y en la aplicación de las guías clínicas entre los profesionales (11 artículos, 20% respectivamente), seguidas por las relacionadas con las complicaciones de la enfermedad y del tratamiento (17%).



Gráfica 4: Esquizofrenia. Distribución por temática Fuente: elaboración propia

Por otro lado, un 68% de las publicaciones incluidas tratan de las principales recomendaciones terapéuticas de las Guías de Práctica Clínica para el manejo del paciente bipolar (34 artículos), un 10% sobre aspectos preventivos y un 6% refleja asuntos sobre su aplicación.



Gráfica 5: Trastorno bipolar. Distribución por temática Fuente: elaboración propia

## 10.2 PRESENTACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO- ASISTENCIAL

Al revisar 393 informes de alta, se ha seleccionado una muestra de 106 pacientes atendidos, de los cuales 54 presentaban trastorno bipolar y 52 fueron diagnosticados de esquizofrenia.

El propósito de este estudio consiste en conocer las características clínico-asistenciales de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno bipolar atendidos durante 2014 en la Unidad de Hospitalización de Adultos del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico (HCU).

A continuación, un total de 24 variables recogidas en cada paciente de la muestra han constituido un conjunto básico mínimo de datos que ha posibilitado la confección un perfil clínico asistencial característico:

- **Factores demográficos:** 1) Edad 2) Sexo 3) País 4) Estado civil
- **Factores psicosociales:** 1) Convivencia 2) Problemas psicosociales 3) Hª Laboral
- **Ingreso:** 1) Tipo de ingreso 2) Ingresos previos (conocido en el servicio) 3) Estancia media 4) Tipo de alta 5) Destino y seguimiento al alta
- **Enfermedades psiquiátricas:** 1) Diagnóstico principal 2) Diagnósticos secundarios 3) Comorbilidades médicas 4) consumo de tóxicos
- **Tratamiento:** 1) Adherencia 2) Medicación inyectable 3) antipsicóticos 4) estabilizadores ánimo 5) benzodiazepinas 6) Antidepresivos 7) anticolinérgicos 8) TEC

A continuación se exponen 25 tablas que resumen los resultados estadísticos obtenidos:

**Tabla 1.** Distribución por meses. Fuente: elaboración propia

Meses	Total (n)	%
Enero	9	8,5
Febrero	12	11,32
Marzo	8	7,54
Abril	8	7,54
Mayo	9	8,5
Junio	7	6,6
Julio	16	15,09
Agosto	5	4,72
Septiembre	11	10,38
Octubre	7	6,6
Noviembre	8	7,55
Diciembre	6	5,66

Sin lugar a dudas, Julio fue el mes en el que mayor asistencia se prestó, cuantificándose un 15,09% de los ingresos, seguido por Febrero (11,32%) y Septiembre (10,38%).

**Tabla 2.** Distribución por sexos. Fuente: elaboración propia

Sexo	Total (n)	%
Mujer	44	41,5
Varón	62	58,5

**Tabla 3.** Distribución por edad. Fuente: elaboración propia

Edad	Total (n)	%
18-30	16	15,09
30-45	31	29,25
45-60	36	33,96
>60	23	21,7

Como se demuestra en las tablas expuestas, el 58,5% de los pacientes ingresados fueron varones, con una media de edad aproximada de 48 años.

Al clasificarlos por edades, se demuestra que los más numerosos tenían entre 45 y 60 años (33,96%). Un 29,25% de pacientes tuvo entre 30 y 45 años. El grupo minoritario lo constituyeron las edades extremas, siendo los más jóvenes (15,09%) y los más ancianos (21,7%).

**Tabla 4.** Distribución por estado civil. Fuente: elaboración propia

Estado civil	Total (n)	%
Soltero/a	66	62,26
Casado/a	22	20,75
Divorciado/a – Separado/a	10	9,43
Viudo/a	5	4,72
Desconocido	3	2,83

En cuanto al estado civil, en la muestra predominaron los solteros (62.26%) y sutilmente los casados (20.75%).

**Tabla 5.** Distribución por países. Fuente: elaboración propia

País	Total(n)	%
España	99	93,4
Marruecos	4	3,77
Méjico	1	0,94
Rumanía	1	0,94
Colombia	1	0,94

La mayoría de pacientes atendidos durante el 2014 fueron españoles. Solamente un 6.6% fueron extranjeros, concretamente de Marruecos (3.77%), Méjico (0.94%), Rumanía (0.94%) y Colombia (0.94%).

**Tabla 6.** Distribución por convivencia. Fuente: elaboración propia

Convivencia	Total (n)	%
Solo/a	21	19,81
Conyugue/pareja	11	10,38
Conyugue/pareja con hijos	6	5,66
Familia extensa	18	16,98
Hermano/a/s	7	6,6
Institución	15	14,15
Padres	19	17,92
Hijos	3	2,83
Desconocido	6	5,66

En cuanto a la convivencia, el 19,81% de los pacientes vivía solo, el 17,92% vivía con sus padres y el 14,15% estaban institucionalizados en residencias u otros centros. La categoría “*familia extensa*” estuvo constituida por el 16,98% de los pacientes, entendiéndose por ello la convivencia con padres, hermanos e hijos a la vez o cualquier otra combinación numerosa.

**Tabla 7.** Distribución por situación laboral. Fuente: elaboración propia

Situación laboral	Total(n)	%
Ama de casa	4	3,77
Activa	5	4,72
Desempleado/a	23	21,7
Estudiante	1	0,94
ILP	27	25,47
ILT	9	8,49
Jubilado	13	12,26
Desconocido	24	22,64

De la muestra seleccionada, solamente un 4,72 % de los pacientes eran activos laboralmente, frente a un 25,47% que gozaba de Incapacidad Laboral Permanente (ILT) y un 12,26% eran jubilados.

**Tabla 8.** Distribución por número de problemas. Fuente: elaboración propia

<b>Problemas</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Más de tres</b>	11	10,38
<b>Tres</b>	9	8,5
<b>Dos</b>	21	19,81
<b>Uno</b>	27	25,47
<b>Ninguno</b>	38	35,85

El 64.15% de los pacientes estudiados manifestaban problemáticas de gravedad. Concretamente, un 25.47% afirmaba tener un tipo de problema, un 19.81% dos tipos, un 8.5% tres tipos y hasta un 10.38% declaraba tener más de tres.

**Tabla 9.** Distribución por tipo de problemática. Fuente: elaboración propia

<b>Problemática</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Relacional<sup>1</sup></b>	38	27.34
<b>Psicosocial</b>	30	21.58
<b>Drogas</b>	39	28.05
<b>Otros<sup>2</sup></b>	32	23.02

1. Relacional: de pareja, familiar
2. Otros: legal, económico, vivienda

Entre ellos, destacaban el consumo de drogas (28.05%) y los problemas relacionales (en un 27.34 %; incluyéndose la esfera sentimental y/o familiar). Un 21.58% afirmaba tener problemas sociales y un 23.02% de los pacientes expresó tener dificultades de otra índole, incluyéndose problemas legales, de vivienda o económicos.

**Tabla 10.** Distribución global por diagnóstico principal. Fuente: elaboración propia

<b>Diagnóstico principal</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Trastorno bipolar</b>		
Episodio mixto	11	10,37
Episodio maniaco	19	17,92
Episodio hipomaniaco	2	1,88
Episodio depresivo	4	3,77
Episodio no especificado	18	16,98
<b>Esquizofrenia</b>		
Paranoide	36	33,96
Indiferenciada	5	4,72
Pseudoneurótica	1	0,94
Residual	3	2,84
Esquizofrenia simple	3	2,84
<b>Otros</b>	4	3,77

**Tabla 11.** Distribución por diagnósticos principales. Fuente: elaboración propia

<b>Diagnósticos primarios</b>	<b>Total(n)</b>	<b>%</b>
<b>Bipolares</b>	54	50,94
<b>Esquizofrenicos</b>	48	45,28
<b>Otros</b>	4	3,77

De los pacientes analizados, un 50,94% estaban diagnosticados de trastorno bipolar y un 49,05% de esquizofrenia. Entre los restantes (3,77%), los trastornos adaptativos predominaban como diagnóstico principal.

**Tabla 12.** Trastorno bipolar. Distribución por episodios. Fuente: elaboración propia

<b>Trastorno bipolar</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Mixto</b>	11	20,37
<b>Maniaco</b>	19	35,18
<b>Hipomaniaco</b>	2	3,7
<b>Depresivo</b>	4	7,41
<b>No especificado</b>	18	33,33

Un 20,37% de los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar presentaban episodios mixtos, un 19% maniacos, un 3,7% hipomaniacos y un 7,41% depresivos. No obstante, en muchos informes clínicos no venía especificado como tal el tipo de episodio (33,33%).

**Tabla 13.** Esquizofrenia. Distribución por tipos. Fuente: elaboración propia

<b>Esquizofrenia</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Paranoide</b>	36	75
<b>Indiferenciada</b>	5	10,42
<b>Simple</b>	3	6,25
<b>Residual</b>	3	6,25
<b>Pseudoneurótica</b>	1	2,08
<b>Total</b>	48	100

Por otro lado, del conjunto de pacientes esquizofrénicos estudiados, un 75% presentaba esquizofrenia paranoide. Las formas indiferenciada (10,42%), simple (6,25%), residual (6,25%) y pseudoneurótica (0,94%) fueron las formas más minoritarias en la muestra.

**Tabla 14.** Otros diagnósticos. Fuente: elaboración propia

<b>Otros diagnósticos</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Trastorno adaptativo</b>	2	50
<b>Episodio depresivo</b>	2	50

En los informes de alta de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar también se han evidenciado como diagnósticos principales del ingreso los trastornos afectivos (3.77%), destacando por igual los trastornos adaptativos (50%) y depresivos (50%).

**Tabla 15.** Distribución por número de diagnósticos secundarios. Fuente: elaboración propia

<b>Nº diagnósticos secundarios</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>No refieren</b>	59	55,6
<b>Uno</b>	43	40,57
<b>Dos</b>	4	3,77

**Tabla 16.** Distribución por tipo de diagnóstico secundario. Fuente: elaboración propia

<b>Diagnósticos secundarios:</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Consumo sustancias</b>	23	41,07
<b>Trastorno neurocognitivo</b>	10	17,86
<b>Trastorno de personalidad</b>	7	12,5
<b>Trastorno generalizado del desarrollo</b>	5	8,93
<b>Trastorno adaptativo</b>	7	12,5
<b>Trastorno bipolar</b>	1	1,79
<b>Esquizofrenia</b>	3	5,36

Aproximadamente en un 44.34% de la muestra los informes incluían diagnósticos secundarios. Concretamente un 40.57% presentaba un diagnóstico adicional y tan solo en un 3.77% se incluían dos. Entre ellos, los más destacables fueron el consumo perjudicial de sustancias (41.07%), trastornos neurocognitivos (17.86%) y trastornos adaptativos y de la personalidad en un 12,5% respectivamente. Un 8.93% presentaban trastornos generalizados del desarrollo y tan solo un 7.15% consideraban como diagnósticos secundarios del ingreso los diagnósticos de Esquizofrenia (5.36%) y Trastorno Bipolar (1.79%).

**Tabla 17.** Comorbilidad física. Fuente: elaboración propia

<b>Comorbilidad</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Registrada</b>	70	66,04
<b>No registrada/ no es de interés</b>	36	33,96

**Tabla 18.** Clasificación comorbilidad física. Fuente: elaboración propia

<b>Comorbilidades</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Infecciosas</b>	13	6,99
<b>Hematología</b>	8	4,3
<b>Endocrino- metabólicas</b>	42	22,58
<b>Neurológicas</b>	15	8,06
<b>Oftalmológicas</b>	4	2,15
<b>Cardiovasculares</b>	28	15,05
<b>Respiratorias</b>	4	2,15
<b>Digestivas</b>	14	7,83
<b>Dermatológicas</b>	3	1,61
<b>Genitourinarias</b>	11	5,91
<b>Renales</b>	8	4,3
<b>Obstétricas</b>	2	1,075
<b>Malformaciones</b>	1	0,54
<b>Traumatológicas</b>	16	8,6
<b>Farmacológicas</b>	17	9,14

Sin ir más lejos, en un 66.04% de los informes de alta analizados se registraban otras enfermedades e intervenciones quirúrgicas de interés del paciente. Entre ellas, las más repetidas fueron las endocrino- metabólicas (22.58%) y las cardiovasculares (15.05%) a las que les siguen las traumatológicas (8.6%) y neurológicas (8.06%). Un dato a destacar es que más de un 9% de los diagnósticos somáticos registrados tenían relación con efectos secundarios farmacológicos.

**Tabla 19.** Consumo de tóxicos. Fuente: elaboración propia

<b>Consumo tóxicos</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Sí</b>	37	34,91
<b>No</b>	69	65,094

**Tabla 20.** Adherencia al tratamiento. Fuente: elaboración propia

<b>Adherencia</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Sí</b>	54	50,94
<b>No</b>	52	49,06

Siguiendo con el análisis estadístico, 34.91% de los pacientes incluidos en la muestra afirmó que consumía drogas y un 49.06% abandonó el tratamiento, hechos que en ciertos casos provocaron su desestabilización psiquiátrica y consecuentemente su reingreso.

**Tabla 21.** Tipo de ingreso. Fuente: elaboración propia

<b>Tipo de ingreso</b>	<b>Total(n)</b>	<b>%</b>
<b>Urgencias voluntario</b>	36	33,96
<b>Urgencias involuntario</b>	52	49,06
<b>CCEE/CSM voluntario</b>	3	2,83
<b>CCEE/CSM involuntario</b>	2	1,89
<b>Traslado voluntario</b>	4	3,77
<b>Traslado involuntario</b>	7	6,6
<b>Otros voluntario</b>	2	1,89
<b>Otros involuntario</b>	0	0

**Tabla 22.** Ingresos previos en el servicio. Fuente: elaboración propia

<b>Conocido</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>SÍ</b>	76	71,7
<b>NO</b>	30	28,3

La mayoría de los pacientes procedían del Servicio de Urgencias del Hospital. Muchos de los ingresos se llevaron a cabo de forma involuntaria (49.06%). El 71.7% de la muestra ya era conocida en el servicio por ingresos previos o seguimiento ambulatorio.

**Tabla 23.** Estancia. Fuente: elaboración propia

<b>Días de ingreso</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>1-7</b>	15	14,15
<b>8-14</b>	24	22,64
<b>15-30</b>	52	49,05
<b>&gt;30</b>	15	14,15
<b>Total</b>	106	99,99

**Tabla 24.** Razón del alta. Fuente: elaboración propia

<b>Alta</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Curación- mejoría</b>	92	86,79
<b>Alta voluntaria</b>	4	3,77
<b>Traslado</b>	10	9,43

La estancia media en la Unidad de Hospitalización de Agudos en el año 2014 fue de aproximadamente 21 días aunque la mayoría estuvieron de dos a cuatro semanas (49.05%). La curación y/o mejoría de los pacientes fueron los motivos principales de alta (86.79%) mientras que los traslados a otros centros o servicios y las altas voluntarias fueron motivos minoritarios (9.43% y 3.77% respectivamente).

**Tabla 25.** Destino de los pacientes. Fuente: elaboración propia

<b>Destino</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Ambulatorio</b>	68	64,15
<b>Centro día</b>	3	2,83
<b>Comunidad terapéutica</b>	4	3,77
<b>Hospital de día</b>	6	5,66
<b>UME/ULE<sup>1</sup></b>	24	22,64
<b>Otros</b>	1	0,94

1-Unidades de Media o Larga Estancia

Con el análisis realizado, se cuantifica que un 64.15% de los pacientes presentó un seguimiento ambulatorio, tanto desde Unidades de Salud Mental como desde las consultas externas del hospital. Las Unidades de Mediana y Larga estancia acogieron al 22.64% de los pacientes asistidos en el servicio.

**Tabla 26.** Tratamiento intramuscular. Fuente: elaboración propia

<b>Tratamiento IM</b>	<b>Total(n)</b>	<b>%</b>
<b>SÍ</b>	49	46,23
<b>NO</b>	57	53,77

**Tabla 27.** Número de fármacos estabilizadores del ánimo constituyentes del tratamiento. Fuente: elaboración propia

<b>Estabilizadores del ánimo</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	43	40,57
<b>Uno</b>	41	38,68
<b>Dos</b>	17	16,04
<b>Desconocido</b>	5	4,72

**Tabla 28.** Número de antipsicóticos constituyentes del tratamiento. Fuente: elaboración propia

<b>Antipsicóticos</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Uno</b>	33	31,13
<b>Dos</b>	46	43,4
<b>Tres o más</b>	22	20,75
<b>Desconocido</b>	5	4,72

**Tabla 29.** Número de ansiolíticos constituyentes del tratamiento. Fuente: elaboración propia

<b>Ansiolíticos</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	31	29,25
<b>Uno</b>	43	40,57
<b>Dos</b>	26	24,53
<b>Más de dos</b>	1	0,94
<b>Desconocido</b>	5	4,72

**Tabla 30.** Número de antidepresivos constituyentes del tratamiento. Fuente: elaboración propia

<b>Antidepresivos</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	85	80,19
<b>Uno</b>	15	14,15
<b>Dos</b>	2	1,89
<b>Desconocido</b>	4	3,77

**Tabla 31.** Porcentaje de pacientes que reciben Terapia Electro Convulsiva (TEC). Fuente: elaboración propia

<b>TEC</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>SÍ</b>	3	2,83
<b>NO</b>	103	97,17

**Tabla 32.** Número de anticolinérgicos. Fuente: elaboración propia

<b>Anticolinérgicos</b>	<b>Total (n)</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	94	88,68
<b>Uno</b>	12	11,32

Finalmente, atendiendo a la terapia farmacológica de los pacientes, se ha podido constatar que a un 46.23% de los pacientes se les pautó tratamiento intramuscular.

En cuanto al número de fármacos estabilizadores del ánimo prescritos, un 40.57% no tomaba, un 38.68% tomaba uno y un 16.04% tomaba dos en combinación.

Relativo al número de antipsicóticos, un 43.4% tomaba dos fármacos mientras que un 31.13% se mantenía con un único antipsicótico. Solamente un 29.25% de los pacientes no tomaban ningún ansiolítico y dentro de los consumidores, la mayoría solo requería uno (40,57). Lo mismo ocurría con el tratamiento antidepresivo, pues en un 80.19% de los pacientes no estaba prescrito ninguno y en un 14.15% se incluye uno en su terapia. Solamente a un 11,32% se les pautaron anticolinérgicos y un 2,83% de los pacientes ingresados recibieron Terapia Electro Convulsiva (TEC).

## 11. DISCUSIÓN

La mayoría de los artículos seleccionados se obtuvieron a partir de PubMed, búsqueda que ha revelado un significativo auge de publicaciones científicas relacionadas con las Guías de Práctica Clínica de las enfermedades psiquiátricas graves en la última década, siendo esta tendencia menos generosa en los últimos cuatro años.

La revista estrella, que alberga hasta 8 artículos incluidos en el estudio ha sido la *Journal of Clinical Psychiatry*. La mayoría de las publicaciones proceden de equipos de investigación de Estados Unidos y de Reino Unido en relación a la Esquizofrenia y Trastorno bipolar, añadiéndose para esta última patología dos países más: Australia y Canadá. Los gobiernos de los países citados probablemente proporcionen más ayudas económicas a la investigación y a paneles de expertos, hecho que potencia, motiva y seduce a los investigadores angloparlantes.

El hecho de que la mayoría de los artículos estén basados en las principales recomendaciones farmacológicas y la aplicación rutinaria de las guías clínicas no es casualidad. Son los capítulos en los que difieren la mayoría de guías, artículos y publicaciones. La variabilidad encontrada al realizar comparaciones resulta tan evidente, que denota una importante diferencia en el manejo de los pacientes al utilizar una u otra.

En este contexto, para seleccionar una guía adecuada, tenemos que saber qué tipo de pacientes son atendidos, para qué tipo de pacientes está diseñada y en base a qué práctica clínica se basan sus recomendaciones, pues cada territorio geográfico ejerce la medicina a su manera.

Por ello, la obtención del perfil clínico asistencial de los pacientes atendidos en Servicio de Psiquiatría revela una información valiosa, que no es otra que las características y matices específicos y diferenciales respecto a otros pacientes con trastornos mentales. Este hecho permite plantear comparaciones y estudios futuros con perfiles clínicos de otras patologías, tanto mentales como físicas o bien que hayan sido atendidos en otros hospitales del país. El fin de estos paralelismos supondría un mayor conocimiento de factores que influyen en los fracasos terapéuticos, recaídas y reingresos como indicadores de impacto y calidad clínico-asistencial.

El perfil propuesto revela que los pacientes diagnosticados y tratados de esquizofrenia y trastorno bipolar durante el año 2014 son mayoritariamente varones (58.5%) españoles (93.4%) de mediana edad (45-60 años; 33.96%), solteros (62.26%) no activos laboralmente (95.28%). Suelen vivir solos (19.81%), con sus padres (17.92%) o están institucionalizados (14.15), pues la mayoría presenta limitaciones funcionales y problemáticas de gravedad en su día a día (64.15%).

A lo largo del año se han tratado aproximadamente el mismo número de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno bipolar, siendo ligeramente superiores estos últimos (45.28% y 50.94% respectivamente). Concretamente, los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar padecían con mayor frecuencia episodios maníacos (35.18%) y de entre los pacientes esquizofrénicos, la mayoría padecían formas paranoides (75%). Entre los pacientes que presentaban diagnósticos secundarios (44.34%), cabe destacar el consumo perjudicial de tóxicos (28.05%) íntimamente relacionado en ocasiones con el abandono del tratamiento (49.06%) y ambos con un empeoramiento clínico significativo y con la prescripción de tratamiento intramuscular (46.23%). La mayoría de los pacientes eran conocidos (71.7%) y reingresaron desde el servicio de urgencias, de forma involuntaria (49.06%), con una estancia media de 21 días (6 días superior al periodo estándar de ingreso del año 2014). Se les realizó seguimiento de forma ambulatoria (64.15%), fundamentado en la revisión y ajuste del tratamiento prescrito,

consistió por estabilizadores del ánimo (59.43% en total; predomina la pauta de uno en un 38.68%), antipsicóticos (predomina la pauta de dos en un 43.4%) y ansiolíticos (40.57%) principalmente. La Terapia Electro Convulsiva, los antidepresivos y anticolinérgicos solamente se pautaron en casos seleccionados (2.83%, 16.04% y 11.32% respectivamente). También se vigila la aparición de comorbilidades cardiovasculares (15.05) y endocrinometabólicas (22.58%) ya que son muy frecuentes en los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.

Otra consideración a tener en cuenta es que algunos hospitales nacionales e internacionales tienen unidades específicas para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar, de los cuales surgen una gran parte de estudios recogidos en el presente proyecto. Este hecho revela que los pacientes que proceden de unidades trastorno-específicas son solo una fracción del total de la población de pacientes bipolares o esquizofrénicos y que su curso clínico puede variar con respecto a pacientes tratados en otros Servicios psiquiátricos de Hospitalización no tan especializados.

Por ello deberíamos de ser cuidadosos a la hora de generalizar los resultados acerca de su perfil, tratamiento y evolución al no ser representativos de la totalidad de la población bipolar y esquizofrénica, pues su enfermedad podría progresar más tórpidamente que los resultados que albergan dichos estudios.

Dada la gran amplitud de la temática propuesta, la ausencia o falta de acuerdo y/o evidencia de la información encontrada, se han generado ciertas limitaciones en la elaboración del trabajo.

La búsqueda bibliográfica ha sido dificultosa pese a estar bien delimitada. Por ello, se justifican las repetidas y ampliadas búsquedas sistemáticas. Además, se ha decidido realizar el conjunto básico mínimo de datos y el perfil clínico asistencial para ambas patologías de forma conjunta, pues su larga extensión y el escaso tiempo de dedicación resultaron cruciales a la hora de establecer el diseño del presente trabajo.

Por otra parte, el análisis estadístico del perfil clínico-asistencial revela que las variables sociodemográficas situación laboral (22.64%) tipo de convivencia (5.66%) y estado civil (2.83%) no estaban presentes en todos los informes de alta. La comorbilidad no ha sido registrada por causa desconocida o por no ser de interés en casi un tercio de los pacientes (33.96%), hecho que sesga mínimamente los resultados. Lo mismo ha ocurrido con la especificación del tipo de episodio en el apartado del diagnóstico (33.33%) aunque fuese bien descrita la clínica del paciente. Los tratamientos formados por estabilizadores, antipsicóticos y ansiolíticos no eran bien explicados en algunos informes de alta (4.72, 4.72 y 3.77 respectivamente), siendo información imprescindible para la correcta elaboración del proyecto.

Por ello, se sugiere un mayor esfuerzo por parte de los facultativos en completar aún más si cabe los informes de alta, puesto que facilitaría futuros estudios e investigaciones.

Finalmente, con los criterios de búsqueda anteriormente expuestos, no se ha encontrado ningún estudio que permita realizar una comparación con perfiles de otras unidades o centros, hecho que anima a continuar con el proyecto en un futuro próximo.

## 12. RECOMENDACIONES FUTURAS

A continuación se citan las principales recomendaciones incluidas en los artículos constituyentes de la presente bibliografía:

- Las mujeres con trastorno bipolar y esquizofrenia tienen un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo, tanto por su enfermedad como por la medicación que se les prescribe. Se precisa una mayor investigación farmacológica en gestantes así como un seguimiento y evaluación exhaustiva que controle el curso de la enfermedad, su función psicosocial y adherencia al tratamiento.<sup>1,24,64</sup>
- Para potenciar la adherencia al tratamiento, se recomiendan intervenciones específicas y personalizadas junto con el desarrollo de sistemas de monitorización y programas que mejoren la aplicación de las guías en el ejercicio profesional.<sup>29,50</sup>
- En cuanto al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, se precisa una investigación futura más exhaustiva sobre el tratamiento antipsicótico combinado, la infrutilización de clozapina, y el planteamiento nuevas estrategias para pacientes resistentes al tratamiento.<sup>51</sup> Para el manejo de pacientes con trastorno bipolar se necesita una investigación más intensa que optimice el tratamiento, centrado especialmente en aspectos de seguridad y tolerabilidad farmacológica, en la valoración a largo plazo de los antipsicóticos más actuales del mercado y en el papel de las intervenciones psicosociales.<sup>66,72,73,106</sup>
- Se necesitan investigaciones futuras que evalúen el uso de terapias de mantenimiento con antipsicóticos a largo plazo, centrándose especialmente en el síndrome metabólico inducido por las terapias antipsicóticas<sup>20,38,85</sup> Asimismo, se debe de estudiar el papel de la actividad física y la incorporación de otras posibilidades farmacológicas como son la metformina, orlistat y sibutramina en cuanto a la reducción de la ganancia ponderal y de otros riesgos metabólicos y cardiovasculares secundarios al uso de antipsicóticos.<sup>18,28,34</sup>
- Se precisa la consolidación de una red multidisciplinar que esté presente durante todo el proceso asistencial, desde médicos de atención primaria, diabetólogos, dietistas, enfermeras, terapeutas y psiquiatras que faciliten una atención médica integral, incorporando nuevas pautas de intervención que faciliten un mejor control y mejora de la salud física en estos pacientes<sup>39,47</sup>
- Asimismo, se necesita una investigación futura que aclare la posible predicción de respuesta terapéutica ya sea farmacológica como psicosocial, mediante pruebas neuropsicológicas, de neuroimagen y el estudio de biomarcadores genéticos.<sup>57</sup>
- En cuanto a la aplicación de guías, para evitar el conflicto y su disparidad, se necesita un mayor uso de herramientas como AGREE II<sup>104</sup>. Una mejora en las recomendaciones supondría un incremento de adherencia por parte de los profesionales y por consiguiente, una mejora sustancial en el manejo y tratamiento de la salud mental y una reducción del coste sanitario.<sup>54,93</sup> Es necesaria una mayor comprensión de la “mutabilidad transfronteriza” de enfermedades mentales como la esquizofrenia, pues su curso varía en los diferentes países al ser notablemente influenciada por la cultura. Por lo tanto, las diferencias étnicas y culturales también deberían de estar reflejadas en las guías clínicas.<sup>54</sup> Para dentro de unos años, se pretende confeccionar la “guía de las guías” a partir de un conjunto básico de recomendaciones de calidad adaptables a diferentes entornos culturales y económicos, la cual aclarará todas aquellas matizaciones dudosas en el ejercicio profesional.<sup>17,28,53,56</sup>
- Se necesitan estudios futuros que avalen la eficacia de estrategias alternativas y combinadas para las formas resistentes al tratamiento, así como una mejor organización y formación para profesionales.<sup>23,54,65,66,93</sup>

- En cuanto a la psicoterapia, se recomiendan mayores esfuerzos en su aplicación y estandarización, pues entre guías, siguen siendo distintas tanto la duración mínima efectiva de la sesiones como la elección del tipo de terapia. En el ámbito psicosocial, se necesita un mayor acceso a los servicios asistenciales para pacientes esquizofrénicos de reciente evolución. Son programas costosos a priori, sin embargo son tratamientos mucho más efectivos a largo plazo.<sup>40,55</sup>

Para futuras investigaciones, se plantea la identificación de un conjunto de indicadores que monitoree e impulse la mejora continua de la calidad asistencial para estos pacientes ingresados en Unidades de Psiquiatría de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), entre ellos la concordancia de las recomendaciones incluidas en las guías de práctica clínica y la praxis médica diaria. Estas investigaciones podrán determinar si existen disfunciones en alguna de las fases del proceso asistencial de pacientes bipolares y esquizofrénicos. También se plantea la elaboración de futuros estudios analíticos de carácter retrospectivo observacional que evalúen y comparen situaciones clínico asistenciales entre los pacientes ya estudiados (bipolares y esquizofrénicos).

### 13. CONCLUSIONES

- 1- La mayoría de los artículos seleccionados se obtuvieron a partir de PubMed (86.8%), destacando como fuente de publicación la revista *Journal of Clinical Psychiatry*, al incluir hasta 8 artículos encontrados (7.55%). Los equipos de investigación psiquiátrica más punteros en relación a la Esquizofrenia y al Trastorno Bipolar proceden de países angloparlantes: Estados Unidos con un 24,53% se encuentra en la cima, seguido de Reino Unido, con un 17,92% de las publicaciones incluidas en el proyecto. Entre todos los artículos analizados, destaca especialmente la gran variabilidad en las principales recomendaciones farmacológicas (42.5%; 20% Esquizofrenia y 68% en Trastorno Bipolar) y en la aplicación de guías en la práctica clínica (16%; 20% Esquizofrenia y 6% en Trastorno Bipolar).
- 2- De los 393 pacientes atendidos en 2014 se han seleccionado 106 (26.97%) diagnosticados de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

El perfil realizado a partir de 24 variables revela que los pacientes son mayoritariamente varones (58.5%) españoles (93.4%) de mediana edad (45-60 años; 33.96%), solteros (62.26%) no activos laboralmente (95.28%) que viven solos (19.81%). A lo largo del año se han tratado aproximadamente el mismo número de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno bipolar (45.28% y 50.94% respectivamente), conocidos previamente en el servicio (71.7%) que ingresaron de forma involuntaria desde Urgencias (49.06%). El consumo perjudicial de tóxicos (28.05%) está íntimamente relacionado en ocasiones con el abandono del tratamiento (49.06%) y ambos con un empeoramiento clínico significativo y con la prescripción de tratamiento intramuscular (46.23%). Las comorbilidades cardiovasculares (15.05%) y endocrinometabólicas (22.58%) son muy frecuentes y deben de vigilarse ambulatoriamente (64.15%).

El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa carece de áreas de sobre especialización dentro del servicio, característica necesaria para establecer comparaciones con otros centros afines.

- 3- Aunque el desarrollo de las guías clínicas ha evolucionado considerablemente, su impacto en la práctica clínica es muy limitado. Es reflejado por los bajos porcentajes de concordancia entre los tratamientos instaurados y los recomendados por las guías, probablemente asociados a la falta de formación entre profesionales, las diferencias económicas transfronterizas y la gran variabilidad entre sus recomendaciones fármaco-psicoterápicas.
- 4- Todo ello señala la necesidad de investigaciones futuras y programas de mejora de calidad para así corroborar que la actuación clínico-asistencial del hospital se atiene a las principales recomendaciones de las guías de práctica clínica.
- 5- En conclusión, estos trastornos conllevan una elevada complejidad que es indicativa de la necesidad de un tratamiento biopsicosocial personalizado. Un enfoque equivocado potenciaría reingresos y en última instancia, generaría un mayor coste sanitario y consumo de recursos.

## 14. BIBLIOGRAFÍA

1. Poo SX, Agius M. Atypical Antipsychotics for Schizophrenia and/or Bipolar Disorder in Pregnancy: Current Recommendations and Updates in the NICE Guidelines. *Psychiatr Danub.* 2015 Sep; 27 Suppl 1:S255-60.
2. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, Fenger-Gron J, Mikkelsen RL, Nielsen RE, Linde VJ, Knudsen HE, Skaarup L, Videbech P. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2015; (445):1-28.
3. McGinty EE, Baller J, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL. Quality of medical care for persons with serious mental illness: A comprehensive review. *Schizophr Res.* 2015 Jul; 165(2-3):227-35.
4. Ennis ZN, Damkier P. Pregnancy exposure to olanzapine, quetiapine, risperidone, aripiprazole and risk of congenital malformations. A systematic review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2015 Apr; 116(4):315-20.
5. Rosen A, O'Halloran P. Recovery entails bridging the multiple realms of best practice: towards a more integrated approach to evidence-based clinical treatment and psychosocial disability support for mental health recovery. *East Asian Arch Psychiatry.* 2014 Sep; 24(3):104-9.
6. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González A, Gutiérrez L, Montes JM, Vieta E. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand.* 2014 Dec; 130(6):418-26.
7. Zdanowicz N, Mees L, Jacques D, Tordeurs D, Reynaert C. Assessment and treatment of the risk of psychosis in adolescents: a review. *Psychiatr Danub.* 2014 Jun; 26(2):115-21.
8. Warnez S, Alessi-Severini S. Clozapine: a review of clinical practice guidelines and prescribing trends. *BMC Psychiatry.* 2014 Apr 7; 14: 102.
9. Barbui C, Giralda F, Cipriani A, Becker T, Koesters M. Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jan 17; 1:CD009780.
10. Kaltenthaler E, Pandor A, Wong R. The effectiveness of sexual health interventions for people with severe mental illness: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2014 Jan; 18(1):1-74.
11. Datta SS, Kumar A, Wright SD, Furtado VA, Russell PS. Evidence base for using atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. *Schizophr Bull.* 2014 Mar; 40 (2):252-4. doi: 10.1093/schbul/sbt196. Epub 2013 Dec 20.
12. Kumar A, Datta SS, Wright SD, Furtado VA, Russell PS. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Oct 15; 10:CD009582.
13. Ogino S, Miyamoto S, Miyake N, Yamaguchi N. Benefits and limits of anticholinergic use in schizophrenia: focusing on its effect on cognitive function. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014 Jan; 68(1):37-49.
14. Ruiz M, Salaberria K, Echeburúa E. Schizophrenia: analysis and psychological treatment according to the clinical staging. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013 Jan-Feb; 41(1):52-9.
15. Correll CU, Kishimoto T, Nielsen J, Kane JM. Quantifying clinical relevance in the treatment of schizophrenia. *Clin Ther.* 2011 Dec; 33 (12):B16-39.
16. Gaebel W, Riesbeck M, Wobrock T. Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *Int Rev Psychiatry.* 2011 Aug; 23(4):379-87.
17. De Hert M, Vancampfort D, Correll CU, Mercken V, Peuskens J, Sweers K et al. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *Br J Psychiatry.* 2011 Aug; 199(2):99-105.
18. Vancampfort D, Sweers K, Probst M, Mitchell AJ, Knapen J, De Hert M. Quality assessment of physical activity recommendations within clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cardio-metabolic risk factors in people with schizophrenia. *Community Ment Health J.* 2011 Dec; 47(6):703-10.
19. Moore TA. Schizophrenia treatment guidelines in the United States. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2011 Apr; 5(1):40-9.
20. Masi G, Liboni F. Management of schizophrenia in children and adolescents: focus on pharmacotherapy. *Drugs.* 2011 Jan 22; 71(2):179-208.
21. Rathod S, Phiri P, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2010 Sep; 33(3):527-36.
22. Kane JM, Garcia-Ribera C. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections. *Br J Psychiatry Suppl.* 2009 Nov; 52:S63-7.
23. Wolff-Menzler C, Hasan A, Malchow B, Falkai P, Wobrock T. Combination therapy in the treatment of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry.* 2010 Jun; 43(4):122-9.
24. Galbally M, Snellen M, Walker S, Permezel M. Management of antipsychotic and mood stabilizer medication in pregnancy: recommendations for antenatal care. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 Feb; 44(2):99-108.
25. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Pract.* 2010 Jan; 16(1):34-45.
26. Zink M, Englisch S, Meyer A. Polypharmacy in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2010 Mar; 23(2):103-11.
27. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull.* 2010 Jan; 36(1):48-70.
28. Bushe CJ, Bradley AJ, Doshi S, Karagianis J. Changes in weight and metabolic parameters during treatment with antipsychotics and metformin: do the data inform as to potential guideline development? A systematic review of clinical studies. *Int J Clin Pract.* 2009 Dec; 63(12):1743-61.

29. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*.2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 47-8.
30. Cipriani A, Boso M, Barbui C. Clozapine combined with different antipsychotic drugs for treatment resistant schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD006324.
31. Von Hausswolff Y, Bjartveit M, Lindström E, Jones P. Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatr Scand Suppl*.2009;(438):15-21.
32. Peveler RC, Branford D, Citrome L, Fitzgerald P, Harvey PW, Holt RI et al. Antipsychotics and hyperprolactinaemia: clinical recommendations. *J Psychopharmacol*. 2008 Mar;22(2 Suppl):98-103.
33. Millar H. Management of physical health in schizophrenia: a stepping stone to treatment success. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008 May;18 Suppl 2:S121-8.
34. Rege S. Antipsychotic induced weight gain in schizophrenia:mechanisms and management. *Aust N Z J Psychiatry*.2008 May;42(5):369-81.
35. Bowie CR, Jaga K. Methods for treating cognitive deficits in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2007 Mar;7(3):281-7.
36. Glynn SM, Cohen AN, Niv N. New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2007 Jan;7(1):33-43.
37. Chan J, Sweeting M. Review: Combination therapy with non-clozapine atypical antipsychotic medication: a review of current evidence. *J Psychopharmacol*. 2007 Aug;21(6):657-64. Epub 2006 Nov 8.
38. Kapetanovic S, Simpson GM. Review of antipsychotics in children and adolescents. *Expert Opin Pharmacother*.2006 Oct;7(14):1871-85
39. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry*.2006 Jul;51(8):492-501.
40. Keshavan MS, Roberts M, Wittmann D. Guidelines for clinical treatment of early course schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2006 Aug;8(4):329-34.
41. Corrigan PW. Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Rev Neurother*. 2006 Jul;6(7):993-1004.
42. Sabaawi M, Singh NN, de Leon J. Guidelines for the use of clozapine in individuals with developmental disabilities. *Res Dev Disabil*. 2006 May-Jun;27(3):309-36.
43. Barnes TR. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2011 May;25(5):567-620.
44. Weinmann S, Hoerger S, Erath M, Kilian R, Gaebel W, Becker T. Implementation of a schizophrenia practice guideline: clinical results. *J Clin Psychiatry*. 2008 Aug;69(8):1299-306.
45. Sullivan G, Bienroth M, Jones M, Millar H, Ratna L, Taylor D. Practical prescribing with aripiprazole in schizophrenia: consensus recommendations of a UK multidisciplinary panel. *Curr Med Res Opin*.2007 Jul;23(7):1733-44.
46. Markkula N, Alvarado R, Minoletti A. Adherence to guidelines and treatment compliance in the Chilean national program for first-episode schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2011 Dec;62(12):1463-9.
47. Bobes J, Saiz J, Bernardo M, Caballero F, Gilaberte I, Ciudad A. Delphi consensus on the physical health of patients with schizophrenia: evaluation of the recommendations of the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry by a panel of experts. *Actas Esp Psiquiatr*.2012 May-Jun;40(3):114-28.
48. Klingberg S, Wittorf A. Evidence-based psychotherapy of schizophrenic psychoses. *Nervenarzt*. 2012 Jul;83(7):907-18.
49. Sarris J Glick R, Hoenders R, Duffy R, Lake J. Integrative mental healthcare White Paper: Establishing a new paradigm through research, education, and clinical guidelines.The International Network of Integrative Mental Health.2014 Jan; 1(1):9-16.
50. Cullen B.A, McGinty E.E, Zhang Y, DosReis S.C, Steinwachs DM, Guallar E et al. Guideline-Concordant Antipsychotic Use and Mortality in Schizophrenia. *Schizophr Bull* (2013) 39 (5):1159-1168.
51. Patel MX, Bishara D, Jayakumar S, Zalewska K, Shiers D, Crawford MJ et al. Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(4):499–509.
52. Baandrup L, Rasmussen JO, Klokke L, Austin ST, Bjørnshave T, Bliksted VF. Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs – A national clinical guideline. *Nord J Psychiatry*.2016;70(3): 231-240.
53. Stahl S.M, Morrissette D.A, Citrome L, Saklada S.R, Cummingsa M.A, Meyer J.M et al. “Meta-guidelines” for the management of patients with schizophrenia. *CNS Spectrums*.2013;18(3): 150-162.
54. Lorenc A, Leach J, Robinson N. Clinical guidelines in the UK: Do they mention Complementary and alternative medicine (CAM) – Are CAM professional bodies aware? *Eur. J. Integr. Med*. 2014; 6 (2) 164–175.
55. Haddock G, Eisner E, Boone C, Davies G, Coogan C, Barrowclough C. An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *Ment Health J*.2014;23(4):162-165.
56. Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz Wofgan, McIntyre JS. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *British Journal of Psychiatry* (2005), 187, 248-255.
57. Hasler G, Wolf A. Toward stratified treatments for bipolar disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015 Mar;25(3):283-94.
58. Castellani A, Giralanda F, Barbui C. Rigour of development of clinical practice guidelines for the pharmacological treatment of bipolar disorder: systematic review. *J Affect Disord*. 2015 Mar 15;174:45-50.

59. Köhler S, Gaus S, Bschor T. The challenge of treatment in bipolar depression: evidence from clinical guidelines, treatment recommendations and complex treatment situations. *Pharmacopsychiatry*. 2014 Mar;47(2):53-9.
60. Peruzzolo TL, Tramontina S, Rohde LA, Zeni CP. Pharmacotherapy of bipolar disorder in children and adolescents: an update. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013 Oct-Dec;35(4):393-405.
61. Bai YM, Chang CJ, Tsai SY, Chen YC, Hsiao MC, Li CT et al. Taiwan consensus of pharmacological treatment for bipolar disorder. *J Chin Med Assoc*. 2013 Oct; 76(10):547-56
62. Vieta E, Valentí M. Pharmacological management of bipolar depression: acute treatment, maintenance, and prophylaxis. *CNS Drugs*. 2013 Jul;27(7):515-29.
63. Papolos DF, Bronsteen A. Bipolar disorder in children: assessment in general pediatric practice. *Curr Opin Pediatr*. 2013 Jun;25(3):419-26.
64. Pfennig A, Bschor T, Falkai P, Bauer M. The diagnosis and treatment of bipolar disorder: recommendations from the current s3 guideline. *Dtsch Arztebl Int*. 2013 Feb;110(6):92-100.
65. Calkin C, Alda M. Beyond the guidelines for bipolar disorder: practical issues in long-term treatment with lithium. *Can J Psychiatry*. 2012 Jul;57(7):437-45.
66. Malhi GS, Bargh DM, McIntyre R, Gitlin M, Frye MA, Bauer M et al. Balanced efficacy, safety, and tolerability recommendations for the clinical management of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2012 May;14 Suppl 2:1-21.
67. Ramasubbu R, Beaulieu S, Taylor VH, Schaffer A, McIntyre RS. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid medical conditions: diagnostic, assessment, and treatment principles. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):82-90.
68. Bond DJ, Hadjipavlou G, Lam RW, McIntyre RS, Beaulieu S, Schaffer A et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):23-37.
69. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):6-22.
70. Mok YM, Chan HN, Chee KS, Chua TE, Lim BL, Marziyana AR et al. Ministry of Health clinical practice guidelines: bipolar disorder. *Singapore Med J*. 2011 Dec;52(12):914-8; quiz 919.
71. Nivoli AM, Colom F, Murru A, Pacchiarotti I, Castro-Loli P, González-Pinto. New treatment guidelines for acute bipolar depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129(1-3):14-26
72. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Möller HJ. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry*. 2010 Mar;11(2):81-109.
73. Ng F, Mammen OK, Wilting I, Sachs GS, Ferrier IN, Cassidy F et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) consensus guidelines for the safety monitoring of bipolar disorder treatments. *Bipolar Disord*. 2009 Sep;11(6):559-95
74. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*. 2009 May;11(3):225-55
75. Malhi GS, Adams D, Lampe L, Paton M, O'Connor N, Newton LA et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2009;(439):27-46.
76. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. *World J Biol Psychiatry*. 2009;10(2):85-116.
77. Goodwin GM. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition--recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2009 Jun;23(4):346-88.
78. Fountoulakis KN, Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008 Nov;11(7):999-1029.
79. Morriss R. Implementing clinical guidelines for bipolar disorder. *Psychol Psychother*. 2008 Dec;81(Pt 4):437-58.
80. Perlis RH. Clinical decision making in the treatment of mania. *J Clin Psychiatry*. 2008;69 Suppl 5:16-21.
81. Pfeifer JC, Kowatch RA, Del Bello MP. The use of antipsychotics in children and adolescents with bipolar disorders. *Expert Opin Pharmacother*. 2007 Nov;8(16):2673-87.
82. Cohen LS. Treatment of bipolar disorder during pregnancy. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 9:4-9.
83. Benazzi F. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*. 2007;21(9):727-40.
84. Emilien G, Septien L, Brisard C, Corruble E, Bourin M. Bipolar disorder: how far are we from a rigorous definition and effective management?. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007 Jun 30;31(5):975-96.
85. Blader JC, Kafantaris V. Pharmacological treatment of bipolar disorder among children and adolescents. *Expert Rev Neurother*. 2007 Mar;7(3):259-70.
86. Castellani A, Giralda F, Barbui C. Rigour of development of clinical practice guidelines for the pharmacological treatment of bipolar disorder: systematic review. *J Affect Disord*. 2015 Mar 15;174:45-50.
87. Sylvia LG, Rabideau DJ, Nierenberg AA, Bowden CL, Friedman ES, Iosifescu DV et al. The effect of personalized guideline-concordant treatment on quality of life and functional impairment in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2014 Dec;169:144-8.
88. Baek JH, Ha K, Yatham LN, Chang JS, Ha TH, Jeon HJ et al. Pattern of pharmacotherapy by episode types for patients with bipolar disorders and its concordance with treatment guidelines. *J Clin Psychopharmacol*. 2014 Oct;34(5):577-87.

89. Renes JW, Regeer EJ, van der Voort TY, Nolen WA, Kupka RW. Treatment of bipolar disorder in the Netherlands and concordance with treatment guidelines: study protocol of an observational, longitudinal study on naturalistic treatment of bipolar disorder in everyday clinical practice. *BMC Psychiatry*. 2014 Feb 28;14:58.
90. Köhler S, Gaus S, Bschor T. The challenge of treatment in bipolar depression: evidence from clinical guidelines, treatment recommendations and complex treatment situations. *Pharmacopsychiatry*. 2014 Mar;47(2):53-9.
91. Han C, Wang SM, Lee SJ, Patkar AA, Masand PS, Pae CU. Dilemma for enhancing psychiatrists' adherence to guideline (evidence)-based practice. *Expert Rev Neurother*. 2013 Jul;13(7):751-4
92. Podawiltz A. A review of current bipolar disorder treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*. 2012 Mar;73(3):e12.
93. Altınbaş K, Smith D, Oral ET. Adherence to Turkish psychiatric association guideline for bipolar depression treatment in a specialized mood disorders outpatient unit. *Psychiatr Danub*. 2011 Jun;23(2):189-93.
94. Samalin L, Guillaume S, Auclair C, Llorca PM. Adherence to guidelines by French psychiatrists in their real world of clinical practice. *J Nerv Ment Dis*. 2011 Apr;199(4):239-43.
95. Leboyer M, Kupfer DJ. Bipolar disorder: new perspectives in health care and prevention. *J Clin Psychiatry*. 2010 Dec;71(12):1689-95.
96. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 47-8.
97. Ng F, Mammen OK, Wilting I, Sachs GS, Ferrier IN, Cassidy F et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) consensus guidelines for the safety monitoring of bipolar disorder treatments. *Bipolar Disord*. 2009 Sep;11(6):559-95.
98. Cosgrove L, Bursztajn HJ, Krinsky S, Anaya M, Walker J. Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines. *Psychother Psychosom*. 2009;78(4):228-32.
99. Malhi GS, Adams D, Lampe L, Paton M, O'Connor N, Newton LA et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2009;(439):27-46.
100. Cahill C, Hanstock T, Jairam R, Hazell P, Walter G, Malhi GS. Comparison of diagnostic guidelines for juvenile bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007 Jun;41(6):479-84.
101. Ostacher MJ, Tandon R, Suppes T. Florida Best Practice Psychotherapeutic Medication Guidelines for Adults With Bipolar Disorder: A Novel, Practical, Patient-Centered Guide for Clinicians. *J Clin Psychiatry*. 2015 Nov 15. [Epub ahead of print].
102. Tränkner A, Sander C, Schönknecht P. A critical review of the recent literature and selected therapy guidelines since 2006 on the use of lamotrigine in bipolar disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat*. 2013; 9: 101-110.
103. Ludovic L, Guillaume S, Courtet P, Abbar M, Lancrenon S, Llorca PM. Methodological differences between pharmacological treatment guidelines for bipolar disorder: what to do for the clinicians? *Compr Psychiatry*. 2013 May; 54 (4):309–320.
104. Haran C, van Driel M, Mitchell BL, Brodribb WE. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Jan 29;14:51.
105. Austin MV, Middleton P, Reilly NM, Highet NJ. Review Detection and management of mood disorders in the maternity setting: The Australian Clinical Practice Guidelines. *Women and birth: Women Birth*. 2013 Mar;26(1):2-9.
106. Fountoulakis KN. *Bipolar Disorder: an evidence-based guide to manic depression*. Berlin: Springer-Verlag; 2015.
107. Campos R. Proyecto gestión clínica de la Unidad de Hospitalización de adultos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza: HCU, 2015.
108. Morón E. *Búsqueda bibliográfica sistematizada de la valoración del riesgo suicida en pacientes con tentativas atendidos en el servicio de urgencias*. Trabajo de fin de grado. Universidad de Zaragoza; 2015.
109. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.
110. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.
111. Álvarez R, Zambrano D, Di Stasio E, Medina JL, Suárez R, Merchán R, de Ingunza E et al. Manual del residente en psiquiatría. 1ª ed. ENE life publicidad; 2009.
112. Casariego E, Briones E, Costa C. Qué son las guías de práctica clínica (GPC) [monografía en internet]. *Fisterra*; [acceso el 4 de marzo de 2016]. Disponible desde: <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/queson.pdf>

## ANEXOS

### I. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA: ARTÍCULOS CONSIDERADOS 5 ESTRELLAS

En este apartado se exponen los artículos que mayor información de calidad le han otorgado al estudio.

**56- Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz Wofgan, McIntrye JS. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparision. British Journal of Psychiatry (2005), 187, 248-255.**

El artículo “*Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparision*”, fue publicado en el *British Journal of Psychiatry* en el 2005, basado en la comparación y aplicación de las distintas guías clínicas de la esquizofrenia. En la publicación, un grupo alemán compara 24 guías de 21 países distintos analizando la variabilidad de sus recomendaciones, especialmente las relacionadas con la terapia farmacológica en cuanto a su duración y dosificación, el manejo de efectos secundarios y tratamientos combinados. Además, incide en completar el tratamiento bioquímico con psicoterapia y educación, junto con la promoción del empleo y la inserción en la comunidad. También habla de la difusión y adherencia de las guías entre profesionales, las repercusiones económicas de su implantación e incluye unas recomendaciones futuras para elaboraciones futuras. En el artículo, se destaca que según AGREE II, NICE tuvo la valoración más alta en cuanto a calidad gracias a una clara descripción de de sus recomendaciones. Es seguida de APA y New Zealand Collage, guías completamente distintas entre sí.<sup>56</sup>

**106- Fountoulakis KN. Bipolar Disorder: an evidence-based guide to manic depression. Berlin: Springer-Verlag; 2015.**

En cuanto al trastorno bipolar, el recurso de información de mayor eficacia ha sido el Capítulo 18 del libro *Treatment guidelines of bipolar disorder*. Compara 5 guías clínicas internacionales basadas en el manejo terapéutico de los distintos episodios y fases del trastorno bipolar. APA, CANMAT/ISBD, TMPA, WFSBP, BAP y NICE describen detalladamente el tratamiento propuesto para episodios mixtos, maníacos o depresivos y proponen una estrategia terapéutica de mantenimiento. La publicación también se centra en la variabilidad existente al consultar una guía u otra (especialmente entre las europeas y las americanas), sus similitudes y sus diferencias. Ya que el trastrono bipolar es una enfermedad muy compleja y precisa un tratamiento aún más complejo, se incide en una mayor investigación para su optimización y reducción de la incertidumbre clínica, potenciales efectos adversos y reingresos que condicionen el curso de la enfermedad.

## II. PRINCIPALES EVIDENCIAS INCLUIDAS EN LA BIBLIOGRAFÍA

### ❖ EMBARAZO Y MATERNIDAD

El gold estándar farmacológico para tratar la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar en adultos son los antipsicóticos. Dada la potencial teratogenicidad de algunos de ellos y la escasa información sobre su eficacia y seguridad reproductiva, a la hora de elegir un fármaco hay que tener en cuenta los beneficios del tratamiento, el riesgo de recaída que supondría y el riesgo de exposición fetal a dichas terapias.<sup>1,26</sup> Además, en un embarazo no deseado o no conocido podrían provocar su aborto involuntario, parto prematuro, el desarrollo de un feto pequeño para la edad gestacional y una mala adaptación neonatal o alteración de su desarrollo neurológico.<sup>4</sup>

Para toda mujer fértil, es importante conocer su “plan de embarazo”, su consumo de drogas, los métodos anticonceptivos utilizados y la posible interacción farmacológica con estos últimos.<sup>61, 64</sup> Además, resulta fundamental y de obligado registro el conocer la edad materna, el peso, el tabaquismo y el consumo de alcohol a la hora de instaurar un tratamiento farmacológico, siendo en ocasiones difícil en pacientes psiquiátricos.<sup>4</sup> A priori también debe valorarse la adhesión terapéutica de la paciente, su patrón de enfermedad, la capacidad de respuesta al tratamiento y la posible aparición de efectos adversos o recaídas. Es muy característica la diabetes gestacional o el aumento de peso durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia.<sup>61,64</sup>

Los antipsicóticos como la olanzapina, risperidona, quetiapina y clozapina se pueden usar en el tratamiento del trastorno bipolar y la esquizofrenia durante el embarazo. La olanzapina es prescrita como terapia de elección durante el primer trimestre al no aumentar el riesgo de malformaciones fetales. La risperidona y quetiapina presentan resultados similares mientras que el uso aripiprazol en esta etapa sigue siendo impreciso, debido a la escasa evidencia disponible. Sin embargo, entre los anticonvulsivos, únicamente se puede pautar la lamotrigina al estar contraindicados el valproato y la carbamacepina. En pacientes tratadas con litio, debe de valorarse su sustitución, pues es un agente teratógeno confirmado.<sup>4, 111</sup>

Centrándonos más en el trastorno bipolar, hay que resaltar que el embarazo es un período de riesgo en el que recidivan un 45 a un 70% de las pacientes diagnosticadas. Si se interrumpe bruscamente el tratamiento puede aumentar este riesgo, especialmente durante las primeras semanas de embarazo, cuando los cambios hormonales hacen que la mujer sea más vulnerable. Además, los niveles de los fármacos en sangre tardan en descender de 3 a 6 meses, por lo que se recomienda una buena planificación del embarazo y la toma de ácido fólico 5 mg al día para reducir el riesgo de teratogenicidad. Para una correcta la atención y colaboración por parte de los psiquiatras y ginecólogos, es necesaria una prematura comunicación del estado de la paciente. El dormir y el descansar también son importantes para prevenir las descompensaciones.<sup>61</sup>

Durante el puerperio, una atención asistencial efectiva puede prevenir consecuencias a corto, mediano y largo plazo, evitando problemas no reconocidos y mal gestionados. El uso de guías clínicas rigurosamente elaboradas, basadas en la mejor evidencia internacional mejora potencialmente la atención al paciente, teniendo un cierto impacto económico-político y garantizando una atención sanitaria íntegra. Por ello es importante la difusión y facilitación de las mismas a las parturientas y a otros servicios de atención a la maternidad<sup>104,105</sup>

La versión NICE CG192 mejoró la claridad en la predicción, el apoyo y la gestión integral de la enfermedad mental en el embarazo y el puerperio. Sin embargo, la guía no proporciona recomendaciones farmacológicas suficientes para este subgrupo de pacientes.<sup>1</sup> Al comparar

guías australianas, anglosajonas y americanas, los contenidos en relación a las gestante eran similares, excepto en la variabilidad del uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para la detección de trastornos del estado de ánimo y en el tiempo recomendado para las visitas. Las australianas hacen más hincapié en la integración de un enfoque más holístico, femenino y familiar del tratamiento durante el puerperio. En esta etapa, son pocas las guías que inciden en el cuidado y atención tanto de la madre como del niño.<sup>1,104, 105</sup>

## ❖ JÓVENES Y ADOLESCENTES

La mayoría de los estudios científicos y ensayos se han centrado en la población adulta, por ello la falta de evidencia dificulta en muchas ocasiones el diagnóstico entre los más jóvenes. Cuando estas enfermedades psiquiátricas se manifiestan de forma aguda, se recomienda el ingreso para un inicio terapéutico inmediato con antipsicóticos atípicos. Sin embargo, cuando el debut es insidioso y los síntomas son predominantemente negativos, su diagnóstico supone un gran desafío.<sup>85</sup>

Diversas herramientas pueden ayudar a identificar a jóvenes con alto riesgo de desarrollar psicosis, como son las Escalas de Síntomas Prodrómicos (POES) o la Evaluación Personal y de Crisis Clínica (PACE). También son indicativas ciertas características neuroanatómicas o genéticas de los pacientes. Por desgracia, son más específicas para detectar síntomas positivos, por lo que la clínica predominantemente negativa hasta la fecha no es valorable de forma eficaz. Que aparezcan estos síntomas negativos en una etapa temprana se considera criterio de la gravedad, pero si aparecen tarde es muy difícil diferenciarlos de los efectos secundarios de los antipsicóticos o de una psicosis depresiva. Si se hiciera un gran esfuerzo para revertir esta infradetección, un tratamiento preventivo podría reducir la incidencia de cambios neurobiológicos y anomalías cerebrales en estos pacientes.<sup>7</sup>

A la hora de decidir qué terapia administrar en la población joven, habrá que tener en cuenta la respuesta sintomática, las dificultades actuales del paciente y su riesgo de desarrollar psicosis. Los antipsicóticos de segunda generación son los más eficaces reduciendo los síntomas maníacos. Además, son más fáciles de administrar y tienen menos efectos indeseables.<sup>7,11,60</sup>

Finalmente, como novedad, las publicaciones revelan que los ácidos grasos omega-3 demostraron su eficacia en la reducción de los síntomas positivos, negativos y generales y en la mejora global y del paciente.<sup>7</sup>

## ❖ CALIDAD DEL TRATAMIENTO

La esquizofrenia y el trastorno bipolar persisten en el tiempo y provocan graves discapacidades que aminoran la calidad de vida de los enfermos y dificultan el funcionamiento social y la ocupacional laboral.<sup>3,10,87</sup>

La calidad de la atención médica en pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave varía según la población, el período de tiempo, y el entorno estudiado.

Por un lado, las altas tasas de comorbilidad somática y mortalidad prematura, principalmente por causas cardiovasculares reclaman una atención médica prioritaria y de alta calidad. Por otro lado, no se tiene que olvidar que son muchos los factores que influyen en la adopción de un comportamiento saludable por parte del paciente, pues su discapacidad en muchas ocasiones

limita a la hora de pedir consulta y asesoramiento psiquiátrico por cambios o empeoramientos de la enfermedad.<sup>3</sup>

Un enfoque exclusivamente biológico, psicológico, social o cultural es incapaz de ofrecer una orientación eficaz en el apoyo terapéutico y rehabilitador del paciente. Tiene que estar dirigido al tratamiento de las discapacidades que la enfermedad produce en todos sus ámbitos, potenciando su participación social y comunitaria así como su compromiso terapéutico. También aminora el impacto estigmatizante con la que la enfermedad “bautiza” al paciente, especialmente de su entorno familiar y comunitario.<sup>5</sup>

Identificando las guías de práctica clínica de alta calidad, como las elaboradas por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) junto con el juicio clínico personal, es posible establecer un plan de tratamiento íntegro y eficaz. Los médicos deben tener en cuenta los objetivos del tratamiento, compromiso de tratamiento, asistencia, participación o realización de tareas en psicoterapias educativas o cognitivas.<sup>92</sup>

### ❖ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

A la hora de tomar una decisión terapéutica, se tendrán en cuenta las posibles interacciones con otros fármacos, efectos adversos y beneficios que le pueda otorgar al paciente a largo plazo.<sup>45</sup>

Los factores asociados a la falta de adherencia en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar son principalmente la falta de conciencia de enfermedad, el malestar asociado a los efectos adversos de la medicación o la eficacia inadecuada en formas resistentes.<sup>29,96</sup> Acciones sencillas como el recuento pastillas, la actualización de la receta electrónica o el uso de escalas validadas mejoran la precisión y el control terapéutico.<sup>29</sup>

La aparición de efectos adversos es extremadamente importante, pues provoca rechazo terapéutico, dificultando la remisión sintomática y provocando nuevas recaídas.<sup>11,12</sup> El aumento de peso es un efecto secundario muy común en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar. Sin embargo, la sedación está más ligada al abandono de tratamiento en este último. La clínica psicótica, constituida principalmente por síntomas positivos o negativos en la esquizofrenia y el delirio de grandeza o manía en el trastorno bipolar también contribuyen al incumplimiento terapéutico.<sup>29,96</sup>

La adherencia a las recomendaciones farmacológicas de las guías PORT está asociado con una reducción sustancial de la mortalidad entre pacientes esquizofrénicos. Por supuesto, precisa mantener la administración del fármaco de forma continuada, siendo controlados los niveles bioquímicos de forma mensual o semanal si existen cambios sintomáticos significativos en los pacientes.<sup>20,25</sup>

## ❖ **COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD Y DEL TRATAMIENTO**

Los pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia presentan una tasa de mortalidad de dos a tres veces mayor que la población general. Casi la totalidad de esta mortalidad prematura se debe a causas somáticas, siendo la primera de origen cardiovascular. Además, el tratamiento antipsicótico a menudo potencia el progreso de la enfermedad orgánica.

### ➤ **Suicidio:**

La identificación de los factores de riesgo tannático en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar y esquizofrenia resulta imprescindible para un óptimo desarrollo de estrategias que reduzcan la incidencia de suicidios consumados.<sup>6</sup>

Deben de ser identificados los síntomas afectivos de riesgo, antecedentes previos de intento autolítico y el número de ingresos psiquiátricos del paciente. Otros factores a valorar son las características iniciales de la enfermedad, el sexo masculino, el abuso de sustancias y los períodos seguidos al alta hospitalaria. Asimismo, la existencia de alucinaciones auditivas de tipo imperativo puede favorecer la consumación del acto.<sup>6,111</sup>

Por tanto, hay que estratificar el riesgo suicida del paciente a través de la entrevista clínica y del uso de escalas psicométricas, valorando la planificación e intencionalidad del acto, la actitud frente al psiquiatra o los intentos autolíticos recientes (letalidad del método y el grado de convicción del mismo). También se indagará sobre las la justificación de su propósito, el grado de secretismo, premeditación y planificación, el uso de sustancias para facilitar la ejecución y la ausencia de arrepentimiento.<sup>111,64</sup>

En el trastorno bipolar, la tendencia suicida tiene una prevalencia de un 15%. Para reducirla, el litio está recomendado como fármaco de mantenimiento<sup>64</sup>

### ➤ **Riesgo sexual**

Las altas tasas de comportamientos sexuales de riesgo como son la ausencia de protección y las múltiples parejas junto con el consumo de drogas por vía intravenosa contribuyen al aumento de la prevalencia de VIH en este grupo.<sup>3,10</sup>

Mediante la aplicación de estrategias educativas y conductuales y ejercicios con los que trabaje la motivación el paciente, se pretende minimizar dicho riesgo. Hasta la fecha, no hay suficiente evidencia para apoyar o rechazar estas intervenciones. Sin embargo, se constatan efectos positivos no mantenidos en el tiempo gracias al uso del preservativo y de los programas de psicoeducación, centrados en las consecuencias de este comportamiento.<sup>10</sup>

### ➤ **Riesgo cardiometabólico: Cribado y monitorización**

Los pacientes esquizofrénicos presentan altas tasas de enfermedades que merman su calidad de vida y su bienestar. Entre ellas destacan la enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión y accidentes cerebrovasculares. A menudo pasa desapercibido por los profesionales ya que se limitan a controlar síntomas y se muestran reacios al cambio de medicación por riesgo de inestabilización psiquiátrica.<sup>33,39,8,42</sup>

Los eventos cardiovasculares se consideran la primera de causa de muerte en paciente con trastorno mental grave. La obesidad, el síndrome metabólico, el tabaquismo, el alcohol, la falta

de ejercicio o una dieta pobre son factores que repercuten negativamente en el estado de salud del paciente.<sup>31,33,39</sup>

Se recomienda una monitorización para todos los pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia. Deberá ser semanal durante el primer mes, para que la eficacia, los riesgos y los efectos secundarios del tratamiento puedan ser comunicados y posteriormente se debe ampliar a 2-4 semanas durante los próximos tres meses. Dependiendo del resultado, la estrategia de tratamiento se debe cambiar, modificar, o dejar de forma permanente.<sup>64,97</sup>

Estos controles se basan en la medición del perímetro abdominal, peso, altura, IMC, presión arterial y analítica sanguínea, determinando la glucosa, triglicéridos y colesterol en ayunas.<sup>17,33</sup> La estrategia más eficaz para la prevención de la ganancia de peso es la elección de la medicación antipsicótica. En pacientes con sobrepeso y problemas metabólicos, las principales guías recomiendan el cambio a un agente antipsicótico con menos efectos secundarios y la modificación del estilo de vida, entendiéndose como la incorporación de actividad física, la mejora de la dieta, el abandono del tabaco y el correcto tratamiento diabético y lipídico.<sup>17,31,34</sup>

Como se ha comentado, si aparecen efectos secundarios en pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación, se recomienda cambiar a uno de segunda. Sin embargo, lo que se suele hacer con mayor frecuencia es asociar un antidepresivo de primera línea para paliar los síntomas negativos. Con relación al uso de clozapina, una vez que los recuentos de leucocitos y neutrófilos se mantienen en rango un año, los análisis son necesarios una vez cada cuatro semanas.<sup>8,56</sup>

Por otro lado, para el tratamiento del trastorno bipolar las sales de litio son el fármaco más empleado. Sin embargo, precisan de una monitorización exhaustiva que controle los niveles terapéuticos entre 0,6 – 1,2 mEq/l. La cantidad de litio en la sangre es muy sensible a la cantidad de agua que hay en el cuerpo por lo que si existe deshidratación se eleva el nivel de litio en sangre, ocasionando mayores efectos secundarios. Son de inicio el temblor, la diarrea, náuseas y vómitos, pudiendo progresar hacia hiperreflexia, convulsiones, disminución del nivel de conciencia llegando finalmente al coma y a la muerte.<sup>111</sup>

## ❖ APLICACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL:

Las guías de tratamiento constituyen uno de los importantes desarrollos en el campo de la psiquiatría, después de la introducción de los criterios diagnósticos de clasificación y el avance de la medicina basada en la evidencia (MBE). Estas herramientas surgieron como un elemento importante para los clínicos con el fin de resumir y aclarar los resultados de las investigaciones y en la medida de lo posible, facilitar la decisión clínica, estandarizar el tratamiento y mejorar la calidad de atención al paciente. Se pretende organizar información contrastada, procedente de diversas fuentes bibliográficas, en un formato fácilmente accesible y fiable.<sup>71,106</sup>

Sus recomendaciones incluyen los mejores tratamientos psicológicos y farmacológicos hasta el momento, basados en la evidencia disponible. Sin embargo, con frecuencia en la práctica clínica real, las recomendaciones no satisfacen las necesidades de cada paciente, por lo que no siempre pueden apoyar la toma de decisiones. Por ello, se considera una herramienta complementaria a la opinión de expertos y de consenso clínico.<sup>106</sup> La falta de formación de los profesionales por falta de convicción y la variabilidad entre guías, limita la familiaridad y su uso.<sup>95,106</sup> Concretamente, las basadas en la esquizofrenia difieren notablemente, tanto en su alcance, como en enfoque, objetivos y recomendaciones.<sup>19</sup>

En relación al trastorno bipolar, se encontraron diferencias entre guías basadas en consensos científicos y guías basadas en la evidencia, especialmente en la elección de la primera línea del tratamiento (monoterapia o combinado y el uso de lamotrigina o litio), el tiempo para la introducción, reevaluación y tratamiento de mantenimiento así como la farmacoterapia durante el embarazo.<sup>103</sup>

Con el paso del tiempo, la aplicación óptima de estos algoritmos y directrices posibilita un beneficio potencial para los pacientes, pues el resultado global es más favorable, eficaz y seguro. Además reduce decisiones inadecuadas y el impacto económico que ello conlleva, ofreciendo un tratamiento “aprobado internacionalmente”.<sup>106</sup>

Hay varios riesgos potenciales asociados con el uso de algoritmos y directrices. El mayor de ellos es que a menudo la evidencia podría ser insuficiente y a menudo expresan opiniones sesgadas. Además, es importante tener en cuenta que los algoritmos o guías muy rígidas son difíciles de seguir o mantener.<sup>106</sup> El uso de algoritmos puede aumentar los costes desproporcionadamente en comparación con los beneficios, y esto plantea importantes problemas éticos, sobre todo cuando la eficacia del tratamiento se ve influenciada por su seguridad y su coste económico.

La relativa “rigurosidad y rigidez” que caracteriza a este tipo de herramientas hace que muchas guías sean difíciles de aplicar, por lo que presentan un nivel de adherencia bajo entre los profesionales. Sólo una minoría incluyen recomendaciones para situaciones especiales y otras resultan utópicas por las características socioeconómicas del sistema sanitario de implantación. El contraste que reflejan las instalaciones y recursos entre países no posibilita la obtención de los mismos resultados a pesar de seguir las mismas recomendaciones.<sup>89,95,106</sup> Además, existe un vacío teórico entre el deseo terapéutico y la realidad clínica para el desarrollo y expansión de las guías en muchos países. Ciertos factores influyen en la ejecución y aplicabilidad de las guías, concretamente en términos de especificidad, adsequibilidad y aceptación de recomendaciones.<sup>56</sup>

Además, al realizarse una atención conjunta a lo largo de la enfermedad, los médicos de atención primaria carecen de conocimientos y formación acerca de estas guías, hecho que dificulta en

muchas ocasiones una correcta prescripción, recorgida de información de posibles efectos adversos y de otros aspectos que se deban de tener en cuenta.<sup>65</sup>

Son muchos los estudios que reflejan que la adherencia de los médicos a las guías clínicas es muy inferior a la estimada. En Francia se llevo a cabo un estudio que concluye que la edad de los psiquiatras franceses (los jóvenes consultan más) y el tipo de práctica (pues muchas guías plasman el ejercicio anglosajón de la medicina) son las variables más importantes relacionadas con el mayor o menor uso de las guías de práctica clínica.<sup>94</sup> De estudios como el analizado se extrae la conclusión de que en situaciones graves o alternativas las guías se consultan más.<sup>93</sup> Complementariamente, un estudio estadounidense afirmó que la falta de familiaridad y la escasez de tiempo influyen notablemente en su pobre uso clínico rutinario.<sup>3,15</sup>

En un artículo revisado, basado en la comparación y variabilidad de las guías de práctica clínica, NICE tuvo la valoración más alta en cuanto a la calidad de sus recomendaciones, según AGREE II, seguida de APA y New Zealand Collage. El punto fuerte de la guía NICE fue la descripción clara de la síntesis de la evidencia de sus recomendaciones. Sin embargo, las tres eran completamente distintas.<sup>56</sup>

Con la excepción de una guía americana, aquellas que detallan recomendaciones en intervenciones psicociales provienen de países con sistemas nacionales de salud. El hecho de que los tratamientos no farmacológicos sean considerados “menores” puede ser debido a la perspectiva de los elaboradores de las guías clínicas, a psiquiatras centrados únicamente en la psicofarmacología o a industrias farmacéuticas patrocinadoras de la elaboración de dichas herramientas clínicas.<sup>56</sup>

El problema de su aplicación surge al tener en cuenta la gran variabilidad de recomendaciones que ofrecen las guías. Es especialmente notable entre las europeas y las americanas. Hace unos años se diferenciaban principalmente en que la visión europea estaba a favor de la utilización de antipsicóticos y antidepresivos, mientras que el enfoque de Estados Unidos estaba a favor de los estabilizadores del estado de ánimo. Hoy en día se han conseguido suprimir diferencias tan cuestionables como la citada pero persisten diferencias significativas pendientes de justificación.

#### ➤ **Recomendaciones terapéuticas de algunos programas internacionales centrados en la esquizofrenia:**

El programa chileno GES es un claro reflejo de la alta adherencia a las guías de tratamiento internacionales. Ofrece resultados extraordinariamente buenos en relación a la aplicación de recomendaciones de tratamiento farmacológico, medios para los relacionados con intervenciones psicosociales, y bajos en cuanto a escalas de síntomas y medidas de diagnóstico.<sup>46</sup>

La Auditoría Nacional de Esquizofrenia (NAS) es una iniciativa de anglosajona encargada de evaluar la calidad de la atención sanitaria en Inglaterra y Gales. Entre sus estudios sobre la calidad en la prescripción de tratamientos psiquiátricos destacan ciertas variaciones terapéuticas por causas no previsibles a pesar de que a priori se establezca un tratamiento acordado a nivel nacional.<sup>51</sup>

➤ **Recomendaciones terapéuticas para el trastorno bipolar de las principales guías de práctica clínica:**

- *Asociación Americana de Psiquiatría*

La *American Psychiatric Association*, creadora del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM), es considerada la principal organización de psiquiatras estadounidenses y la más influyente a nivel mundial. Sus primeras guías de práctica clínica surgieron en 1994 y una segunda fue apareció en 2002, mientras que una tercera versión prevista para el 2010 nunca llegó a ser publicada.<sup>106</sup>

- *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments and International Society on Bipolar Disorder Guidelines (CANMAT/ISBD)*

Su primera publicación se remonta a 1997. En 2005, 2007 y 2009 se revisaron sus publicaciones. En 2013, la versión más reciente apareció como una colaboración de la CANMAT con la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares. Con el tiempo todas las intervenciones se clasificaron en una primera, segunda o tercera línea, o como "no recomendable". Destacan las recomendaciones dirigidas a grupos poblacionales específicos (niños, mujeres, ancianos). En general las directrices no son acordes siempre a la evidencia disponible, especialmente en relación con la depresión bipolar.<sup>106</sup>

- *El Proyecto del Algoritmo Tejano de la medicación para el tratamiento del trastorno bipolar (TMPA)*

Su primera publicación data de 1999 y su versión última y más reciente de 2002. Para el manejo del paciente bipolar, se detectaron varias áreas a mejorar, entre las que destacaron la calidad de vida, el aumento de la actividad productiva, una menor dependencia de los sistemas de tratamiento y un menor número de resultados sociales negativos (como la detención, o prisión), que en definitiva disminuirán los costes asistenciales. En un primer momento, la guía se centra sólo la enfermedad bipolar I pero posteriormente, sus novedades revolucionaron la estrategia terapéutica. Fue la primera que destacó que todos los pacientes bipolares debían de recibir un tratamiento continuo con un agente antimaníaco e instauró tratamiento especializado en episodios maníacos/ hipomaniacos o depresivos. También fue la primera guía que prescribía la olanzapina como tratamiento de primera elección y equilibraba las recomendaciones de uso de litio y valproato.

En cuanto al tratamiento de mantenimiento, lo consideraba necesario sólo en pacientes con dos episodios maníacos o uno grave o para aquellos con una historia familiar de trastorno afectivo. Para el resto de los pacientes, recomendaba interrumpir gradualmente el tratamiento después de 6 meses tras la remisión completa.

Su guía, consideraba la manía y la medicación antimaníaca como el núcleo del trastorno y su tratamiento, situando la depresión en segundo nivel. También destacó que los

medicamentos antidepresivos se consideraron adyuvantes a los antimaniacos (Litio, anticonvulsivos y antipsicóticos atípicos).<sup>106</sup>

- *La Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP)*

Este grupo de trabajo publicó guías clínicas para la depresión bipolar en 2002, la manía en 2003 y el tratamiento de mantenimiento en el año 2004. Las últimas publicaciones incluyen una versión modificada del método PORT para la valoración de la eficacia y clasificación de las guías acorde a la seguridad y tolerabilidad de las estrategias planteadas. Inciden en la aparición del síndrome metabólico como posible consecuencia tras una terapia a largo plazo. Recomienda evitar los antipsicóticos típicos al poder inducir discinesia tardía.<sup>106</sup>

- *Asociación Británica de Psiquiatría (BAP)*

Publicaron guías en 2003 y fueron revisadas en 2009. Las recomendaciones propuestas abarcan la evaluación y el tratamiento del trastorno de una forma mucho más global, fomentando un enfoque multidisciplinar del tratamiento.

Para la fase de mantenimiento, son las primeras y únicas guías que sugieren la elección del tratamiento en función de la polaridad predominante. Por lo tanto, recomiendan el litio, aripiprazol, quetiapina, olanzapina o valproato en episodios maníacos y lamotrigina o quetiapina si el episodio es depresivo.

- *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*

La *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* es una organización independiente del Reino Unido cuya primera publicación de sus guías se remonta al año 2006. Actualmente está disponible su versión actualizada NICE 2014.

- *Principales semejanzas*

En general, parece que los desacuerdos entre guías son más que acuerdos en las recomendaciones, a pesar de todas las diferencias. Estas “incoherencias” probablemente hayan surgido al haber utilizado de forma distinta a los datos.<sup>106</sup>

Todas ellas argumentan que los antidepresivos no tienen un papel importante en el tratamiento de la depresión bipolar, al menos como monoterapia (excepto la fluoxetina combinada con olanzapina). En todas ellas faltan evidencia y recomendaciones para el tratamiento de episodios mixtos y ciclos rápidos. También es necesaria una mayor evidencia para el tratamiento de la hipomanía, aunque se asuma el mismo tratamiento que para la manía.<sup>106</sup>

El litio, valproato, carbamazepina y los antipsicóticos son más eficaces para el tratamiento y la prevención de la manía y en menor grado para la depresión, mientras que por el contrario, la lamotrigina es más eficaz para el tratamiento y la prevención de la depresión y en menor grado de la manía.<sup>106</sup>

- *Principales diferencias*

El trastorno bipolar tratado de forma subóptima es una enfermedad potencialmente discapacitante y letal.

Actualmente, las mayores diferencias se encuentran a partir de las segundas líneas de tratamiento, donde la opinión es muy variada, ya que los resultados de investigaciones son escasos. Además, la eficacia de las guías está muy centrada en la seguridad y menos en los potenciales efectos adversos.

Las tres guías más recientes (NICE, CANMAT / ISBD y WFSBP) están de acuerdo en que el tratamiento de primera elección para la manía aguda debe ser la olanzapina, quetiapina, risperidona, el litio y el valproato. Las directrices de CANMAT / ISBD y de WFSBP están de acuerdo en que el tratamiento de segunda línea incluya el haloperidol y la combinación de litio más valproato. Las guías NICE y WFSBP recomiendan Litio o valproato en combinación con un antipsicótico como tratamiento de segunda línea, mientras que en las de CANMAT / ISBD es considerado de primera elección. No hay acuerdo sobre la opción de tercera línea. La TEC es considerado como de segunda línea por el CANMAT / ISBD y como tercera opción de línea por el WFSBP. Por otro lado, NICE excluye de sus recomendaciones el uso de aripiprazol y asenapina debido su alto coste y a su cuestionable eficacia. También excluye la paliperidona y cariprazina por los conflictos de intereses ocasionados con la empresa farmacéutica y la ziprasidona al no ser comercializada en el Reino Unido.<sup>106</sup>

En cuanto a la depresión bipolar aguda, la mayoría están de acuerdo en que para la primera línea se use la lamotrigina, el litio, la quetiapina, olanzapina y valproato (CANMAT / ISBD sugiere que estas dos últimas se pauten en combinación con un ISRS). NICE recomienda la combinación de olanzapina con fluoxetina, mientras que CANMAT / ISBD aconseja combinar olanzapina con cualquier ISRS excepto la paroxetina. WFSBP y CANMAT/ ISBD proponen como tratamiento de segunda línea la combinación de olanzapina con fluoxetina o la combinación de litio más lamotrigina. Sin embargo, NICE la considera una estrategia de tercera línea.<sup>106</sup>

La combinación de venlafaxina con litio o valproato constituye la tercera línea de tratamiento según las guías CANMAT / ISBD y la segunda según las recomendaciones de WFSBP. Sin embargo, las guías NICE sugieren el uso de litio y valproato en monoterapia como tratamiento de elección y de segunda o tercera línea si es combinado. No recomienda gabapentina ni topiramato en cualquier fase de la enfermedad. CANMAT presenta más opciones de tratamiento, incluyendo la TEC en tratamientos de primera y segunda línea, en función de la gravedad del paciente y el juicio clínico del psiquiatra para esa situación.<sup>106</sup>

Finalmente se recomienda encarecidamente la prescripción de quetiapina, la combinación de olanzapina y fluoxetina o la de un agente antimaníaco más un ISRS. Además se incluye el uso de lamotrigina en monoterapia o en combinación con litio y se plantea el tratamiento adyuvante con modafinil. Para la fase de mantenimiento, las tres guías coinciden en cuanto a la recomendación de litio, olanzapina y la quetiapina como tratamiento de elección. El valproato también se recomienda de elección, pero las guías de WFSBP lo incluyen en tratamientos de segunda línea.<sup>106</sup>

La lamotrigina se recomienda por el WFSBP y la CANMAT / ISBD para la prevención de episodios de depresión, mientras que NICE prefiere recomendar litio en lugar de

lamotrigina. CANMAT / ISBD recomienda el uso de antipsicóticos atípicos como profilaxis de episodios maníacos o quetiapina también para depresivos. Las guías WFSBP y la CANMAT / ISBD coinciden prácticamente en el tratamiento de tercera línea.

WFSBP se centra especialmente en los eventos adversos, mientras que CANMAT / ISBD proporcionan una mayor variedad de opciones terapéuticas, dejando la consideración de los eventos adversos para el profesional.

Actualmente, las mayores diferencias se encuentran a partir de las segundas líneas de tratamiento, donde la opinión es muy variada, ya que los resultados de investigaciones son escasos. Además, la eficacia de las guías está muy centrada en la seguridad y menos en los potenciales efectos adversos.

## ❖ FÁRMACOS

Las guías de práctica clínica cubren el manejo farmacológico y terapéutico del paciente en cada una de las etapas de la enfermedad, discrepando especialmente en la elección del fármaco y la duración del tratamiento.

### ➤ **Predicción de respuesta del fármaco:**

Hasta la fecha, los marcadores de respuesta farmacológica más fiables derivan de la psicopatología y de la historia clínica. Son muy necesarios para aumentar la eficacia de los tratamientos disponibles y mejoran las posibilidades de desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos. Sin embargo, ningún biomarcador ha encontrado una predicción fiable de la respuesta terapéutica individual. Por tanto, se destaca la importancia de las habilidades de diagnóstico clínico y la necesidad de una investigación biológica para identificar marcadores que permitan encontrar un tratamiento específico para cada subgrupo, para que existan más probabilidades de mejoría y menores reacciones adversas y recaídas.<sup>57</sup>

### ➤ **Terapia farmacológica para la Esquizofrenia**

#### ▪ *Tratamiento combinado*

Las recomendaciones internacionales aconsejan monoterapia antipsicótica de elección. No obstante, muchos pacientes reciben dos o más antipsicóticos e incluso son combinados con antidepresivos, estabilizadores del ánimo o benzodiacepinas, potenciando su interacción y aparición de efectos adversos.<sup>23,26</sup>

En casos de esquizofrenia resistente al tratamiento, cuando la clozapina es inapropiada, la terapia combinada con antipsicóticos atípicos se presenta como una alternativa terapéutica digna de consideración. Combinaciones con olanzapina, amisulprida o risperidona (incluso quetiapina y risperidona) actúan en diferentes tipos de receptores celulares. A pesar de que la evidencia hasta el momento sea escasa, demuestra una mejoría clínica del paciente.<sup>37</sup>

Además, se quiere recalcar que la adicción de litio carece de evidencia convincente, pero podría ser beneficioso para subgrupos específicos.

- *Clozapina y antipsicóticos atípicos*

La clozapina es un fármaco antipsicótico de primera generación, caracterizado por ser más eficaz que la quetiapina y risperidona en pacientes esquizofrénicos. A pesar de ello, su prescripción es todavía baja, pues persiste el respeto a la aparición de efectos adversos graves<sup>8</sup>

Los antipsicóticos de segunda generación, también denominados atípicos, surgieron para proporcionar una eficacia similar a la clozapina pero sin provocar tantos efectos secundarios, como la agranulocitosis y otros problemas hematológicos que clásicamente se le han asociado. A pesar de los mayores costes, los antipsicóticos de segunda generación se adoptaron ampliamente en todo el mundo. Sin embargo, ninguno de los atípicos puede demostrar superioridad frente a la clozapina, hecho que justifica la recomendación de este último en pacientes refractarios (aproximadamente un 30%) pues es muy superior tanto en su tasa de respuestas como en la mejora de síntomas positivos y negativos.<sup>8,11,12</sup>

Actualmente, las estadísticas anglosajonas revelan que más del 34% de los médicos, antes de usar clozapina, intentan una mejor respuesta farmacológica incrementando las dosis terapéuticas y combinando tratamientos. Las estadísticas canadienses reafirman este hecho, con un 68% de facultativos que pautan 3 o más antipsicóticos antes de cambiar a la clozapina. Por el contrario, los psiquiatras australianos parecen estar un poco más concienciados en la prescripción de clozapina en pacientes resistentes.<sup>8</sup>

- *Anticolinérgicos*

Se utilizan principalmente para tratar o prevenir síntomas extrapiramidales inducidos por el uso de antipsicóticos. Sin embargo, su uso puede generar una gran cantidad de efectos adversos, tanto periféricos como centrales. Los periféricos más comunes son la sequedad de boca y el estreñimiento. Los efectos centrales consistirían en el deterioro cognitivo, el empeoramiento de discinesias tardías y en la aparición de delirium. Por tanto, deben limitarse solamente a aquellos pacientes con síntomas extrapiramidales que no respondan a una reducción de la dosis del antipsicótico. No se recomienda su uso profiláctico y será limitado solo al tiempo necesario para controlar la sintomatología extrapiramidal.<sup>13</sup>

- *Inyecciones de antipsicóticos de acción prolongada:*

El tratamiento intramuscular sigue siendo una opción poco utilizada en muchos países. Se indica siempre y cuando haya preferencia por el paciente o haya una falta de adherencia al tratamiento oral para así evitar nuevas recaídas e incrementar el gasto sanitario. No se recomiendan en el tratamiento del primer episodio psicótico ni en formas resistentes, sin embargo, tampoco se descartan estas situaciones a priori.<sup>22</sup>

## ➤ **Terapia farmacológica para el trastorno bipolar**

### ▪ *Terapia combinada*

Algunas investigaciones demuestran una mejor eficacia del tratamiento combinado de antipsicóticos atípicos y estabilizadores del ánimo que la monoterapia. No obstante, las guías WFSBP aún sugieren que los médicos tienen la necesidad de intentar la monoterapia para evitar efectos secundarios innecesarios y riesgos derivados de múltiples psicofármacos, reservando esta opción para síntomas severos o fracaso terapéutico.<sup>61,78</sup>

### ▪ *Episodio mixto*

Para el tratamiento de un episodio mixto, el valproato y la carbamacepina son más eficaces que el litio. La oxcarbazepina tiene una estructura química similar a la carbamazepina, con una mejor tolerancia y menos interacciones fármaco-fármaco, pero tiene un mayor riesgo de hiponatremia.<sup>61,70</sup>

Los fármacos antipsicóticos atípicos (de segunda generación), tales como el aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona y ziprasidona, pueden tener una mejor eficacia para episodios disfóricos, maníacos, mixtos o psicóticos que el litio.<sup>61</sup>

### ▪ *Episodio maniaco*

Siempre que no haya contraindicaciones, la terapia inicial debe ser un estabilizador del ánimo en monoterapia, (litio, carbamazepina, valproato), un antipsicótico (aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona) o haloperidol si se trata de una situación de urgencia o tratamiento a corto plazo, al ser más rápido en el control de los síntomas maníacos. La hipomanía es probable que responda a los mismos agentes útiles para la manía, es decir, agentes estabilizadores del ánimo como el litio y el valproato y antipsicóticos de segunda generación (quetiapina, risperidona, ziprasidona, aripiprazol).

No se recomienda la combinación de olanzapina y la carbamazepina para el tratamiento de episodios maníacos. Dentro de estos, la manía simple se trata principalmente con valproato, mientras que la manía delirante requiere antipsicóticos de segunda generación.<sup>74</sup>

Un estudio reciente grande y controlado en pacientes con trastorno bipolar I ha encontrado que los antidepresivos son más efectivos que el placebo en esta fase del trastorno. Sin embargo, otros indican que pueden empeorar los síntomas hipomaníacos. Además, recalca que el único tratamiento preventivo para la depresión y la hipomanía es el litio.<sup>83</sup>

De la revisión bibliográfica se extraen datos interesantes como que los psiquiatras más jóvenes reservan el litio como tratamiento de segunda línea.<sup>70, 74, 78, 94</sup> y la consideración de la terapia electroconvulsiva como opción en casos graves.<sup>64,78</sup> Además, una novedad reciente es el uso del tamoxifeno como tratamiento de tercera línea.

### ▪ *Episodio depresivo*

El problema que plantea una depresión bipolar en la práctica clínica, es que la mayoría de estrategias terapéuticas están basadas en la depresión unipolar.<sup>64,93</sup>

La monoterapia con quetiapina debe iniciarse a menos que existan contraindicaciones.<sup>59,61,64,91</sup> Sin embargo, existen otras alternativas, pero con limitaciones, como son la lamotrigina (también en la combinación con litio), carbamazepina y la olanzapina (en monoterapia o en combinación con fluoxetina)<sup>59,61, 62, 64,70, 74, 78, 91</sup>

Por lo general, si el episodio depresivo es leve, se maneja con psicoeducación, psicoterapias y autoayuda. Para casos resistentes o graves, se reserva la terapia electroconvulsiva.<sup>64</sup>

La eficacia y la recomendación de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión bipolar siguen siendo controvertidas. En los casos resistentes, una combinación de litio y lamotrigina, o antidepresivos (especialmente recomendados los IMAO<sup>59,90</sup>) combinados con litio, antiepilépticos o antipsicóticos atípicos, puede ser necesaria para reducir las recurrencias de los episodios depresivos. También son indicación de tratamientos combinados los pacientes que presenten episodios depresivos bajo tratamiento con estabilizadores del ánimo.

El litio es el tratamiento de elección tanto en la manía aguda como en la depresión bipolar, fases en las que hay que evitar el uso de antidepresivos por su posible viraje a fases maníacas. Para minimizar el riesgo de conmutación a manía y / o ciclos rápidos, los pacientes cuyos síntomas depresivos han remitido durante al menos ocho semanas pueden mantener su antidepresivo durante algunas semanas más, pero no de forma continuada. Algunos estudios recalcan que estrategias monoterápicas con antidepresivos o la adición de un tricíclico a una terapia combinada perjudica la evolución y el curso de la enfermedad.<sup>70</sup>

▪ *Tratamiento mantenimiento:*

El curso individual de la enfermedad bipolar es el mejor indicador temporal para mantener un tratamiento o modificarlo. En ocasiones, con un óptimo tratamiento sólo se consigue acortar los episodios o minimizar su gravedad y su sintomatología. En estos casos, se puede intentar un enfoque diferente para perseguir la eliminación de episodios bipolares.<sup>64</sup>

La terapia de mantenimiento para el trastorno bipolar, no debe interrumpirse en vista del alto riesgo de recaída. Si se prevee su suspensión, debe ser realizada de forma gradual, disminuyendo la dosis durante varias semanas. Como norma general, una estrategia de tratamiento de mantenimiento a largo plazo no debe ser cambiado en caso de recaída los seis primeros meses tras su inicio y debe combinarse con psicoterapia.<sup>64</sup>

Si no hay contraindicaciones, la monoterapia con litio es de elección. En caso de respuesta inadecuada, hay que revisar la adhesión al tratamiento, la dosis y la concentración sérica del fármaco. Si modificando las pautas anteriores la respuesta es aún insuficiente, se suele pautar la combinación de un estabilizador del ánimo con un antipsicótico atípico a pesar de la escasa evidencia disponible.<sup>64</sup>

La mayoría de las guías europeas recomiendan que el tratamiento de mantenimiento está indicado sólo después del segundo episodio y con un intervalo interepisódico menor de tres años. En las principales guías, no hay consenso sobre la duración de la terapia de mantenimiento ni de la indicación de profilaxis.<sup>61</sup>

Siempre serán considerados como casos especiales las mujeres fértiles, embarazadas o en periodo de lactancia. Los pacientes de edad avanzada, con comorbilidad psiquiátrica y/o somática, los cicladores rápidos o los pacientes resistentes también se les administrará un tratamiento individualizado.<sup>64</sup>

## ❖ PSICOTERAPIA E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

La psicoeducación en la actualidad es considerada una condición sine qua non. Además de no tener efectos secundarios, es adaptable de forma progresiva a cada una de las fases del trastorno. Existen múltiples opciones de tratamiento psicoterapéutico acordes a las fases y al tipo de enfermedad.<sup>14</sup> Con ella se pretende mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de los familiares y convivientes, creando un ambiente liberado de estrés que contribuya a mejorar el clima familiar y disminuya la posibilidad de recaídas y reingresos.<sup>7,36</sup>

En la actualidad, la terapia cognitivo conductual está recomendada por la gran mayoría de guías clínicas de esquizofrenia como la publicada por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE). La evidencia demuestra su efectividad a largo plazo como tratamiento para los síntomas positivos y negativos y casos resistentes. Las sesiones consisten en la adaptación de un compromiso terapéutico y en el aprendizaje de una serie de técnicas psicológicas que trabajen la conciencia de enfermedad disminuyendo el sufrimiento que provocan las alucinaciones, delirios, y los propios síntomas negativos en el paciente.<sup>21,36</sup>

La psicoterapia, a largo plazo, mantiene la mejoría o remisión sintomática y previene nuevos episodios de la enfermedad. La ergoterapia, arteterapia, o la musicoterapia contribuyen a la estabilización mental y social de los pacientes bipolares. Las técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva ayudan a los pacientes a lograr una mayor estabilidad aliviando las tensiones o los trastornos de sueño. Sin embargo, ninguna de estas “ciencias complementarias” tiene evidencia de calidad para la terapia del trastorno bipolar.<sup>64</sup>

Un paciente con trastorno bipolar que esté experimentando una fase depresiva se beneficiará de forma individualizada de diferentes tipos de terapias, como son las centradas en la familia, las cognitivo conductuales, interpersonales y de ritmo social o de privación del sueño. De nuevo, la intervención familiar junto con la psicoeducación grupal son las estrategias psicológicas dotadas de mayor evidencia.<sup>78</sup> Esta última es efectiva para tratar los síntomas negativos, la alteración conductual, la promoción del empleo y la inserción en la comunidad.<sup>56,64</sup>

Finalmente, para hacer frente a los retos que las enfermedades mentales proponen, un conjunto de estrategias de intervención social complementan la terapia farmacológica y psicológica de los pacientes. Su objetivo es ayudar a personas con enfermedades mentales graves y persistentes a desarrollar las habilidades intelectuales sociales y emocionales que precisen para vivir, aprender, trabajar en la comunidad y e integrarse en la sociedad.<sup>20,40, 41,49</sup>

Las guías clínicas difieren enormemente en cuanto al tipo y frecuencia de dichas intervenciones. Unas resaltan el apoyo y la terapia dirigida a los familiares convivientes y otras apuestan más por las intervenciones psicoeducativas, centradas en la adicción de alcohol y drogas o en la rehabilitación profesional. También aconsejan la institucionalización para pacientes con altas tasas de recaída así como para aquellos pacientes que presenten problemas de vivienda.<sup>27, 56</sup>

En definitiva, la psicoterapia y las intervenciones psicosociales no tienen problemas de pruebas, sino problemas de aplicación económicos y organizativos, como denota la escasez de personal especializado, la falta de formación específica y la incertidumbre de su eficacia en los pacientes más graves.<sup>48,55,79</sup>

### ❖ ASPECTOS ECONÓMICOS:

La economía en temas sanitarios siempre está presente. En países subdesarrollados con marcadas desigualdades sanitarias es aconsejable tener en cuenta ambos aspectos, socioeconómicos y sanitarios a la hora de tomar decisiones terapéuticas.<sup>16,56</sup>

Las fuerzas socioeconómicas defensoras del paciente, la industria y los intereses económicos de las empresas gubernamentales ejercen una presión significativa durante el procedimiento de elaboración de las guías.<sup>106</sup> Los autores que tenían relaciones con la industria, también tenían relaciones financieras con las empresas cuyos productos fueron considerados específicamente en la guías. Sin ir más lejos, el noventa por ciento de las tres guías de práctica clínica más importantes en psiquiatría tiene vínculos financieros con empresas que fabrican medicamentos explícita o implícitamente identificados en la guía de los trastornos mentales estudiados.<sup>98</sup>

Paradójicamente, determinados países sufren la falta de recursos económicos, instrumentales y humanos con la restricción de su desarrollo científico y calidad metodológica. A pesar de una mayor eficacia documentada, los países con pocos recursos y poca inversión gubernamental no proporcionan antipsicóticos de segunda generación para el trastorno bipolar (excepto paliperidona y clozapina) al ser reservados para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Este aspecto político- económico limita aún más la elección de los fármacos más adecuados para el tratamiento de pacientes pediátricos. El alto coste de otros antipsicóticos de segunda generación limita su accesibilidad y añade sufrimiento y deterioro significativo e innecesario para los niños, adolescentes y para sus familias. Sin embargo, otros estudios afirman que si se sustituyen los medicamentos más nuevos por otros más antiguos pero igualmente eficaces se podría constituir una medida ahorrativa que potenciaría la futura inversión en terapia psicosocial.<sup>56,60</sup>

Volviendo a los países desarrollados, el instaurar tratamientos con antipsicóticos de segunda generación muestra un menor coste sanitario a corto plazo. Sin embargo, la integración asistencial bioquímica, psicoterapéutica y psicosocial “ahorraría” a largo plazo, logrando una mayor estabilización de la enfermedad.<sup>56</sup>