

Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia

Objetivos

La carga de los trastornos mentales se ha incrementado en todas las sociedades prevaletiendo, al mismo tiempo, variaciones en su tratamiento en un mismo país y entre países. Por lo tanto, nos propusimos evaluar y adoptar una posición respecto al tratamiento de la esquizofrenia, utilizando como método para lograr esta meta “el consenso”.

Presentación, desarrollo y metodología

Las Guías de Práctica Clínica (GPCs) son definidas como “recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para apoyar a los clínicos y pacientes en la toma de decisiones apropiadas sobre cuidados de salud en circunstancias clínicas específicas” (Field 1992).

Las Guías de tratamiento proporcionan recomendaciones basadas en la evidencia para asistir a los clínicos en situaciones específicas, representan una herramienta mayor para asegurar e incrementar la calidad del tratamiento y superar las diferencias existentes; sin embargo, las principales dificultades para desarrollarlas e implementarlas son, entre otros factores, la carencia de recursos humanos y financieros y la necesidad de actualizarlas regularmente. Además, su calidad metodológica es variable, lo que determina su legitimidad y aplicabilidad.

Tomando en cuenta todo lo anterior, existen crecientes esfuerzos para desarrollar guías de mejor calidad. Asimismo, existe la necesidad de igualar y mejorar la calidad de los cuidados de salud en todos los países. Puesto que muchos contenidos son universales, el desarrollo de guías internacionales parece ser lo indicado. No obstante, las recomendaciones torales de las guías deberían ajustarse a las condiciones regionales utilizando los recursos disponibles para adaptarlas.

El desarrollo de las guías basadas en la evidencia conlleva un cambio en la fuente utilizada para la elaboración de las recomendaciones, pasando de las opiniones de los expertos a un examen exhaustivo de la información científica.

Para lograrlo, se debe traducir una colección de datos científicos en continuo desarrollo en recomendaciones clínicamente útiles, con la esperanza de informar con rapidez a los médicos sobre los descubrimientos de la investigación que impactan la atención a la salud.

Casi todas las guías intentan sugerir la atención recomendable, es decir, el tipo de atención adecuado para la mayoría de las personas. Sin embargo, dado que se basan en datos de grupos, solamente pueden proporcionar recomendaciones grupales.

Así, para definir la atención óptima para cada persona (Rush 1995), señalan que los profesionales deben adaptar las recomendaciones de la guía a cada paciente, transformando

la atención recomendable (para un grupo) en atención óptima (para una persona).

Por lo anterior, la selección y la puesta en práctica de un plan específico de tratamiento debe ser hecho por el psiquiatra a la luz de los datos clínicos presentados por el paciente y de acuerdo con el diagnóstico y opciones de tratamiento disponibles, ya que los parámetros de cuidados propuestos en las guías son pautas y no pretenden ser estándares.

La OMS ha desarrollado Guías para el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos Mentales en Atención Primaria (1996) utilizando un abordaje por Consenso; los consensos son idóneos porque poseen las siguientes virtudes:

- Son acuerdos conciliadores.
- Enriquecen las experiencias y los conocimientos de otros y con otros.
- Reconocen las diferencias regionales.
- Fomentan el desarrollo científico.
- Son el logro de un grupo de expertos y no de un solo individuo.

Permanece sin ser resuelto el problema de delinear recomendaciones universalmente válidas para la atención psiquiátrica en segundo y tercer nivel de atención que puedan sean usadas para desarrollar guías nacionales o regionales de salud mental, sin menospreciar los sistemas de salud o la cultura locales.

En esa línea, las Guías de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos han sido desarrolladas por los Consensos de psiquiatras hispanos y latinoamericanos, quienes están activos en la práctica clínica.

El presente documento es producto de la actualización de la “Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia” publicada en 2007, que se desarrolló de tal forma que pudiese ser ajustada a la cultura y etnia de cada país, ya que las diferencias transculturales deben reflejar el uso de la medicina en Latinoamérica.

El objetivo fue concebir un plan de tratamiento racional y comprensible, acordado por los clínicos responsables, eligiéndose como método para la elaboración de la presente Guía el Consenso formal (Perry 1980) mediante el cual un grupo de expertos se reunió para realizar recomendaciones.

El consenso formal se efectuó metodológicamente como se refiere a continuación:

- Se reunió un grupo de expertos para realizar recomendaciones durante sesiones estructuradas de dos días y medio de duración.

- Los expertos presentaron y analizaron la evidencia disponible, asignándose tareas para el desarrollo de los contenidos de la GPC.
- En la última sesión de trabajo se generó una discusión plenaria abierta para elaborar los algoritmos de tratamiento.
- La segunda reunión se realizó 12 semanas después.
- En esta segunda reunión los expertos presentaron las tareas desarrolladas bajo la evidencia disponible y se procedió a su lectura crítica y análisis. En la última sesión se aprobaron los algoritmos en discusión plenaria.
- En ambas reuniones se nombró un moderador y un secretario en cada mesa. Por cada 120 minutos de trabajo se efectuó un receso de 30 minutos.
- Con los resultados se editó la Guía.
- Finalmente, otro grupo de expertos revisó el documento.
- La última etapa consistió en la impresión del material para así proceder a su difusión y posterior implementación.

Para ello, se identificó a especialistas con amplia experiencia clínica en el tema a quienes se les invitó a colaborar y que, además de manifestar su interés en este proyecto, cumplían con el siguiente perfil:

1. Ser profesionales con entrenamiento formal completo en el área de la salud mental en una institución nacional o extranjera reconocida.
2. Tener experiencia mayor a cinco años en la atención de enfermos que padecen esquizofrenia.
3. Tener práctica privada y/o institucional en el sistema de salud mexicano (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.).
4. Aceptar participar en dos reuniones académicas de tres días de duración convocadas ex profeso para el desarrollo del Consenso.
5. No presentar conflicto de intereses.

En la siguiente etapa se llevaron a cabo las dos reuniones de trabajo.

En la primera reunión, celebrada en el Estado de México del 9 al 11 de marzo de 2012, el coordinador presentó los objetivos y metodología para el desarrollo del Consenso y de la GPC y, en sesión plenaria, se aprobaron los contenidos del documento.

La distribución de los profesionales participantes en equipos de trabajo se determinó con base en su experiencia profesional; a cada equipo le correspondió la elaboración de determinados contenidos del documento.

Durante la sesión final de esta primera reunión:

Se asignaron tareas por equipos de trabajo para la elaboración del borrador del documento final, el cual debía cumplir con las siguientes características:

- a. Ser objetivo.
- b. Ser claro y breve.
- c. Proporcionar recomendaciones prácticas.
- d. Basarse en información actualizada.
- e. Ser flexible para permitir la aplicación del juicio médico.
- f. Contemplar la posibilidad de su implementación en la práctica clínica cotidiana.
- g. Ser pertinente.
- h. Ser oportuno.

La segunda reunión de trabajo se efectuó en Cuernavaca, Morelos, del 31 de agosto al 2 de septiembre de 2012, trabajándose con el material desarrollado por cada equipo.

En cada mesa se nombró un moderador y se procedió a la lectura crítica y análisis del documento base, llevándose a

cabo los cambios y/o adecuaciones al texto conforme los señalamientos de los participantes y el consenso de la mesa, para así concluir con el borrador final del documento.

La medicina basada en evidencia fue el sustento y marco de referencia para la elaboración del documento, recurriéndose a sistemas de información como Pubmed, OVID, Ebsco, Science direct, etc., incluyéndose artículos de ensayos clínicos aleatorizados doble ciego, meta-análisis, artículos de revisión y revisiones monográficas relacionados con el tratamiento de la esquizofrenia, así como las diferentes Guías de Práctica Clínica disponibles, continuando con la conformación de los dos grupos de expertos, desarrolladores y revisores, de acuerdo con los lineamientos metodológicos referidos.

Justificación

La esquizofrenia continúa siendo uno de los trastornos mentales más severos (Murray 1996, World Health Organization 2008) debido a su inicio en edad temprana, su cronicidad y curso discapacitante (Jobe 2005, Menezes 2006, Watt 1983). El tratamiento antipsicótico temprano y de mantenimiento (Birchwood 1998), así como las intervenciones psicosociales, han probado su efectividad (Tandon 2010). Consecuentemente, las Guías de Práctica Clínica para la esquizofrenia deben contribuir a mejorar el tratamiento y sus resultados y a reducir la carga individual y pública de la enfermedad.

Resultados

A partir del análisis del manuscrito se emitieron las recomendaciones y sugerencias de tratamiento de la esquizofrenia y con ello se elaboraron los algoritmos correspondientes.

Propósito y declaración de intenciones

La información contenida en el documento incluye experiencias personales y de grupos específicos de profesionales pertenecientes a diferentes instituciones de salud mexicanas.

Cada participante se comprometió a aportar su experiencia y opinión sin permitir sesgos por intereses diferentes a los científicos y a los que exigen las buenas prácticas clínicas.

Por su estructura, la guía debe manejarse con flexibilidad, por lo que las recomendaciones contenidas podrán ser, en todo caso, lineamientos generales para orientar a los profesionales que ejercen la práctica clínica tanto en instituciones públicas como privadas, o bien, en su consultorio, con la finalidad de favorecer la eficiente toma de decisiones que conlleve un óptimo desempeño profesional.

La Guía debe ser usada para el mejoramiento de los servicios de salud mental y como modelo para la revisión de otros grupos de medicamentos, así como para obtener consenso en aspectos claves de la práctica psiquiátrica.

La aplicación de cualquier guía o algoritmo requiere de su cumplimiento inteligente, incluyendo la educación del paciente y de sus familiares, así como de la referencia apropiada por parte de los clínicos.

Dr. Wázcár Verduzco Fragoso
Coordinador del Consenso y GPC
Secretario de Asuntos Académicos de la APM 2012-2013
Secretario de Publicaciones de la APAL 2011-2012
Agosto de 2013

Mensajes

MENSAJE DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA (APM)

La carga social de los trastornos mentales continúa incrementándose, prevaleciendo variaciones en el tratamiento de un país a otro y, aún, dentro del mismo. En el caso de la esquizofrenia, esto resulta ser particularmente evidente, tanto para la prescripción de antipsicóticos como para la disponibilidad de las intervenciones psicosociales.

El tratamiento farmacológico ha sido promovido y complicado por la llegada de numerosos agentes terapéuticos; durante los últimos 15 años, más de 10 nuevos antipsicóticos y antidepresivos, así como algunos estabilizadores del estado de ánimo han sido aprobados para su uso en los Estados Unidos. El perfil de seguridad y de eventos adversos de estos agentes, así como sus ventajas terapéuticas, han elevado las expectativas de mejorar los resultados del tratamiento.

La disponibilidad de estos medicamentos puede contribuir a una mayor prescripción de tratamientos combinados a fin de alcanzar resultados más ambiciosos, lo que aumenta la importancia y el desafío de definir e implementar prácticas psicofarmacológicas basadas en la evidencia científica.

Por su parte, las intervenciones psicoterapéuticas deben proveer el dominio de los procesos clave de compromiso, evaluación, normalización, educación y formulación a efecto de ayudar a los pacientes a contener con sus ideas delirantes y alucinaciones, trabajar en su desesperanza, suicidabilidad, baja energía e interés y pobre autoestima, esperando incidir positivamente en la prevención de la recaída, monitorizando síntomas y promoviendo la adherencia terapéutica. Es por esto que en diferentes regiones del mundo se han desarrollado guías prácticas para la atención de los pacientes con esquizofrenia, las cuales difieren considerablemente en metodología y contenidos.

El desarrollo de las guías basadas en la evidencia conlleva un cambio en la fuente utilizada para la elaboración de las recomendaciones, pasando de las opiniones de los expertos a un examen exhaustivo de la información científica. El Instituto

Nacional para la Excelencia Clínica de Inglaterra las conceptualiza como “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática sobre la atención, diagnóstico y tratamiento apropiado de determinadas enfermedades y/o condiciones de salud en la población”, y son consideradas como un “instrumento que ayuda a los profesionales de la salud y al paciente en la toma de decisiones sobre la intervención en salud más adecuada en una situación clínica concreta”, así como herramientas para la implementación de estrategias de educación continua, facilitando la comunicación entre el paciente y el profesional en salud.

Con el objetivo general de desarrollar una GPC para el tratamiento de la esquizofrenia dirigida al personal médico de los tres niveles de atención, en 2006 se reunió un grupo de expertos para realizar las recomendaciones, se eligió como método el consenso formal para establecer los criterios mínimos indispensables que garantizaran una atención médica integral, homogénea, con calidad, equidad y eficiencia. Esta GPC fue publicada en 2007, tras 5 años de revisión y cuya constancia queda plasmada en este documento. La aplicación de cualquier guía o algoritmo requiere de su cumplimiento inteligente, que incluya la educación del paciente y de sus familiares, así como la referencia apropiada por parte de los clínicos. La actualización de ésta debe ser útil para el mejoramiento de los servicios de salud mental:

- Evitar conductas inapropiadas en la práctica clínica.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Disminuir la variabilidad en el acceso a intervenciones o tratamientos específicos.
- Servir como instrumento de educación continua para el profesional de salud.
- Mejorar la comunicación con el paciente.
- Mejorar la eficiencia del uso de los recursos.
- Servir de referente en la evaluación de la práctica médica y del desempeño de los profesionales ante casos de controversia o demanda legal.

Dr. Eduardo Madrigal de León

Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana 2012-2013

Agosto de 2013

MENSAJE DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AMÉRICA LATINA (APAL)

Desde hace aproximadamente 40 años, la psiquiatría ha dado un giro hacia el conocimiento más profundo de la neurobiología del Sistema Nervioso Central; el entendimiento del tipo de receptores, neurotransmisores, neuromoduladores y funciones cerebrales específicas, ha crecido en forma exponencial, así como el avance y desarrollo en el campo de la psicofarmacología. A pesar de ser indudable su importancia, las dificultades para el ejercicio de la práctica clínica cotidiana obligan a contar con Guías de Práctica Clínica (GPC).

Actualmente, la experiencia enriquece y amplía la creación y desarrollo de las GPC mediante consensos, lo que enriquece tanto a las publicaciones de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, como las de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. El trabajo en este campo es efervescente, y se continuará con la tarea de contar con publicaciones en español, de calidad en contenido y profundidad, que estén a la par de las mejores del mundo.

Un reconocimiento a todos los profesionales que hicieron sus esfuerzos concretar esta tarea.

Dr. Enrique Camarena Robles

Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

Bienio 2011-2012

Niveles de evidencia de recomendaciones de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM)

Los niveles y recomendaciones de evidencia de la APM se determinaron siguiendo los modelos de previamente propuestos por:

- Canadian Task Force.^I
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).^{II,III}
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Grading Review Group.^{IV}
- Infectious Diseases Society of America-US Public Health Service.^V

Calidad de la evidencia científica

Con base en la revisión anterior se construyó la siguiente clasificación de la calidad de la evidencia, la cual se presenta en el cuadro anexo:

Calidad de la evidencia científica, APM, 2012

Grado	Definición
1	Meta-análisis, revisiones sistemáticas o estudios clínicos controlados, con adecuada calidad metodológica y muy bajo riesgo de sesgos, incluida una adecuada aleatorización.
2	Meta-análisis, revisiones sistemáticas o estudios clínicos controlados, inadecuada calidad metodológica y riesgo de sesgos, SIN aleatorización; estudios analíticos de cohorte o casos y controles (preferentemente de más de un centro); series de tiempo múltiples o resultados dramáticos de estudios NO controlados.
3	Evidencia procedente de opiniones de autoridades respetadas, basados en experiencia clínica; estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.

Así mismo, se construyó la recomendación de la evidencia científica de la siguiente manera:

Fuerza de la recomendación de la evidencia científica, APM, 2012

Grado	Definición
A	Buena evidencia para apoyar recomendación para su uso
B	Moderada evidencia para apoyar recomendación para su uso
C	Pobre evidencia para apoyar recomendación
D	Moderada evidencia para apoyar recomendación EN CONTRA de su uso
E	Buena evidencia para apoyar recomendación EN CONTRA de su uso

Metodología de Trabajo

Para el desarrollo de la actualización de la Guía de Tratamiento de Esquizofrenia basada en Evidencia de la APM, el

presidente en funciones de la Asociación convocó a expertos en las diferentes disciplinas de esquizofrenia para coordinar las diversas secciones o capítulos de actualización de la guía.

Los coordinadores convocaron a su vez a miembros afiliados de la asociación de las diferentes instituciones públicas y privadas del sector salud para apoyar el desarrollo de las secciones correspondientes.

Se realizaron dos reuniones de trabajo general y el número necesario de reuniones específicas por parte de los subgrupos de trabajo.

Posterior a la revisión de la evidencia científica y la integración de los componentes de las secciones de la guía, se realizó una reunión con los coordinadores para revisar y discutir las diferentes propuestas publicadas de calidad de evidencia y sus recomendaciones. Para esto, la APM convocó a un experto metodólogo que realizó una revisión y análisis de cada una de las escalas de evidencia y fuerza de recomendación de la evidencia científica, la cual fue presentada al presidente de la APM y coordinadores de las diferentes secciones de la guía, lo que permitió definir los lineamientos de calidad y fuerza de recomendación de la APM.

Se llevó a cabo una capacitación de los cada subgrupos para que cada uno de los integrantes de los mismos estuvieran estandarizados en la forma de evaluar la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación. La definición de la calidad y fuerza de la recomendación de la evidencia se realizó mediante una evaluación en "pares" y, en los casos en que se presentaron desacuerdos, se solicitó el apoyo de expertos metodólogos para aclarar los puntos de desacuerdo y definir en consenso la calidad y fuerza de recomendación correspondientes.

Para reflejar el nivel de evidencia y recomendación, éste se colocará al final de cada intervención mediante el uso de itálicas y negrillas entre corchetes.

- I. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. *Can Med Assoc J.* 1979;121:1193-1254.
- II. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Consultar en la web de la Agency for Healthcare Research and Quality (www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm).
- III. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D, for the Methods Work Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20(3S):21-35.
- IV. Harbour R, Miller J, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. *BMJ* 2001;323:334-336.
- V. Infectious Diseases Society of America-US Public Health Service, en: Pappas PG et al. *CID* 2004;38:161-189.