

Consenso Delphi
sobre la relevancia del manejo de
la comorbilidad en el tratamiento
del paciente con esquizofrenia

MENPHIS
Enfermedad mental grave
y salud física:
relevancia del manejo
de la comorbilidad en el tratamiento
del paciente con esquizofrenia

Coordinadores:
Miquel Bernardo
Julio Bobes
Jerónimo Sainz

Informe de resultados



Sociedad Española de Psiquiatría



SEPB

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

Informe de Resultados

Título: Relevancia del manejo de la comorbilidad en el tratamiento del paciente con esquizofrenia
ISBN: 978-84-96989-24-5

Informe de Resultados

ÍNDICE

1. Marco teórico y justificación	7
2. Objetivos: <i>Consenso Delphi y Encuesta Menphis</i>	11
2.1. Consenso Delphi sobre la salud física del paciente con esquizofrenia	11
2.2. Proyecto Menphis: encuesta a psiquiatras clínicos sobre enfermedad mental grave y salud física	11
3. Aspectos Metodológicos	12
3.1. Metodología del Consenso Delphi	12
3.2. Metodología de la Encuesta Menphis	17
4. Resultados	
4.1. Consenso Delphi	19
4.2. Comparación de resultados de Consenso Delphi (expertos) y Encuesta Menphis (clínicos)	19
4.3. Encuesta Menphis: prácticas y actitudes clínicas actuales sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia en la práctica habitual de los psiquiatras españoles	37
4.4. Comparación de prácticas y actitudes clínicas habituales sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia, entre clínicos y expertos	48
5. Bibliografía	54
6. Anexos	55

Informe de Resultados

Informe de Resultados

RESPONSABLES DEL ESTUDIO

Título del estudio:

INFORME DE RESULTADOS

Consenso Delphi sobre la relevancia del manejo de la comorbilidad en el tratamiento del paciente con esquizofrenia

Menphis. Enfermedad mental grave y salud física: relevancia del manejo de la comorbilidad en el tratamiento del paciente con esquizofrenia

Avalado por:

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)
Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB)

Patrocinador:

Lilly

Coordinadores:

Dr. Miquel Bernardo
Dr. Julio Bobes
Dr. Jerónimo Saiz

Informe de resultados:

Fernando Caballero
Unidad de Investigación Área 6 AP
Servicio Madrileño de Salud

Centro coordinador:

Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica Luzán 5

Panel de Expertos:

Carmen Moreno Ruiz
M. Paz García Portilla
Angel Luis Montejo
Luis San
Antonio Benabarre
José Manuel Montes Rodríguez
Ana González Pinto
Manuel Serrano Vázquez

J. Luis Santos
M Fe Bravo
E. González Pablos
Tomás Sánchez-Araña Moreno
Manuel Franco
Jorge Cervilla
Emilio Fernández-Egea

Informe de Resultados

Informe de Resultados

1. Marco teórico y justificación

La esquizofrenia produce una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad somática, hasta el punto de que más del 50% de los afectados presentan alguna comorbilidad física relevante. Los pacientes con esquizofrenia presentan una mayor incidencia y un exceso de mortalidad por trastornos físicos, respecto a la población general de su misma edad y sexo, de tipo cardiovascular, endocrinometabólico, neurológico, infeccioso, respiratorio, oncológico y por abusos de sustancias. La afectación de la salud física de los pacientes con esquizofrenia está condicionada por una diversidad de factores genéticos, por factores inherentes a la propia enfermedad, por el estilo de vida de estos pacientes y por el propio al tratamiento con fármacos antipsicóticos¹.

Sin embargo, la comorbilidad física de la esquizofrenia pasa frecuentemente inadvertida y no llega a recibir tratamiento apropiado en una población que tiene un acceso menor a los recursos asistenciales, que consume menos cuidados sanitarios y que logra un peor cumplimiento de sus tratamientos que el resto de usuarios de la población general². La insuficiencia de cuidados explica, en parte, la llamativa reducción de la expectativa de vida de la población con esquizofrenia, que resulta, en promedio, 15 años menor a la del resto de la población³. Entre las causas principales de este exceso de mortalidad destacan las enfermedades somáticas mencionadas (60%), muy por delante del suicidio (28%) y los accidentes (12%)⁴.

Esta situación, que contrasta con la mejora de calidad de vida que el tratamiento psicofarmacológico actual ofrece al paciente con esquizofrenia, es una grave insuficiencia en la provisión de los cuidados requeridos por una población de alto riesgo y representa una inequidad injustificable de acceso a los servicios sanitarios⁵. Recientes recomendaciones nacionales¹ e internacionales⁶⁻¹⁰ han señalado la necesidad de corregir este manejo clínico negligente de los problemas físicos de los pacientes con esquizofrenia, promoviendo un mayor grado de formación y de intervención al respecto entre los psiquiatras clínicos, quienes deben implicarse activamente en la prevención, control y manejo de los factores y comportamientos de riesgo, y de las diferentes patologías concomitantes, en adecuada coordinación con los médicos de Atención Primaria y otros especialistas.

Un aspecto específicamente psiquiátrico de este problema es la necesidad del paciente con esquizofrenia de seguir tratamiento con fármacos antipsicóticos que, en sí mismos, pueden incidir negativamente sobre su salud física. Éste es un factor agravante de la situación descrita que sólo puede ser específicamente considerado e intervenido por los psiquiatras, como

Informe de Resultados

profesionales responsables de la prescripción y seguimiento de estos agentes terapéuticos.

Parte de los conocidos efectos adversos físicos de los tratamientos antipsicóticos típicos (los síntomas extrapiramidales) fueron parcialmente subsanados con la aparición de los nuevos agentes atípicos, de mayor selectividad y eficacia sobre el amplio espectro sintomático de la enfermedad. Sin embargo, el nuevo arsenal terapéutico atípico, del que se prescriben hoy más del 80% de los tratamientos antipsicóticos indicados en España¹¹, en modo alguno ha eliminado todos los riesgos de iatrogenia física de los antipsicóticos sobre los frágiles pacientes con esquizofrenia. De hecho, las alteraciones motoras extrapiramidales (acatisia, discinesias, acinesia, catatonía, miedono, corea, atetosis, parkinsonismo, distonías, etc.), aunque menos frecuentes con los agentes atípicos, pueden ocurrir con cualquier fármaco antipsicótico, particularmente si se usan a dosis altas o en rápido escalado (aunque se han descrito a dosis terapéuticas para algunos de estos agentes). Estos efectos adversos, por desagradables y estigmatizantes, son causa frecuente de rechazo del tratamiento, pobre adherencia y mala respuesta terapéutica. En ocasiones, además, se intenta su alivio mediante tratamientos anticolinérgicos que, a su vez, pueden causar déficit cognitivo en los pacientes y pueden conllevar el desarrollo de psicosis, cerrando un círculo indeseable de iatrogenia.

Además, algunos de los fármacos atípicos tienen otros efectos adversos relevantes sobre la salud física de quienes los consumen, como la modificación negativa del metabolismo lipídico y glucémico y el aumento de peso, circunstancias que tienden a empeorar el perfil previo de riesgo metabólico y cardiovascular que los pacientes con esquizofrenia tienen de por sí aumentado debido a sus estilos de vida alterados (consumo de tabaco, sedentarismo y dietas inapropiadas), incidiendo negativamente en problemas como la obesidad, la diabetes, la dislipemia, la hipertensión arterial o el síndrome metabólico.

Pero no son los trastornos metabólicos los únicos problemas relevantes de los antipsicóticos atípicos. Otros fenómenos, como el aumento de prolactina o la prolongación del intervalo QT electrocardiográfico, pueden tener graves consecuencias en la salud física de los pacientes con esquizofrenia, aunque resulten más difíciles de detectar en la clínica. Así, la hiperprolactinemia puede ocasionar distintos problemas de salud en ambos sexos, como disfunción sexual y trastornos del aparato reproductivo (alteraciones menstruales, galactorrea, ginecomastia, infertilidad), acné/hirsutismo femenino, osteoporosis a medio/largo plazo y un probable aumento de incidencia del cáncer de mama y endometrio. Por su parte, la prolongación del intervalo QT, un efecto secundario dosis-dependiente de algunos agentes antipsicóticos metabolizados por el citocromo P3A4, puede producir desde síntomas menos graves (mareo, palpitaciones y síncope), hasta arritmias ventriculares graves y muerte súbita.

Informe de Resultados

Por todo ello, los agentes antipsicóticos atípicos son tan eficaces y necesarios para la salud mental de los pacientes con esquizofrenia, como generadores de riesgos específicos sobre la salud física de quienes los consumen. En cualquier caso, estos medicamentos no deben considerarse como un grupo farmacológico homogéneo, ni en sus aplicaciones clínicas, ni en las precauciones que su uso requieren. El perfil de afinidad receptorial (dopaminérgica, serotoninérgica, muscarínica, histaminérgica, alfadrenérgica...) de estos fármacos es complejo y variable, y conlleva distinta selectividad de acción para cada fármaco. Estas diferencias explican la distinta efectividad clínica sobre los síntomas psicóticos apreciada entre ellos, así como su distinto potencial iatrogénico.

Un grupo multidisciplinar de expertos españoles han revisado recientemente¹ las evidencias disponibles sobre el peso relativo de las distintas causas de deterioro físico del paciente con esquizofrenia y de su llamativa morbimortalidad, y han alertado sobre la responsabilidad del psiquiatra clínico en su detección y tratamiento. Se propone que, en necesaria coordinación con los servicios de Atención Primaria y otros especialistas, el psiquiatra se implique activamente en la detección precoz de riesgos para la salud física de los pacientes y en el seguimiento apropiado de los parámetros clínicos que puedan alterarse a lo largo del tratamiento. Además, se sugiere intentar una indicación selectiva de los agentes antipsicóticos, no sólo según el perfil clínico y evolutivo del cuadro psicótico, sino también el perfil de comorbilidad física de cada paciente concreto. Por último, se requiere al psiquiatra para que conozca y aplique algunas estrategias básicas no farmacológicas que han demostrado influir positivamente en la evolución de los trastornos metabólicos, ayudando a mejorar la salud integral de sus pacientes con enfermedad mental grave.

Las anteriores propuestas suponen un cambio sustancial del modelo asistencial ofrecido por la Psiquiatría actual a los pacientes con esquizofrenia, con un mayor protagonismo del psiquiatra en el manejo de la repercusión biológica del trastorno. Estas recomendaciones no han sido aún suficientemente difundidas entre el colectivo psiquiátrico, desconociéndose su grado de aceptación y aplicación entre los profesionales clínicos. Sin duda, su generalización requerirá cierta tarea previa de actualización de conocimientos sobre la comorbilidad física de la esquizofrenia y sobre el manejo clínico básico de determinados factores de riesgo y problemas físicos, no considerados habitualmente, hoy, en las consultas psiquiátricas.

El nivel de las evidencias científicas que sustentan este nuevo paradigma de intervención psiquiátrica sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia resulta variable, y las recomendaciones de ellas derivadas, por inhabituales en la práctica psiquiátrica actual, no están exentas de controversia profesional. Con el fin de ayudar a unificar las actitudes y hábitos

Informe de Resultados

clínicos del colectivo psiquiátrico, el presente proyecto explorará el criterio profesional de un panel de expertos de reconocido prestigio en esquizofrenia sobre la salud física de estos pacientes y los riesgos potenciales asociados al consumo de fármacos antipsicóticos. Se pretende con ello refrendar una batería de criterios clínicos y de recomendaciones concretas para la práctica psiquiátrica procedentes del reciente Consenso de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica ¹, ampliando el círculo de expertos que apoyan expresamente sus propuestas a otros profesionales que no participaron directamente en las tareas de recopilación, interpretación y síntesis bibliográfica del Consenso 2008.

De hecho, un valor principal de este estudio es que sus resultados integran el conocimiento y la experiencia clínica de un grupo de expertos de amplia procedencia. A todos ellos se les solicitó expresamente que en el momento de posicionarse de acuerdo/desacuerdo ante las recomendaciones propuestas, intentaran manifestar su convicción profesional sobre la adecuación y aplicabilidad de cada criterio o recomendación, tomando en consideración su experiencia particular, y el conocimiento personal del entorno sociosanitario y de las expectativas de sus pacientes. De esta forma, las conclusiones de este consenso añaden un juicio basado en la competencia o maestría individual de los expertos (esto es, su experiencia clínica) a la síntesis de las mejores evidencias científicas disponibles. Se integran así los dos elementos complementarios requeridos para el desarrollo de una auténtica medicina basada en la evidencia, según la formulación original de Sackett ¹².

Por último, para promover entre el colectivo de psiquiatras clínicos españoles el conocimiento de estas recomendaciones, y fomentar la salud de los pacientes con esquizofrenia desde una perspectiva integral, bio-psico-social, se ha desarrollado, en paralelo al proyecto de consenso experto, una amplia encuesta profesional de ámbito estatal (el proyecto *Menphis*: enfermedad mental grave y salud física). La finalidad de esta iniciativa complementaria es contrastar, y en su caso corroborar, el grado de sintonía de una amplia representación de la psiquiatría española con las recomendaciones expertas actuales la salud física del paciente con esquizofrenia, y describir su aplicación actual en la práctica clínica rutinaria. De las divergencias detectadas entre el criterio experto y el criterio del psiquiatra clínico, se derivarán oportunidades de reflexión profesional y de potencial mejora de la atención al paciente con esquizofrenia en España.

Informe de Resultados

2. Objetivos: *Consenso Delphi y Encuesta Menphis*

En este informe se presentan resultados de dos proyectos paralelos, con objetivos específicos independientes y complementarios:

2.1. Consenso Delphi sobre la salud física del paciente con esquizofrenia

Se pretende constatar el grado de acuerdo que un nuevo panel de expertos de ámbito estatal alcanza sobre una amplia batería de recomendaciones clínicas sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia, recogidas de la literatura científica y de las guías al uso en la materia (incluidas las principales propuestas del "Consenso español 2008" ¹ y otras aportaciones de la bibliografía actual).

Se intenta, para ello, alcanzar un consenso experto sobre los criterios clínicos que pueden ayudar al psiquiatra clínico en la detección, evaluación y abordaje de los problemas de salud física de sus pacientes con esquizofrenia, y en el uso racional de los agentes antipsicóticos, minimizando sus potenciales riesgos sobre la condición global de salud de los pacientes.

Las recomendaciones resultantes de este proyecto se pretenden contrastar con el grado de aceptación y de aplicación rutinaria entre colectivo psiquiátrico, como estrategia de identificación de oportunidades de mejora de la práctica habitual.

2.2. Proyecto Menphis: Encuesta a psiquiatras clínicos sobre enfermedad mental grave y salud física

Con la finalidad de describir el grado de acuerdo y la variabilidad de prácticas profesionales entre los psiquiatras que habitualmente diagnostican y tratan la esquizofrenia en España, sobre los diversos aspectos conceptuales analizados por el consenso, se efectúa sincrónicamente una encuesta profesional a una amplia muestra estatal de profesionales con los siguientes objetivos:

- Contrastar la opinión (acuerdo/desacuerdo) de los psiquiatras clínicos respecto a las propuestas del consenso sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia (la encuesta explora idénticos contenidos que el consenso Delphi).
- Describir las prácticas y actitudes clínicas habituales (autodeclaradas anónimamente) en la consulta psiquiátrica sobre el manejo de los problemas de salud física de los pacientes con esquizofrenia.

Informe de Resultados

- Comparar los resultados (opiniones y prácticas) de la encuesta profesional con el criterio experto del panel de especialistas de reconocido prestigio que participan en el consenso.

3. Aspectos metodológicos

3.1. Metodología del Consenso Delphi

Diseño:

El método Delphi modificado ¹³ es una técnica de consenso profesional mediante cuestionarios escritos, fiable y de larga tradición de uso en la investigación biomédica. En esencia, es un procedimiento estructurado de discusión profesional, variante de originalmente desarrollado por Dalkey y cols. en Rand Corporation ¹⁴⁻¹⁵, que mantiene sus principales ventajas frente a otras alternativas técnicas (como las conferencias de consenso, los grupos nominales o las reuniones no estructuradas) y resuelve algunos de sus principales inconvenientes ¹⁶.

Para su desarrollo se solicita la opinión individual y anónima de cada panelista mediante una encuesta estructurada y por escrito, enviada por correo electrónico. La encuesta se repite en una segunda ronda, tras difundir entre los participantes los resultados grupales del primer cuestionario, y las opiniones y comentarios libres añadidos por los panelistas en sus encuestas. De esta forma, se permite la reconsideración de las posturas manifiestamente divergentes entre el grupo. El grado de dispersión en las respuestas finales se analiza estadísticamente para determinar en qué cuestiones se ha logrado un grado suficiente de consenso dentro del panel de expertos, bien sea en el acuerdo o en el desacuerdo con cada ítem presentado.

Este procedimiento permite conocer y aproximar la opinión de un grupo profesional heterogéneo sobre la cuestión de interés, preservando el anonimato de los panelistas, a quienes se garantiza disponer de un tiempo suficiente para la reflexión individual y de un mecanismo controlado de interacción con otros participantes, que minimiza el posible sesgo de influencia. Para participar no se requieren especiales habilidades de escritura, de oratoria, ni de convicción. Por otra parte, la técnica evita la necesidad de desplazamientos y no precisa excesivos recursos estructurales. A diferencia del procedimiento original, los canales de comunicación electrónica acortan muy significativamente el tiempo trabajo de campo de estos proyectos.

Entre sus inconvenientes, el método Delphi modificado suele requerir un cierto tiempo preparatorio en la elaboración del cuestionario que se someterá a debate y precisa que los participantes tengan un alto interés (para lograr las

Informe de Resultados

más altas tasas de respuesta posibles). Además, la técnica no es inmune a la posibilidad de influencia del impulsor (en la elección del panel de expertos y en la discusión de los resultados). Para controlar estos riesgos, el presente trabajo ha sido planificado y codirigido por un equipo investigador independiente, de reconocido prestigio y representación profesional, y ha seguido un procedimiento sistematizado y objetivable en la selección de panelistas ¹⁷ y en el análisis estadístico e interpretación de resultados ¹⁸⁻²¹.

El proyecto se desarrolló en cuatro fases: 1) constitución de un comité científico, responsable de la dirección del proyecto y de la formulación de los ítems de encuesta; 2) constitución de un panel de psiquiatras expertos, con especial interés e implicación en la esquizofrenia; 3) encuesta por correo electrónico en dos rondas, con procesamiento intermedio de opiniones e informe a los panelistas; y 4) análisis de resultados y discusión de conclusiones en sesión presencial del comité científico y el panel experto.

Elaboración de cuestionario:

El Comité Científico del proyecto contó con representación formal de miembros de las Sociedad Española de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica, junto a un miembro independiente como asesor metodológico.

El trabajo del Comité se inició a partir de un primer borrador de encuesta que recopiló las principales recomendaciones clínicas recogidas en el "Consenso sobre la salud física del pacientes con esquizofrenia de la SEP-SEPBB 2008" y otras propuestas de la bibliografía actual. Cada ítem, por tanto, es una consideración (afirmativa o negativa) que recoge un criterio profesional o una recomendación clínica sobre el la salud física del paciente con esquizofrenia.

Mediante un proceso de revisión por correo electrónico, los miembros del Comité seleccionaron por unanimidad los ítems que consideraron más relevantes desde la perspectiva práctica asistencial. Tras este proceso, se aceptó como definitiva una versión final de la encuesta con 66 ítems, organizada en tres apartados conceptuales:

- Sección 1: *Consideraciones profesionales sobre el impacto de la esquizofrenia en la salud física de los pacientes afectados* (11 ítems)
- Sección 2: *Consideraciones profesionales sobre el impacto del tratamiento antipsicótico en la salud física del paciente con esquizofrenia* (16 ítems).
- Sección 3: *Recomendaciones clínicas al psiquiatra para la mejora de la salud física de sus pacientes con esquizofrenia:*
 - Recomendaciones sobre enfermedades infecciosas (5 ítems)
 - Recomendaciones sobre enfermedades neoplásicas (6 ítems)

Informe de Resultados

- Recomendaciones sobre enfermedades endocrino-metabólicas (10 ítems)
- Recomendaciones sobre enfermedades cardiovasculares (6 ítems)
- Recomendaciones sobre enfermedades neurológicas (3 ítems)
- Recomendaciones sobre enfermedades respiratorias (4 ítems)
- Recomendaciones sobre otras patologías físicas (5 ítems)

En el anexo 1 se detalla la descripción expresa de cada ítem, tal y como fueron presentados a los panelistas para su evaluación.

Para la valoración de cada cuestión se usó una única escala ordinal tipo Likert de nueve puntos (1-9), según el formato desarrollado por la Rand Corporation, categorizada mediante cualificadores lingüísticos apropiados a los contenidos de cada sección:

a) Para la valoración de criterios científicos o consideraciones profesionales sometidos al juicio de los panelistas (secciones 1 y 2), la escala empleada fue:

<i>DESACUERDO</i>			<i>NI ACUERDO, NI DESACUERDO</i>			<i>ACUERDO</i>		
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
↑						↑		
PLENO DESACUERDO						PLENO ACUERDO		

Criterios de valoración:

- **1-3:** Estoy en desacuerdo con la consideración (cuanta menor puntuación, mayor grado de desacuerdo).
- **4-6:** Ni acuerdo ni desacuerdo con la consideración; no tengo un criterio totalmente definido sobre la cuestión (elegir 4 o 6 si se está mas bien cerca del desacuerdo o del acuerdo, respectivamente).
- **7-9:** Estoy de acuerdo con la consideración (cuanta mayor puntuación, mayor grado de acuerdo).

b) Para la valoración de recomendaciones clínicas concretas (sección 3), se empleó la siguiente escala:

<i>INAPROPIADA</i>			<i>NI INAPROPIADA, NI APROPIADA</i>			<i>APROPIADA</i>		
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
↑						↑		
TOTALMENTE INAPROPIADA						TOTALMENTE APROPIADA		

Informe de Resultados

Criterios de valoración:

- 1-3: Estoy en desacuerdo con la recomendación (cuanta menor puntuación, más inapropiada se considera).
- 4-6: Ni acuerdo ni desacuerdo con la recomendación; no tengo un criterio totalmente definido sobre la recomendación (elegir 4 o 6 si se está más bien cerca del desacuerdo o del acuerdo, respectivamente).
- 7-9: Estoy de acuerdo con la recomendación (cuanta mayor puntuación, más apropiada se considera).

Tras cada cuestión se ofreció la posibilidad de añadir observaciones libres a los panelistas, explicativas de su voto. Las cuestiones no contestadas por considerarse el panelista no cualificado en la materia, se analizaron como casos perdidos a efectos estadísticos.

Selección del panel experto:

Ante la inexistencia de un marco muestral previo de expertos en el tema, los panelistas fueron seleccionados por el comité científico mediante, mediante una estrategia en "bola de nieve", según la propuesta de Goodman y Coleman ¹⁷, y a través de una búsqueda activa de autores relacionados con el tema de estudio, en las bases de datos bibliográficas de PubMed e IME (Índice Médico Español).

Finalmente aceptaron la invitación del Comité 15 expertos de ámbito estatal, 5 de los cuales participaron activamente en el Consenso de referencia ¹, a través del "Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia".

Trabajo de campo:

Se realizó mediante la distribución y recogida de cuestionarios a través del correo electrónico, en dos rondas separadas por un procesamiento intermedio. El trabajo de campo se desarrolló durante seis semanas, entre octubre y noviembre de 2009.

Análisis e interpretación de resultados:

Pese al carácter discreto de la escala de puntuación, para facilitar la comparación visual de las opiniones del grupo respecto a los distintos ítems, las puntuaciones al cuestionario se analizarán y representarán mediante el cálculo de los valores promedio de las puntuaciones de cada ítem y su correspondiente intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Informe de Resultados

En el método del uso apropiado de RAND/UCLA ^{20,22}, la decisión sobre el consenso alcanzado se establece dependiendo de la mediana de las puntuaciones y del nivel de concordancia de opiniones. Existe "concordancia" en el panel sobre un ítem cuando los expertos que puntúan fuera de la región de tres puntos (1-2, 4-6, 7-9) que contiene la mediana son menos de la tercera parte del panel (5 sujetos en este proyecto). Se determina "discordancia" cuando las puntuaciones de un tercio o más de los panelistas están en la región 1-3, y de otro tercio o más en la región 7-9. Los ítems que no se observa "concordancia" ni "discordancia", se consideran con un nivel de consenso "indeterminado".

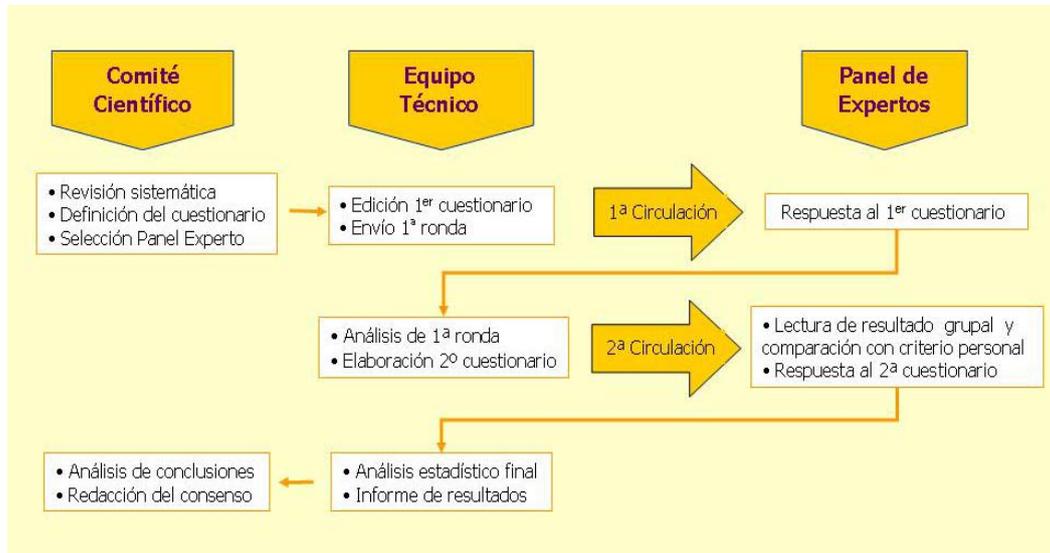
Para interpretar el consenso grupal alcanzado, se emplean los siguientes criterios: cuando existe "concordancia" y la mediana de las puntuaciones es superior a 6, se considera que el panel en su conjunto está de acuerdo con el ítem (o considera apropiada la recomendación que contiene); cuando existe "concordancia" y la mediana de las puntuaciones es inferior a 4, se considera que el panel en su conjunto está en desacuerdo con el ítem (o considera inapropiada la recomendación que contiene); los ítems en los que la mediana está en la región 4-6 y en los que se identifique "discordancia" se consideran dudosos y se proponen a la reconsideración del panel en la segunda ronda Delphi.

Entre ambas rondas, los panelistas son informados de la distribución detallada de las respuestas del grupo en la primera encuesta (mediante gráficos de barras), facilitándose los comentarios y aclaraciones aportadas por cada participante. Tras revisar esta información, se les solicitará a los panelistas una nueva valoración personal de los ítems no consensuados en la primera ronda.

Tras la segunda ronda de encuesta, se aplicaron criterios idénticos para discriminar los ítems definitivamente consensuados de aquéllos en los que no resulte posible unificar el criterio del panel. A efectos comparativos, cuanto más extremo resulte el promedio de puntuaciones de un ítem (más próximo a 1 o a 9), más manifiesto se considerará el consenso logrado, bien en el acuerdo o en el desacuerdo respectivamente, sobre la propuesta expresada por cada ítem. Los ítems en los que no se logra un consenso tras completar el proceso descrito se analizan de forma descriptiva para distinguir aquéllos en los que existan opiniones marcadamente diferentes entre los panelistas, de aquellos otros en los que una mayoría del grupo exprese no tener un criterio definitivo al respecto (voto = 4-6).

Informe de Resultados

Esquema del desarrollo del método Delphi modificado:



3.2. Metodología de la Encuesta Menphis

Diseño:

Encuesta profesional autocumplimentada mediante un formulario web por un grupo multicéntrico de psiquiatras españoles con práctica clínica habitual.

Periodo de estudio:

El trabajo de campo de esta encuesta se desarrolló entre octubre y noviembre de 2009.

Sujetos de estudio:

La población diana a la que se pretenden inferir los resultados globales de la investigación será el total del colectivo profesional psiquiátrico español. Para ello se seleccionó una muestra de conveniencia mediante la invitación a participar voluntariamente a un amplio grupo de especialistas en Psiquiatría, intentando distribuir ampliamente su procedencia geográfica, la diversidad de entornos sociosanitarios en los que ofrecen sus servicios y su heterogeneidad curricular, bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Psiquiatras en ejercicio, de ambos sexos y cualquier edad.
- Con práctica clínica en centros públicos o privados, y experiencia clínica en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

Informe de Resultados

- Que consientan en colaborar y en que su información personal y opiniones se empleen de forma anónima, con los fines de investigación exclusivos declarados en este estudio.

Tamaño muestral:

Se intentó alcanzar el reclutamiento de participantes de una muestra estatal de 400 participantes, estratificada por comunidades autónomas en submuestras de tamaño relativo al tamaño del colectivo profesional de psiquiatras de las distintas comunidades. Finalmente, se obtuvieron encuestas válidas de 314 profesionales (79% del total)

La muestra obtenida permitiría efectuar las estimaciones principales del estudio con un error máximo de $\pm 5,5\%$, para un intervalo de confianza del 95%, supuesta una selección aleatoria de participantes y las condiciones más desfavorables de distribución binomial de las respuestas a variables dicotómicas ($p = q = 0,5$).

Variables de estudio:

Se propuso a la consideración de los encuestados la misma batería de ítems explorados en el "*Consenso Delphi sobre la relevancia del manejo de la comorbilidad en el tratamiento del paciente con esquizofrenia*", proyecto en desarrollo sincrónico con la encuesta, en el que participó un panel nacional de expertos en esquizofrenia, empleándose una escala valorativa similar.

Además de dichos contenidos (ver más atrás), la encuesta Menphis incluyó un último apartado de la encuesta que analizó las prácticas y actitudes clínicas habituales entre los psiquiatras encuestados, según su propia autodeclaración anónima. Para ello se les propuso un amplio listado de posibles actitudes e intervenciones profesionales en los problemas de salud física de los pacientes con esquizofrenia. Se pidió al encuestado que señalase exclusivamente aquellas propuestas que representasen sus prácticas habituales (ver CRD del proyecto en anexo 1).

Informe de Resultados

4. Resultados

4.1. Consenso Delphi

Los 15 profesionales que aceptaron participar en el proyecto completaron las dos rondas de evaluación. En la primera ronda, se lograron consensuar 46 de las 66 propuestas analizadas, según los criterios de evaluación preestablecidos. Tras la consideración por los panelistas de los resultados obtenidos, se rescataron por consenso otros 17 ítems de las 20 situaciones reevaluadas en segunda vuelta, hasta alcanzarse una opinión consensuada del panel sobre 95,5% del cuestionario planteado.

Todos los ítems consensuados lo fueron en el acuerdo experto con las propuestas del Comité. En los 3 ítems restantes (4,5% del cuestionario) no pudo alcanzarse un consenso unánime entre los miembros del panel, bien por disparidad manifiesta de opinión profesional (ítem 20 y 23), o por ausencia de un criterio claramente establecido en una fracción representativa de los participantes (ítem 5).

A continuación se muestran, en tablas que recogen los estadísticos críticos y en gráficos en los que se representa el intervalo de confianza al 95% del promedio de puntuaciones del panel, los resultados del consenso para cada sección de encuesta.

En las figuras se pueden identificar visualmente las diferencias significativas de opinión entre los distintos ítems por la ausencia de solapamiento en los recorridos de sus respectivos IC95%. Se marcan en distinto color los ítems en los que no existe consenso grupal, según los criterios estadísticos convencionales.

En el lugar correspondiente al orden en el que apareció en el cuestionario, se representa la distribución detallada de respuestas, mediante los correspondientes gráficos de barras, de los ítems 5, 20 y 23 del listado, sobre los que el panel no alcanza un nivel de acuerdo suficiente para el consenso.

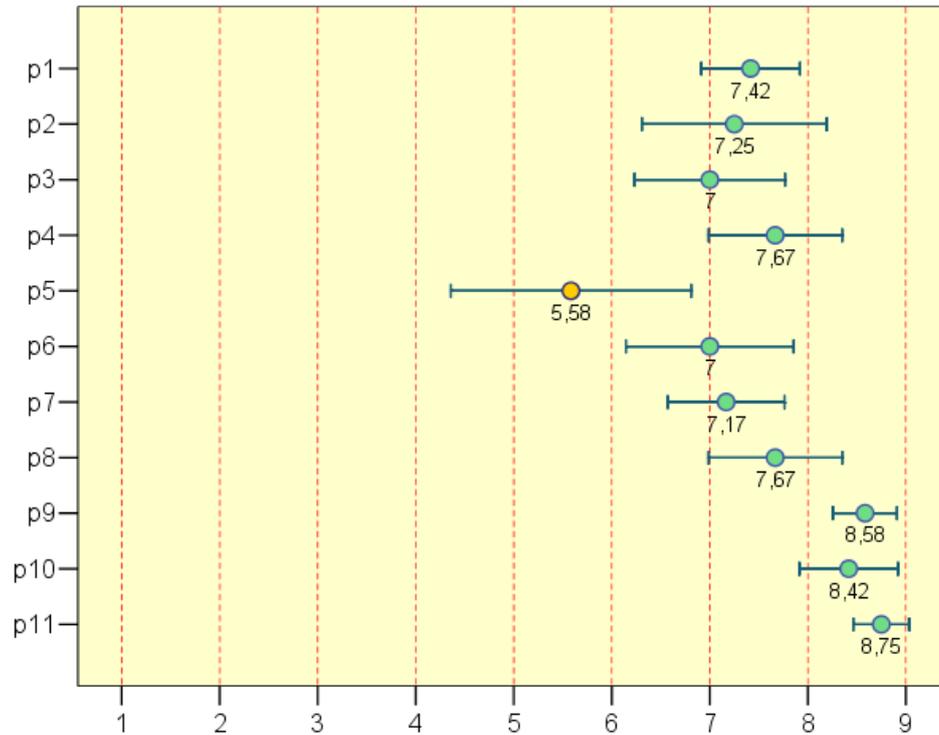
Informe de Resultados

Apartado 1: CONSIDERACIONES PROFESIONALES SOBRE EL IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA SALUD FÍSICA DE LOS PACIENTES AFECTADOS

Nº	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	IC 95%
p1	Los pacientes con esquizofrenia sufren una mayor prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C y el VIH que la población general.	7	7.0	6,3-7,7
p2	El conocimiento de la infección por VIH en los pacientes con esquizofrenia es significativamente inferior que el de la población sin trastorno mental y su preocupación por esta enfermedad es escasa.	7	7.2	6,5-7,9
p3	Los pacientes con esquizofrenia sufren incidencias superiores de cáncer en general que la población sin trastornos mentales (en especial de mama, pulmón y faringe).	7	6.5	5,7-7,3
p4	Los pacientes con esquizofrenia, por su propia naturaleza, muestran tasas elevadas de diabetes, de intolerancia a la glucosa y de síndrome metabólico respecto a la población general, con independencia de su tratamiento farmacológico.	7	7.3	6,6-8,0
p5	Parece no existir una mayor prevalencia de ictus, epilepsia y cefaleas en los pacientes con esquizofrenia respecto a los controles normales.	6	5.8	4,8-6,8
p6	La prevalencia de discinesia espontánea en los pacientes con esquizofrenia que no han recibido tratamiento antipsicótico es elevada y superior a la de la población sana.	7	7.1	6,4-7,7
p7	Los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan una mayor tasa de insuficiencia cardiaca, arritmias y síncope.	7	6.7	5,9-7,4
p8	La prevalencia de patología respiratoria (asma, EPOC y enfisema) es significativamente superior a la de la población general y a la de los pacientes con otros trastornos mentales graves.	7	7.3	6,7-8,0
p9	El tabaquismo comórbido es el principal factor de riesgo para desarrollar patología respiratoria en los pacientes con esquizofrenia.	9	8.4	8,0-8,8
p10	El alto consumo de tabaco con intensa dependencia es un determinante principal de morbimortalidad relacionada con el estilo de vida de los pacientes con esquizofrenia (implicado en la enfermedad cardiovascular, respiratoria, cáncer, politoxicomanias, etc.).	8	8.3	8,0-8,7
p11	Los pacientes con esquizofrenia presentan un exceso de mortalidad global por causas naturales, debido a una mayor presencia de enfermedades respiratorias, digestivas, genitourinarias, cardiovasculares, infecciosas, mentales y endocrinas.	9	8.5	8,1-8,9

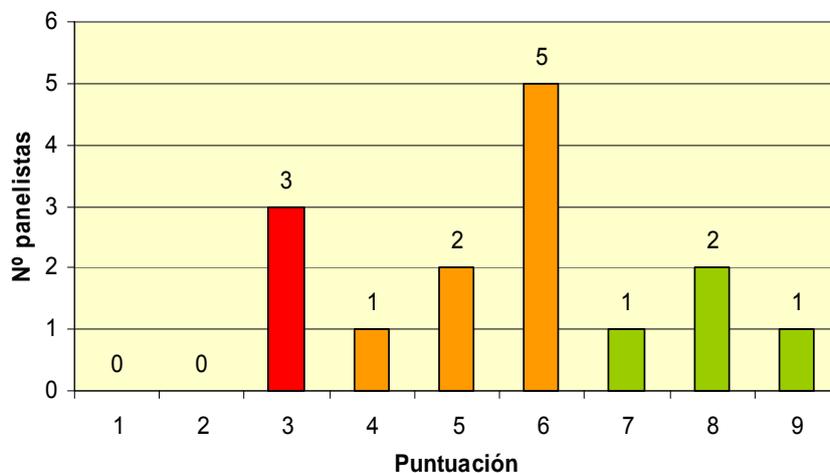
Informe de Resultados

Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio



No se logra, según los criterios detallados en “Material y métodos” consenso del panel sobre el ítem 5. En este caso no existe de discordancia en el criterio experto, sino un posicionamiento de la mayoría del panel en posiciones de indeterminación sobre el ítem (región 4-6).

ÍTEM 5



Informe de Resultados

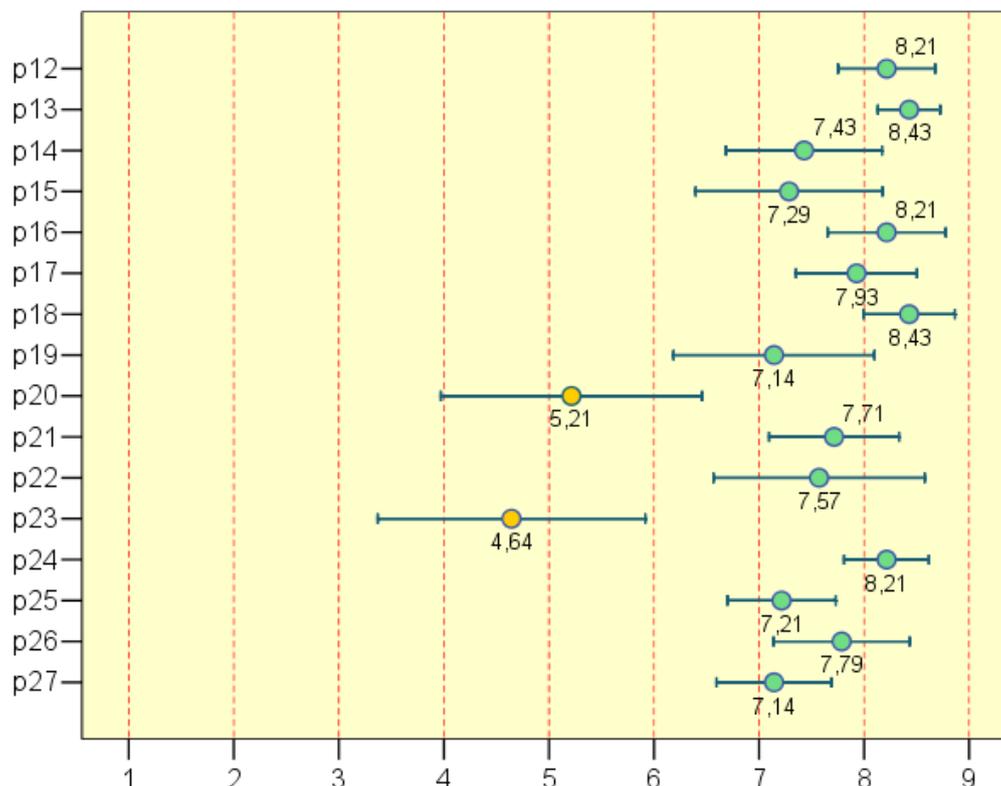
Apartado 2: CONSIDERACIONES PROFESIONALES SOBRE EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN LA SALUD FÍSICA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Nº	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	IC 95%
p12	La toxicidad neurológica de los antipsicóticos (síntomas extrapiramidales) es más común en pacientes vulnerables (primeros episodios, ancianos, cronicidad o pacientes no respondedores, mujeres, sobre todo mayores de 40 años, etc.).	8	8.3	7,9-8,7
p13	Los antipsicóticos atípicos muestran una reducción del riesgo de efectos extrapiramidales respecto a los típicos, aunque también pueden producirlos, particularmente a dosis altas (o escalado rápido) y en tratamientos de larga duración.	8	8.2	7,7-8,7
p14	El uso de agentes anticolinérgicos por síntomas extrapiramidales es un factor de riesgo de deterioro cognitivo de los pacientes con esquizofrenia.	7	7.4	6,8-8,0
p15	La hiperprolactinemia es un efecto adverso dosis-dependiente del tratamiento antipsicótico más difícil de reconocer que otros (sobrepeso, neurológicos, metabólicos, etc.).	7	7.4	6,6-8,2
p16	La hiperprolactinemia causa consecuencias clínicas manifiestas en ambos sexos (alteración menstrual, ginecomastia, galactorrea, acné/hirsutismo, osteoporosis, aumento de riesgo de cáncer de mama y endometrio, en mujeres; alteraciones de la fertilidad masculina y disfunción sexual en ambos sexos).	8	8.1	7,6-8,6
p17	La disfunción sexual por hiperprolactinemia, aunque no suele ser motivo de consulta, influye negativamente en la adherencia al tratamiento.	8	7.9	7,4-8,4
p18	Amisuprida y risperidona presentan riesgo de incremento sustancial de los niveles de prolactina.	9	8.3	7,9-8,7
p19	Los tratamientos antipsicóticos (típicos y atípicos) se asocian a un mayor riesgo de diabetes en los pacientes con esquizofrenia, aunque no se haya establecido una relación causal.	7	7.3	6,4-8,1
p20	No resultan concluyentes las pruebas de mayor o menor riesgo de diabetes entre los usuarios de antipsicóticos de primera o segunda generación.	5	5.1	4,0-6,2
p21	Además de ser un potencial efecto adverso del tratamiento psicofarmacológico, hay otras variables principales relacionadas con el aumento de peso en los pacientes con esquizofrenia, entre las que se encontrarían el propio trastorno psiquiátrico, estilos de vida no saludables, recursos de salud limitados y falta de conciencia de enfermedad.	8	7.7	7,1-8,2
p22	La prevalencia de dislipidemia también aumenta en los pacientes usuarios de fármacos antipsicóticos.	8	7.5	6,7-8,4

Informe de Resultados

p23	Aunque los antipsicóticos atípicos presentan diferentes perfiles metabólicos, la trascendencia clínica de estas diferencias es controvertida.	3	4.6	3,5-5,8
p24	El tratamiento antipsicótico debería personalizarse en función de las necesidades individuales de cada paciente, valorándose la posible sustitución del agente antipsicótico en caso de alteraciones metabólicas relevantes no controlables con otras medidas.	8	8.1	7,8-8,5
p25	Algunos fármacos antipsicóticos se relacionan con una prolongación patológica del intervalo QT electrocardiográfico, que puede asociarse a síntomas menores (mareo, palpitaciones y síncope), pero también arritmias ventriculares y muerte súbita.	7	7.3	6,8-7,7
p26	Los riesgos por alteraciones del intervalo QT aumentan con la dosis, tanto en agentes típicos (especialmente) como atípicos. Sertindole, ziprasidona, risperidona y zotepina (en orden decreciente) son los antipsicóticos de 2.ª generación con mayor riesgo.	8	7.7	7,2-8,3
p27	Los pacientes tratados con fármacos antipsicóticos tienen mucho mayor riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio que los sujetos control.	7	7.1	6,7-7,7

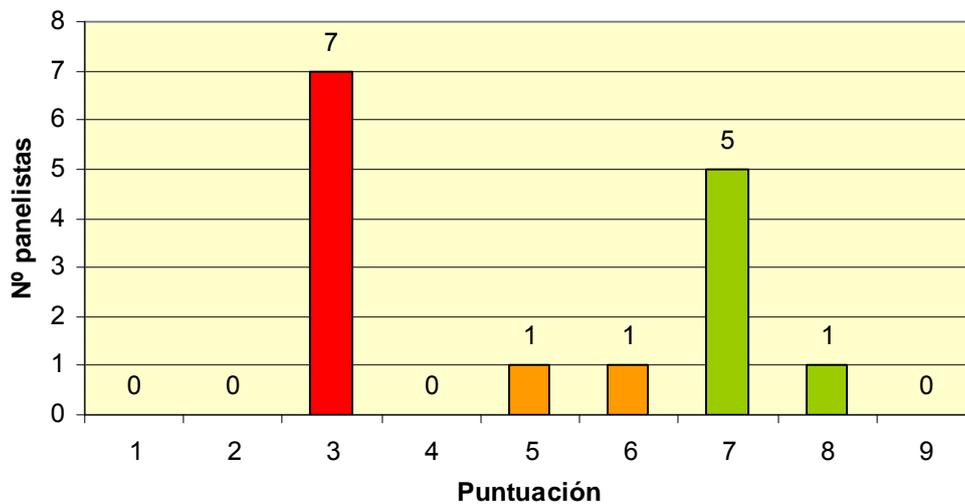
Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio



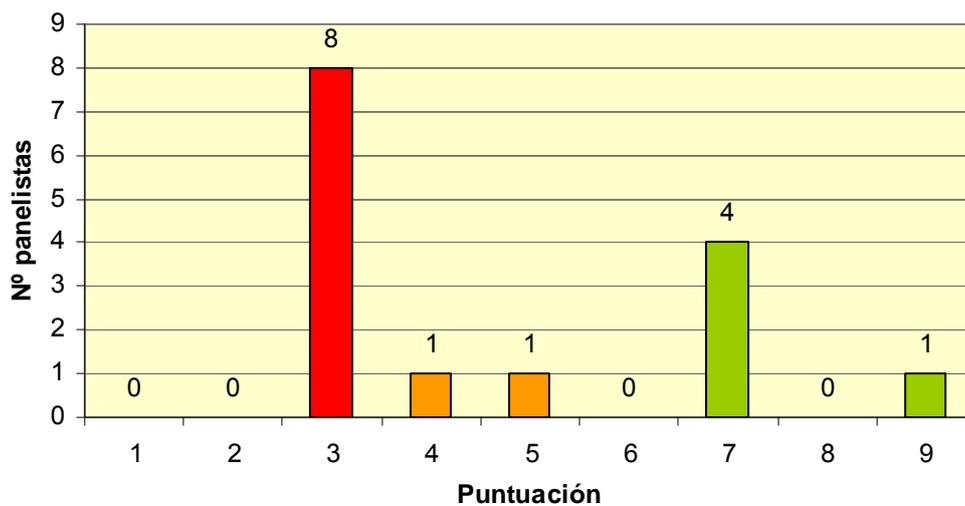
Informe de Resultados

No se logra, según los criterios detallados en "Material y métodos" consenso del panel sobre los ítems 20 y 23. En ambos casos, se objetiva discordancia en el criterio de los expertos, con un claro posicionamiento bimodal de las puntuaciones de los panelistas entre las regiones extremas (desacuerdo = 1-3 y acuerdo = 7-9).

ÍTEM 20



ÍTEM 23



Informe de Resultados

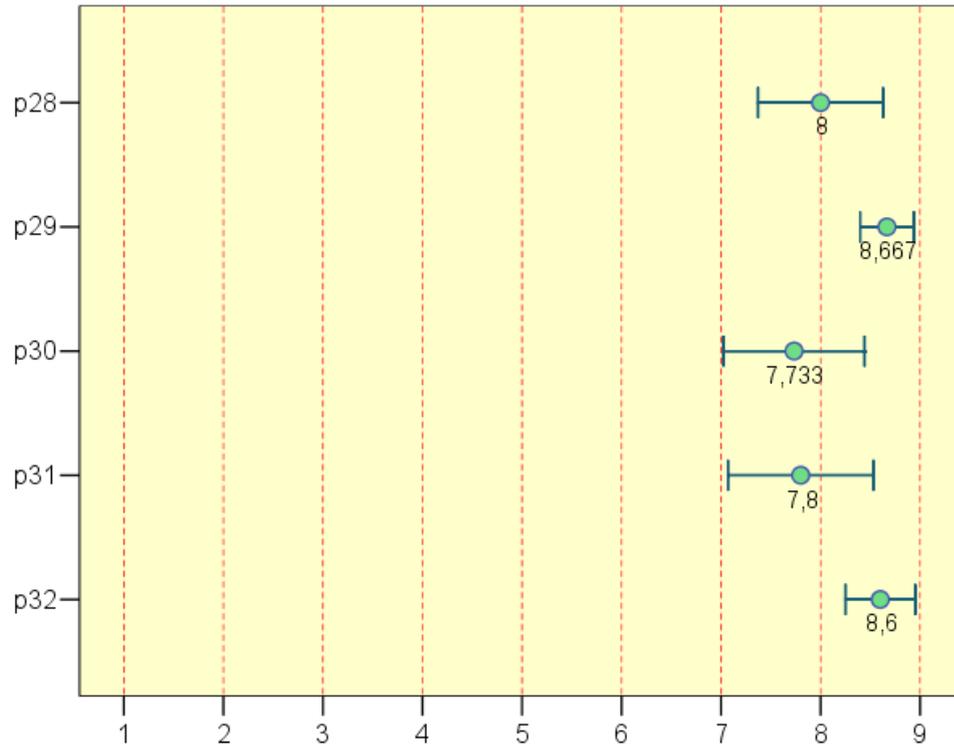
Apartado 3: RECOMENDACIONES CLÍNICAS AL PSIQUIATRA PARA LA MEJORA DE LA SALUD FÍSICA DE SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Nº	Recomendaciones	Mediana	Media	IC 95%
p28	Por su alta prevalencia, en el momento del diagnóstico de un paciente con esquizofrenia deben valorarse posibles conductas de riesgo para infecciones virales por VHB, VHC y VIH (uso de drogas por vía parenteral con intercambio de agujas y comportamiento sexual promiscuo y sin protección).	8	8.0	7,4-8,6
p29	Si se detectan o sospechan conductas de riesgo debe realizarse a todos los pacientes serología frente al VHB, VHC y VIH, junto a una serología luética (VDRL), y repetirlas periódicamente si se mantienen dichos comportamientos.	9	8.7	8,4-8,9
p30	Si los resultados sexológicos son negativos, los pacientes con esquizofrenia deben recibir una intervención educativa preventiva específica sobre los mecanismos y riesgos de la transmisión sexual, la parenteral y de maternofetal.	8	7.7	7,1-8,4
p31	A todos los pacientes con esquizofrenia con factores de riesgo y hepatitis B negativa (anti-HBs negativo) se les debe recomendar la vacunación contra dicho agente.	8	7.8	7,1-8,5
p32	Si algunas de las infecciones virales es positiva, además de derivar al especialista, se debe evitar la prescripción de fármacos hepatotóxicos, recomendar la abstinencia de alcohol y tener en cuenta posibles interacciones con la medicación antirretroviral.	9	8.6	8,3-8,9

Informe de Resultados

Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio



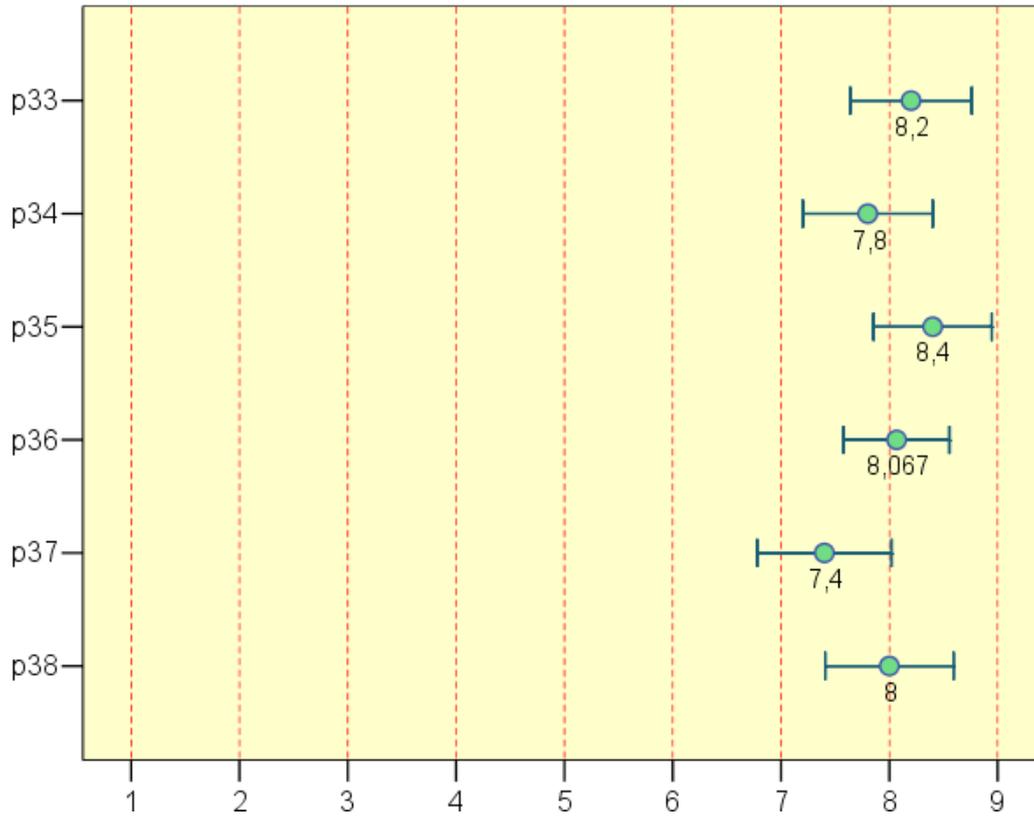
Informe de Resultados

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Nº	Recomendaciones	Mediana	Media	IC 95%
p33	Los psiquiatras deben incluir en todas las historias clínicas de sus pacientes con esquizofrenia los siguientes datos para colaborar a la detección precoz del cáncer: antecedentes familiares oncológicos, hábitos sexuales y alimentarios, sedentarismo, índice de masa corporal (IMC), niveles de prolactina y exploración física general.	9	8.2	7,7-8,7
p34	El psiquiatra debe efectuar el seguimiento de las recomendaciones del "Código Europeo contra el Cáncer" para la población general (sobre tabaquismo, obesidad, actividad física, dieta, alcohol, sol, carcinógenos y programas de detección precoz, recogidas en anexo 2) en sus pacientes con esquizofrenia e insistir y reforzarlas específicamente.	8	7.8	7,3-8,3
p35	Por su especial prevalencia y su intensa dependencia nicotínica, el psiquiatra debe adoptar una actitud proactiva en la identificación del tabaquismo, en la valoración del deseo de deshabituación y en el seguimiento de las fases de cambio durante el tratamiento.	9	8.4	7,9-8,9
p36	En el abordaje terapéutico psiquiátrico de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento por cáncer se deben tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas.	8	8.1	7,6-8,5
p37	En caso de cáncer de colon y cérvix, se deben evitar los agentes antipsicóticos que aumenten el peso.	7	7.4	6,8-8,0
p38	En caso de cáncer de pulmón, mama y ovario, se deben elegir agentes antipsicóticos que no produzcan hiperprolactinemia.	8	8.0	7,5-8,5

Informe de Resultados

Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio



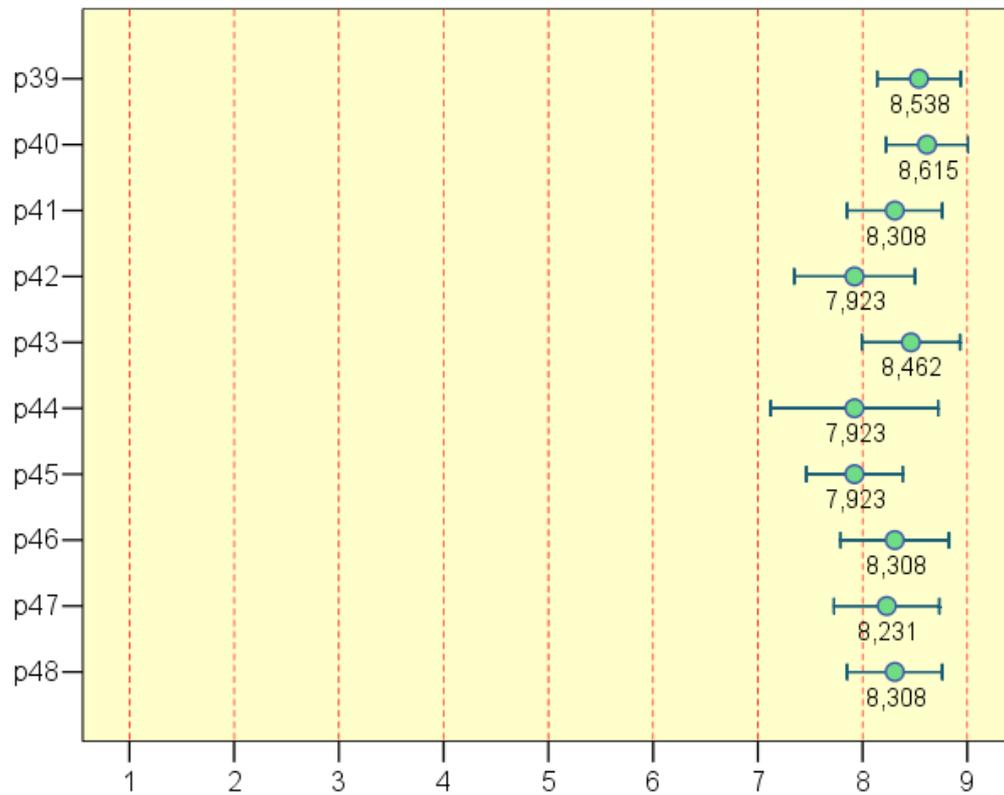
Informe de Resultados

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS

Nº	Recomendaciones	Mediana	Media	IC 95%
p39	En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe efectuar un registro de las medidas antropométricas del paciente (peso, altura, IMC y perímetro abdominal).	9	8.5	8,1-8,8
p40	En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe solicitar una analítica en ayunas de al menos 8 horas con las siguientes determinaciones rutinarias: hematimetría, glucemia, perfil lipídico completo –colesterol, triglicéridos, HDL y LDL colesterol– y creatinina basal.	9	8.6	8,3-8,9
p41	Si los resultados son normales se deben repetir anualmente las pruebas complementarias y cada 6 meses la medición antropométrica.	8	8.3	8,0-8,7
p42	Cada vez que se cambie la medicación o si el paciente aumenta de peso, se deben repetir los exámenes complementarios.	8	8.0	7,5-8,5
p43	El psiquiatra debe insistir y reforzar un estilo de vida saludable (composición dietética adecuada y ejercicio) en cada consulta de seguimiento.	9	8.5	8,1-8,9
p44	El psiquiatra debe valorar la conveniencia del fármaco antipsicótico elegido según el perfil de riesgo endocrino-metabólico actual del paciente, evitando, si es necesario, los agentes que más modifiquen el peso y/o el perfil glucémico o lipídico, en caso de situaciones no controlables con las estrategias no farmacológicas.	8	7.7	6,8-8,6
p45	Si no se consigue el control con las medidas preventivas, el paciente debe ser activamente derivado al médico de cabecera o al especialista correspondiente.	8	7.7	7,2-8,3
p46	A todo paciente en tratamiento antipsicótico se le debe interrogar expresamente por la posible aparición con el tratamiento de trastornos menstruales, ginecomastia, galactorrea, acné/hirsutismo, infertilidad o disfunción sexual.	8	8.3	7,8-8,7
p47	A todo paciente en tratamiento antipsicótico inductor potencial de una hiperprolactinemia (amilsuprida, risperidona, etc.) se le debe realizar una determinación anual de prolactinemia, y siempre que exista galactorrea.	8	7.9	7,1-8,7
p48	En caso de hiperprolactinemia sintomática o ante el diagnóstico de osteoporosis en un paciente en tratamiento antipsicótico, se debe valorar el cambio a otro agente de menor riesgo de disfunción endocrina.	8	8.2	7,8-8,6

Informe de Resultados

Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio



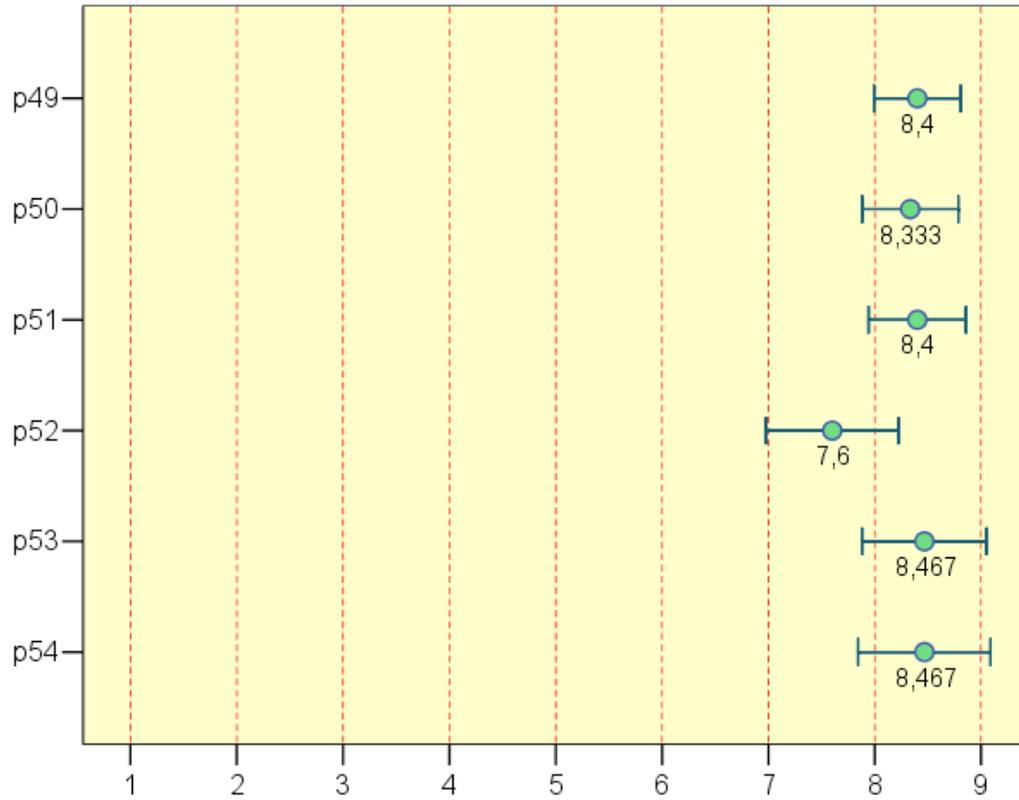
Informe de Resultados

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Nº	Recomendaciones	Mediana	Media	IC 95%
p49	En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe efectuar un registro sistemático de las constantes vitales cardiovasculares del paciente (tensión arterial y frecuencia cardíaca) y valorar la presencia anterior de sintomatología compatible con cardiopatía isquémica o arritmia cardíaca.	9	8.4	8,0-8,8
p50	En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe solicitar un electrocardiograma (ECG) a todos los pacientes.	9	8.3	7,9-8,7
p51	Si existen factores de riesgo cardiovascular se debe repetir anualmente el ECG y controlar cada 6 meses las constantes vitales (TA, pulso).	9	8.4	8,0-8,8
p52	Cada vez que se cambie la medicación o si el paciente aumenta de peso, se deben repetir estos exámenes.	8	7.6	7,0-8,2
p53	Si se identifica prolongación del intervalo QT en el ECG, silente o sintomática (mareo, palpitaciones, síncope, etc.), se debe valorar las posibilidades de reducción de dosis y/o cambio del agente antipsicótico por uno de menor riesgo.	9	8.5	7,9-9,0
p54	Los pacientes con sintomatología compatible con isquemia coronaria, los que no consiguen un control adecuado de la TA con recomendaciones higiénico-dietéticas, o los que presentan anomalías en el ECG, deben ser activamente derivados para estudio al médico de cabecera, o al especialista correspondiente.	9	8.5	7,9-9,0

Informe de Resultados

Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio

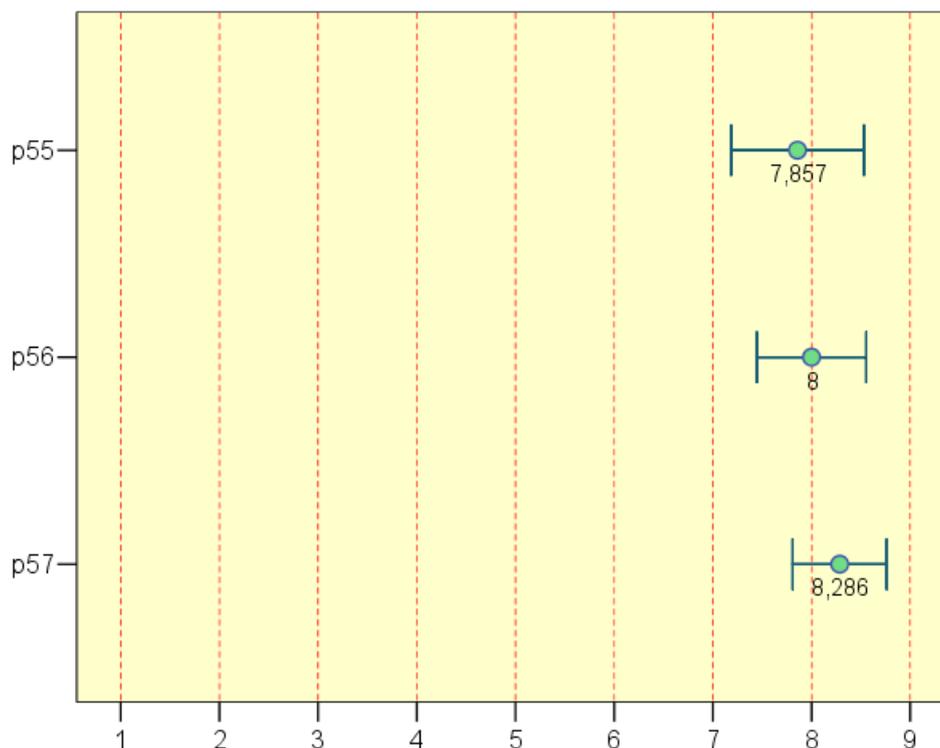


Informe de Resultados

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Nº	Recomendaciones	Mediana	Media	IC 95%
P55	En todos los pacientes debe valorarse clínicamente la presencia de síntomas extrapiramidales y de discinesia tardía, con o sin ayuda de instrumentos de evaluación psicométrica (p. ej., la Escala de Acatisia de Simpson-Angus y la Escala de Movimientos Anormales), cada 3 meses si el tratamiento antipsicótico es de primera generación y cada 6 meses si es de segunda generación.	8	7.9	7,2-8,5
P56	Para prevenir estas complicaciones en los sujetos con más riesgo (hombres jóvenes, primeros episodios, mujeres ancianas, daño neurológico previo, etc.) se deben elegir fármacos antipsicóticos atípicos con bajo perfil de estos efectos adversos.	8	8.0	7,5-8,5
P57	En presencia de estos síntomas neurológicos se añadirán al tratamiento los fármacos correctores apropiados (benzodiazepinas en el caso de acatisia y anticolinérgicos en el caso de parkinsonismo) y se debe considerar el cambio de antipsicótico por un atípico con perfil bajo de estos efectos adversos.	9	8.3	7,9-8,7

Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio

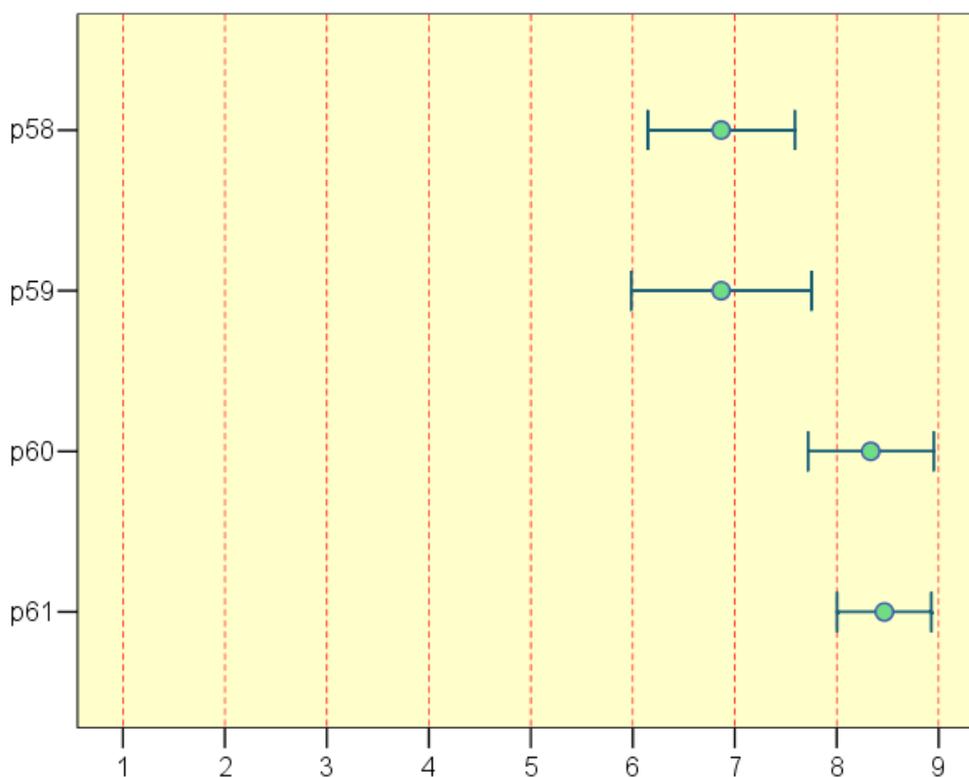


Informe de Resultados

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

N°	Recomendaciones	Mediana	Media	IC 95%
P58	Para facilitar la detección de trastornos respiratorios, el psiquiatra incluirá la auscultación en la exploración física de sus pacientes con esquizofrenia y valorará la posible indicación de una radiografía de tórax, especialmente si el paciente está ingresado.	7	6.9	6,2-7,5
P59	Se explorará expresamente la posible presencia de síndrome de apnea del sueño, realizando una historia clínica específica y valorando el grado de somnolencia diurna mediante cuestionarios (p. ej., la Escala de Somnolencia de Epworth).	7	6.9	6,1-7,7
P60	A todos los pacientes con esquizofrenia se les recomendará disminuir/abandonar el consumo de tabaco. En caso de EPOC se recomendará vacuna antigripal.	9	8.3	7,8-8,9
P61	El psiquiatra, ante la descompensación respiratoria de sus pacientes con esquizofrenia, valorará el ajuste de los psicofármacos sedantes y las benzodiazepinas.	9	8.5	8,0-8,9

Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio



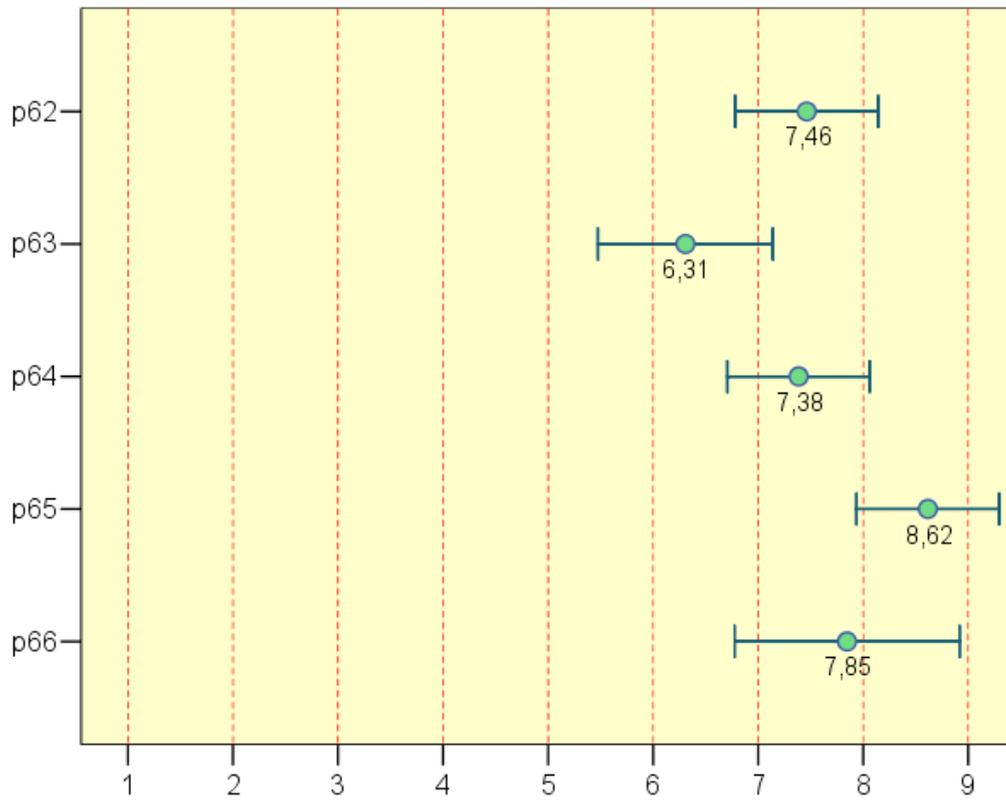
Informe de Resultados

RECOMENDACIONES SOBRE OTRAS PATOLOGÍAS FÍSICAS

Nº	Recomendaciones	Mediana	Media	IC 95%
P62	Para colaborar en la identificación de las cataratas, el psiquiatra interrogará a sus pacientes con esquizofrenia por cambios en la visión, especialmente visión borrosa y visión de lejos, recomendando una revisión por el oftalmólogo (anual a los mayores de 40 años, y cada dos años a los menores de 40 años).	7	7.3	6,8-7,9
P63	En el paciente con esquizofrenia que desarrolle cataratas se debe valorar la posibilidad de cambio de tratamiento por otro antipsicótico.	7	6.1	5,2-6,9
P64	El psiquiatra debe reforzar en cada visita los hábitos higiénicos bucodentales y recomendar revisiones anuales por el odontólogo, así como valorar la posible necesidad de cambio a un antipsicótico que no produzca (o produzca menos) sequedad de boca.	7	7.3	6,7-7,8
P65	Los pacientes tratados con clozapina deben seguir un protocolo específico de vigilancia por riesgo de agranulocitosis.	9	8.6	8,1-9,2
P66	Los pacientes tratados con clozapina deben vigilarse por el posible desarrollo de miocarditis (síntomas de fatiga, disnea, fiebre y palpitaciones, o hallazgos ECG como anomalías del intervalo ST e inversión de la onda T). Ante la sospecha se pedirá recuento leucocitario y niveles séricos de troponina. Si se confirma el diagnóstico se debe suspender clozapina y derivar al médico de Atención Primaria.	8	7.7	6,9-8,6

Informe de Resultados

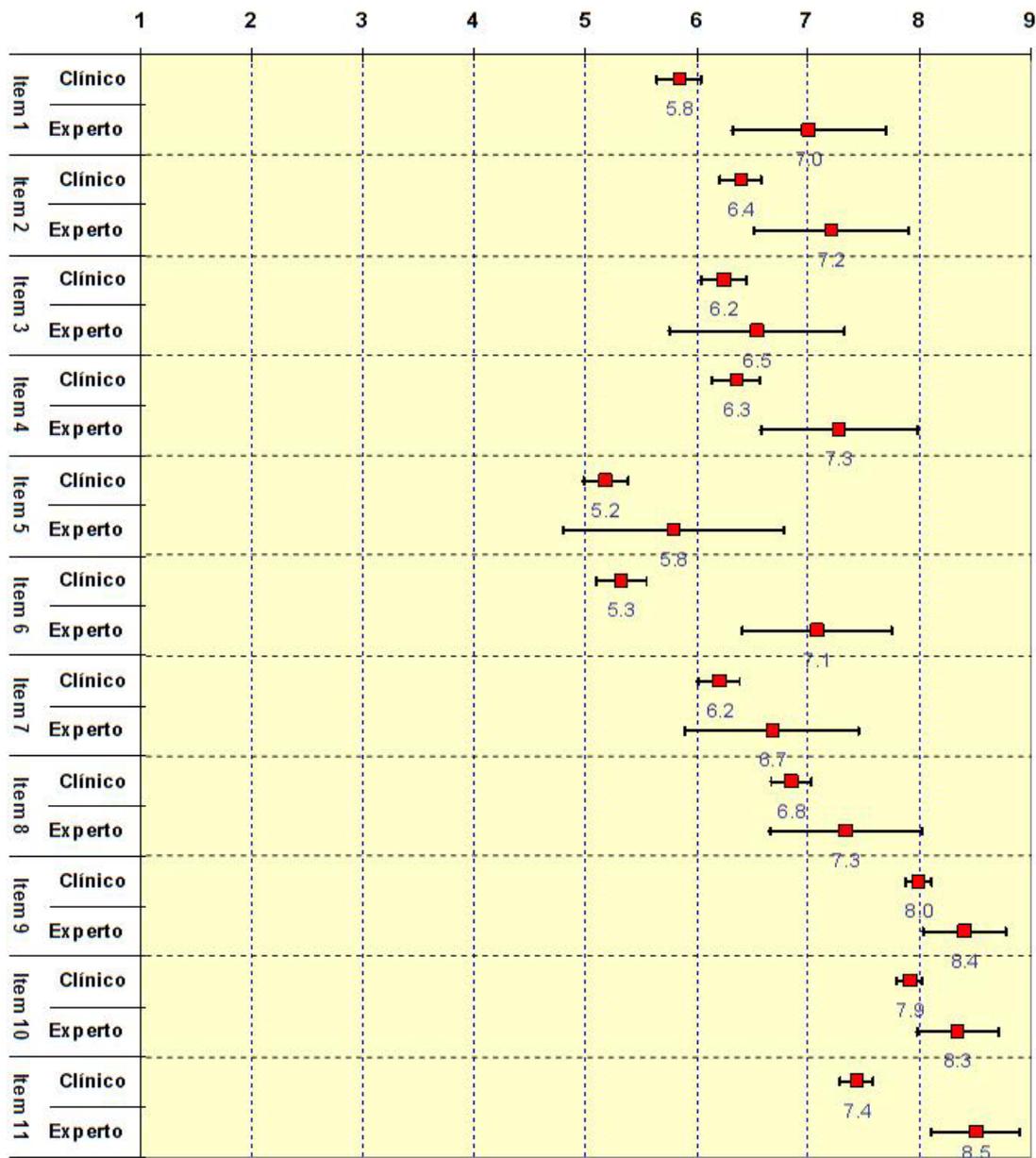
Valor medio de puntuaciones a cada ítem e IC 95% del promedio



Informe de Resultados

4.2. Comparación de resultados de Consenso Delphi (expertos) y Encuesta Menphis (clínicos)

A) CONSIDERACIONES PROFESIONALES SOBRE EL IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA SALUD FÍSICA DE LOS PACIENTES AFECTADOS



Informe de Resultados

Para comprobar si la procedencia de los encuestados (Delphi versus Menphis), determina diferencias distribucionales en la localización y en la forma de sus respuestas a los ítems del cuestionario, se efectuaron las correspondientes pruebas U de Mann Whitney, apropiadas para variables de escalas ordinal o distribución no normal.

En todos los casos en los que se obtienen valores de significación $p \geq 0,05$, no se puede descartar la hipótesis nula del test (esto es, que ambas muestras de encuestados proceden de una misma población troncal teórica, y que comparten idéntico criterio profesional sobre el ítem valorado). Cuando el nivel de significación sea inferior a 0,05 se identifican manifiestas diferencias de opinión entre ambos grupos sobre el ítem correspondiente, en la dirección (mayor o menor a cuerdo, de uno u otro grupo) que se puede apreciar en el gráfico de valores promedio.

Tabla 1: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las consideraciones profesionales sobre el impacto de la esquizofrenia en la salud física de los pacientes afectados

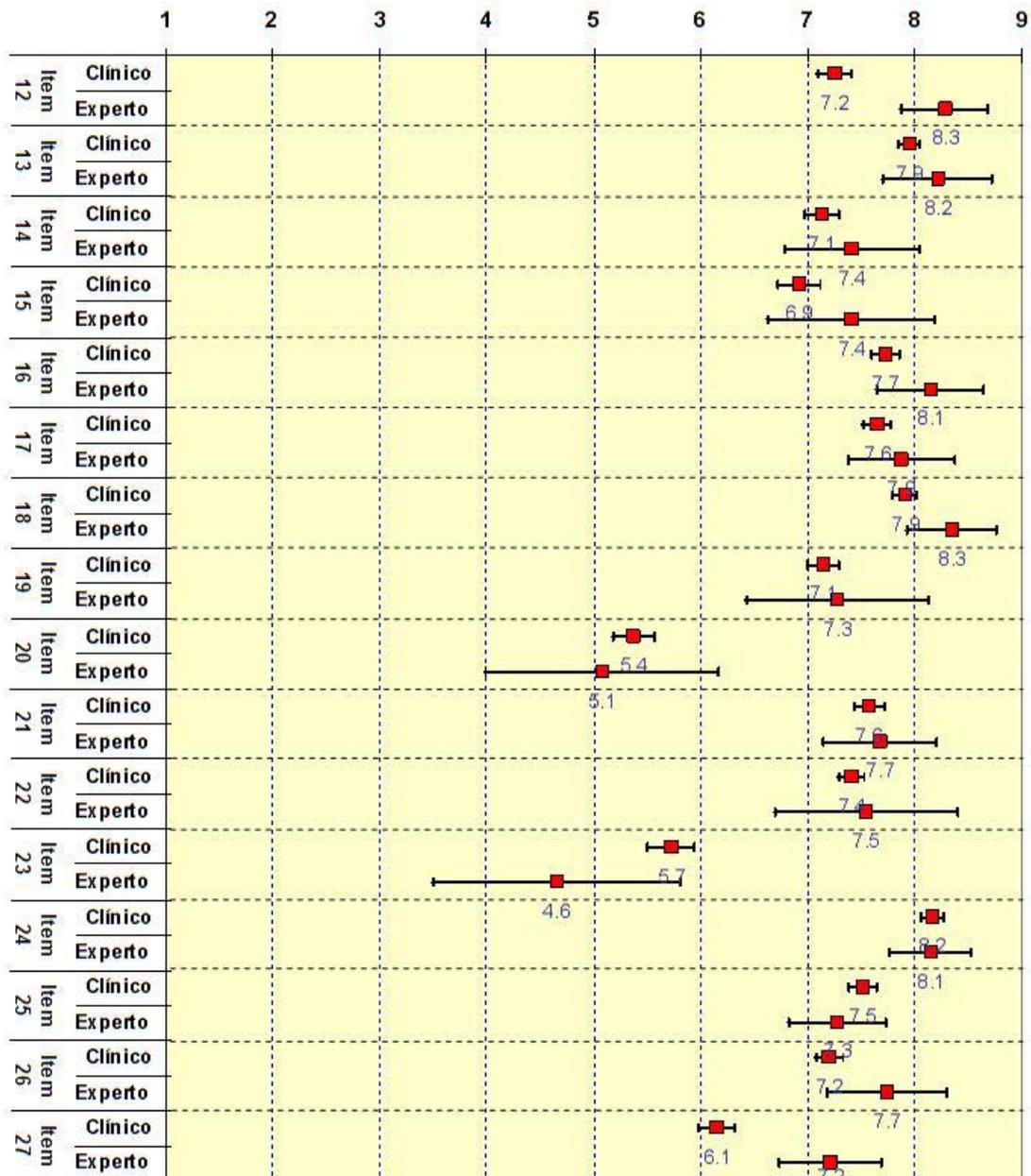
Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
<i>Consideración</i>		<i>p¹</i>
	1	0.005
	2	0.03
	3	0.78
	4	0.07
	5	0.24
	6	0.001
	7	0.28
	8	0.28
	9	0.11
	10	0.09
	11	0.001

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación:  Diferencias significativas  No diferencias significativas

Informe de Resultados

B) CONSIDERACIONES PROFESIONALES SOBRE EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN LA SALUD FÍSICA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA



Informe de Resultados

Tabla 2: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las consideraciones profesionales sobre el impacto del tratamiento antipsicótico en la salud física del paciente con esquizofrenia

Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
Consideración		p^1
	12	0.001
	13	0.11
	14	0.62
	15	0.28
	16	0.15
	17	0.47
	18	0.08
	19	0.47
	20	0.60
	21	0.99
	22	0.23
	23	0.07
	24	0.69
	25	0.22
	26	0.11
	27	0.005

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación:  Diferencias significativas  No diferencias significativas

Informe de Resultados

C) RECOMENDACIONES CLÍNICAS AL PSIQUIATRA PARA LA MEJORA DE LA SALUD FÍSICA DE SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

C. 1. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

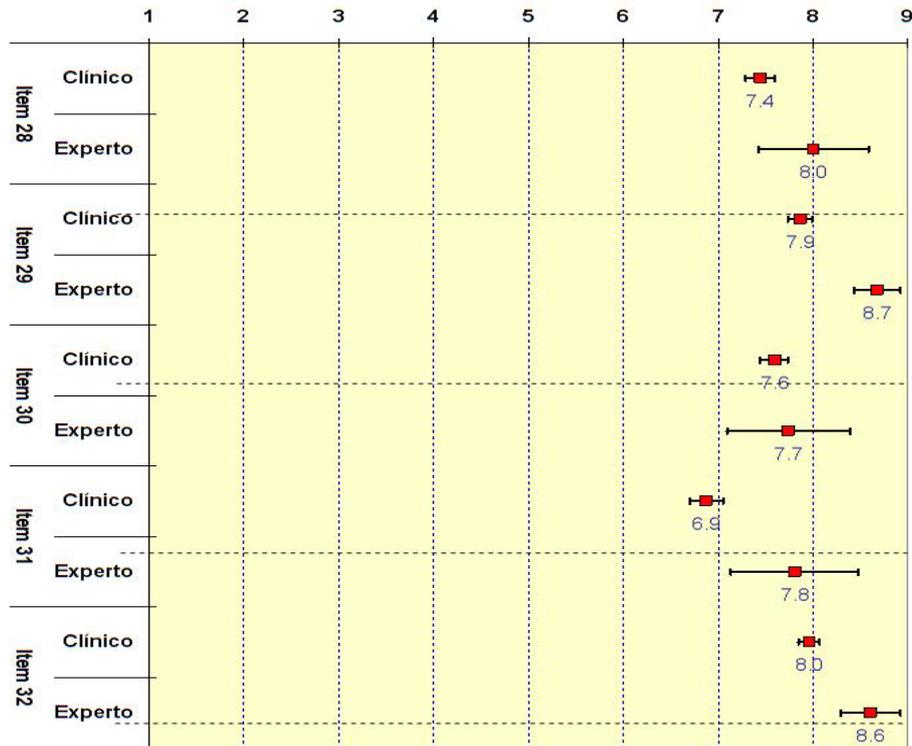


Tabla 3: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las recomendaciones sobre enfermedades infecciosas

Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
Consideración		p^1
😊	28	0.12
😞	29	0.003
😊	30	0.71
😞	31	0.03
😞	32	0.01

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación: 😞 Diferencias significativas 😊 No diferencias significativas

Informe de Resultados

C.2. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

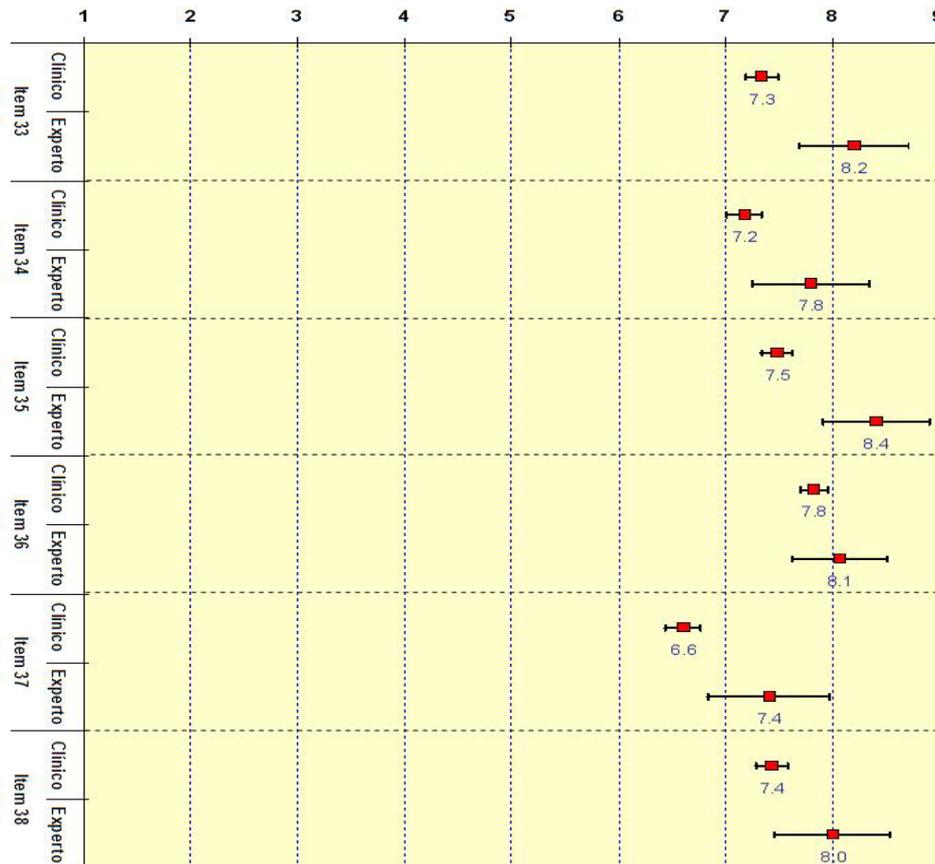


Tabla 4: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las recomendaciones sobre enfermedades neoplásicas

Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
Consideración		p^1
☹️	33	0.01
😊	34	0.12
☹️	35	0.003
😊	36	0.56
☹️	37	0.03
😊	38	0.09

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación: ☹️ Diferencias significativas 😊 No diferencias significativas

Informe de Resultados

C.3. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS

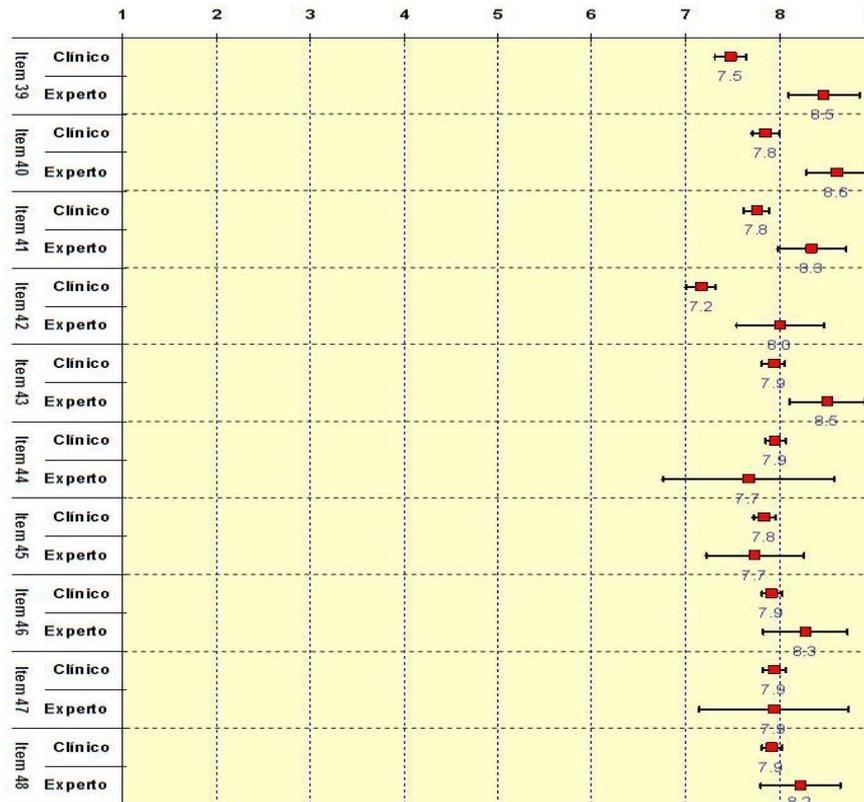


Tabla 5: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las recomendaciones sobre enfermedades endocrino-metabólicas

Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
Consideración		p^1
☹️	39	0.00
☹️	40	0.01
😊	41	0.05
☹️	42	0.02
😊	43	0.05
😊	44	0.86
😊	45	0.72
😊	46	0.13
😊	47	0.53
😊	48	0.29

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación: ☹️ Diferencias significativas 😊 No diferencias significativas

Informe de Resultados

C.4. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

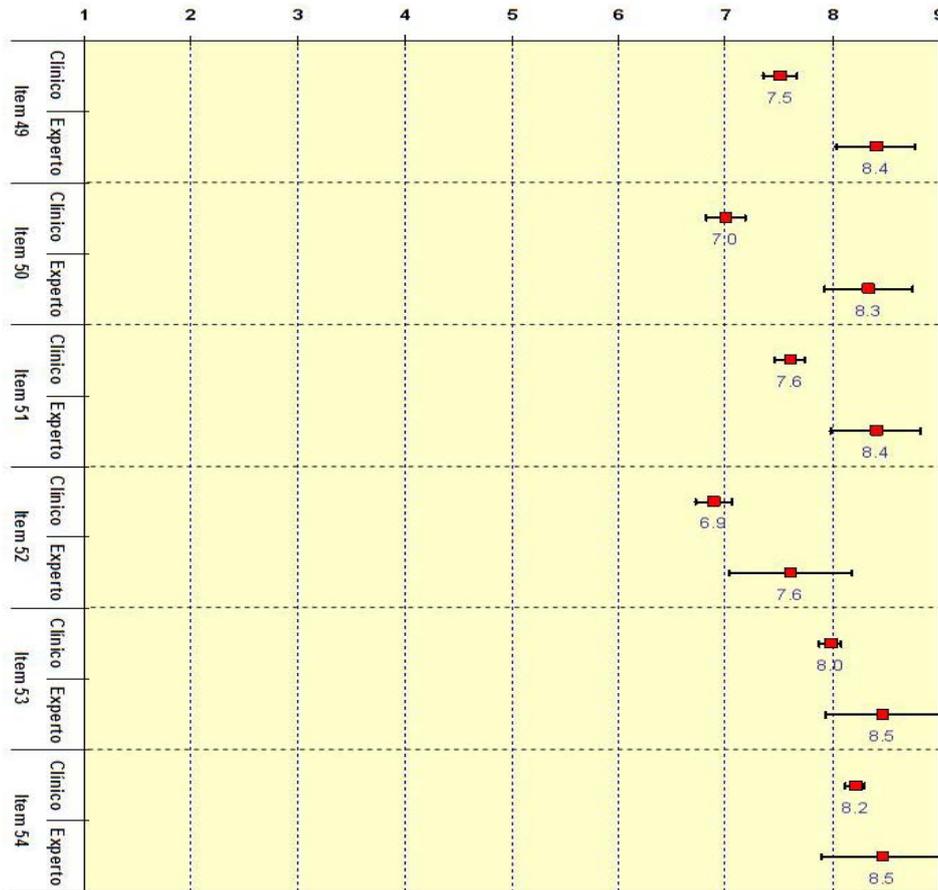


Tabla 6: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las recomendaciones sobre enfermedades cardio-vasculares

Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
Consideración		p^1
☹️	49	0.01
☹️	50	0.007
☹️	51	0.01
😊	52	0.09
☹️	53	0.01
😊	54	0.06

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación: ☹️ Diferencias significativas 😊 No diferencias significativas

Informe de Resultados

C.5. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS (sintomatología extrapiramidal y discinesia tardía)

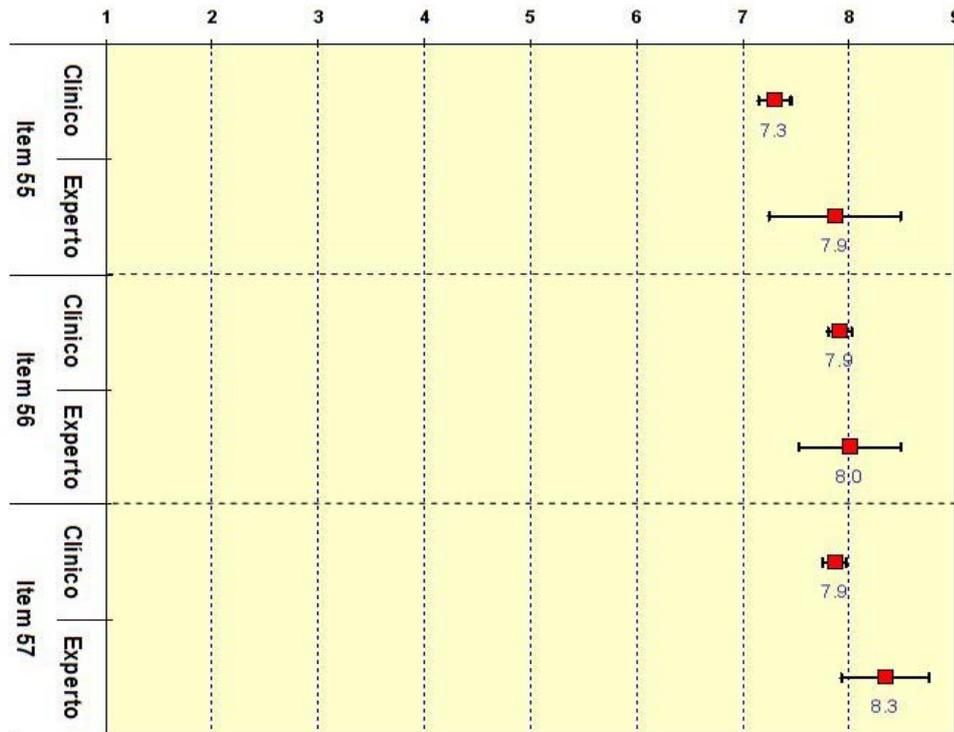


Tabla 7: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las recomendaciones sobre enfermedades neurológicas.

Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
Consideración		p^1
😊	55	0.09
😊	56	0.81
😊	57	0.07

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación: 😞 Diferencias significativas 😊 No diferencias significativas

Informe de Resultados

C.6.RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

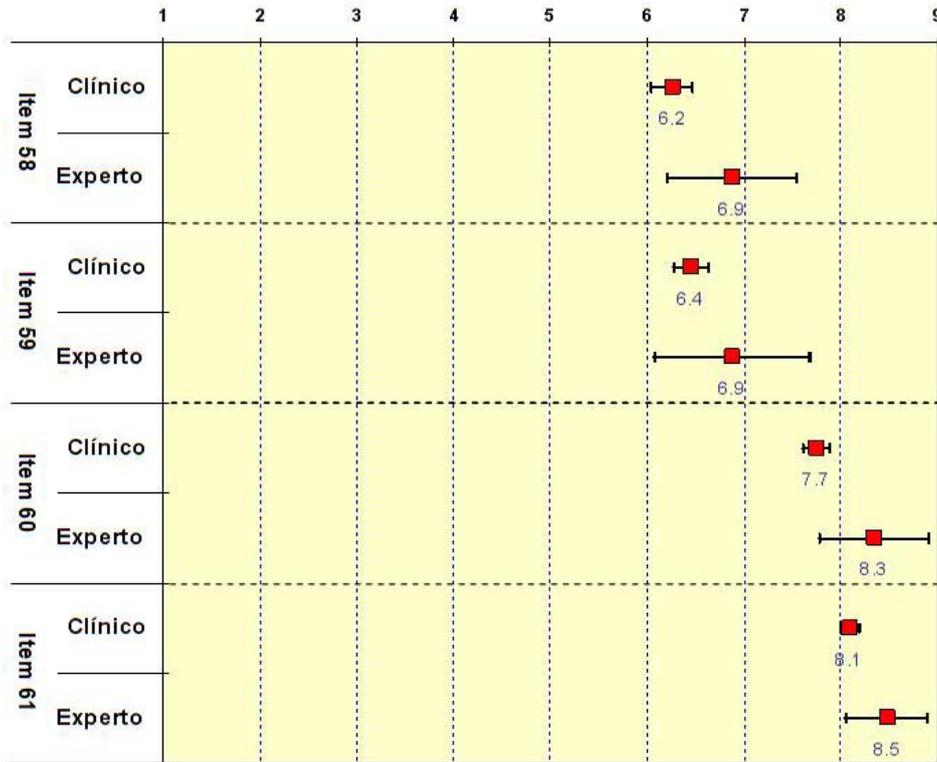


Tabla 8: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las recomendaciones sobre enfermedades respiratorias

Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
Consideración		p^1
😊	58	0.34
😊	59	0.40
😞	60	0.03
😊	61	0.09

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación: 😞 Diferencias significativas 😊 No diferencias significativas

Informe de Resultados

C.7. RECOMENDACIONES SOBRE OTRAS PATOLOGÍAS FÍSICAS

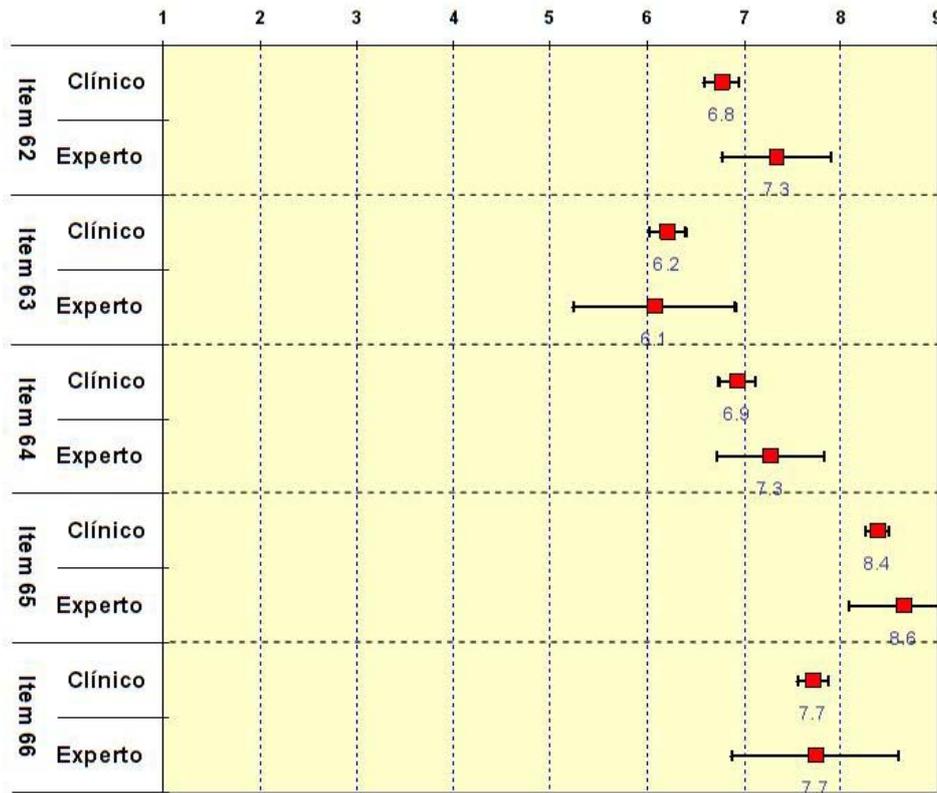


Tabla 9: Diferencias entre panel de expertos y psiquiatras clínicos en las recomendaciones sobre otras patologías físicas

Significación de diferencias de opinión entre clínicos y expertos		
Consideración		p^1
😊	62	0.20
😊	63	0.68
😊	64	0.73
😊	65	0.13
😊	66	0.63

(1). Valor de significación estadística de prueba U de Man Whitney

Interpretación: 😞 Diferencias significativas 😊 No diferencias significativas

Informe de Resultados

4.3. Encuesta MENPHIS: prácticas y actitudes clínicas actuales sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia en la práctica habitual de los psiquiatras españoles

La encuesta MENPHIS, además del cuestionario idéntico al usado por el panel de expertos en el consenso Delphi, propuso a los encuestados un amplio listado descriptivo de posibles actitudes y prácticas que los clínicos pueden adoptar o desarrollar para el manejo de los problemas de salud física de sus pacientes esquizofrénicos.

Participaron en la encuesta una muestra estatal de 314 psiquiatras clínicos estratificada por comunidades autónomas, de entre 27 y 66 años (media 44,8, DS: 8,8 años), compuesta mayoritariamente por varones (57%), con una experiencia profesional promedio de 14,5 años (entre 1 y 37 años, DS: 8,8), y una dedicación mayoritaria a la sanidad pública (96,5%), simultaneada o no con práctica privada. 66 profesionales (21% de los encuestados), declaran tener una dedicación actual exclusiva al tratamiento de pacientes con trastornos mentales graves psicóticos. En promedio, cada profesional declara atender personalmente a 55 pacientes con esquizofrenia (rango 3-99, DS: 29,7).

Para cada propuesta, se solicitó al encuestado que señalase sólo aquellas que pudiesen representar su práctica habitual, garantizándoles el anonimato y plena confidencialidad de la información.

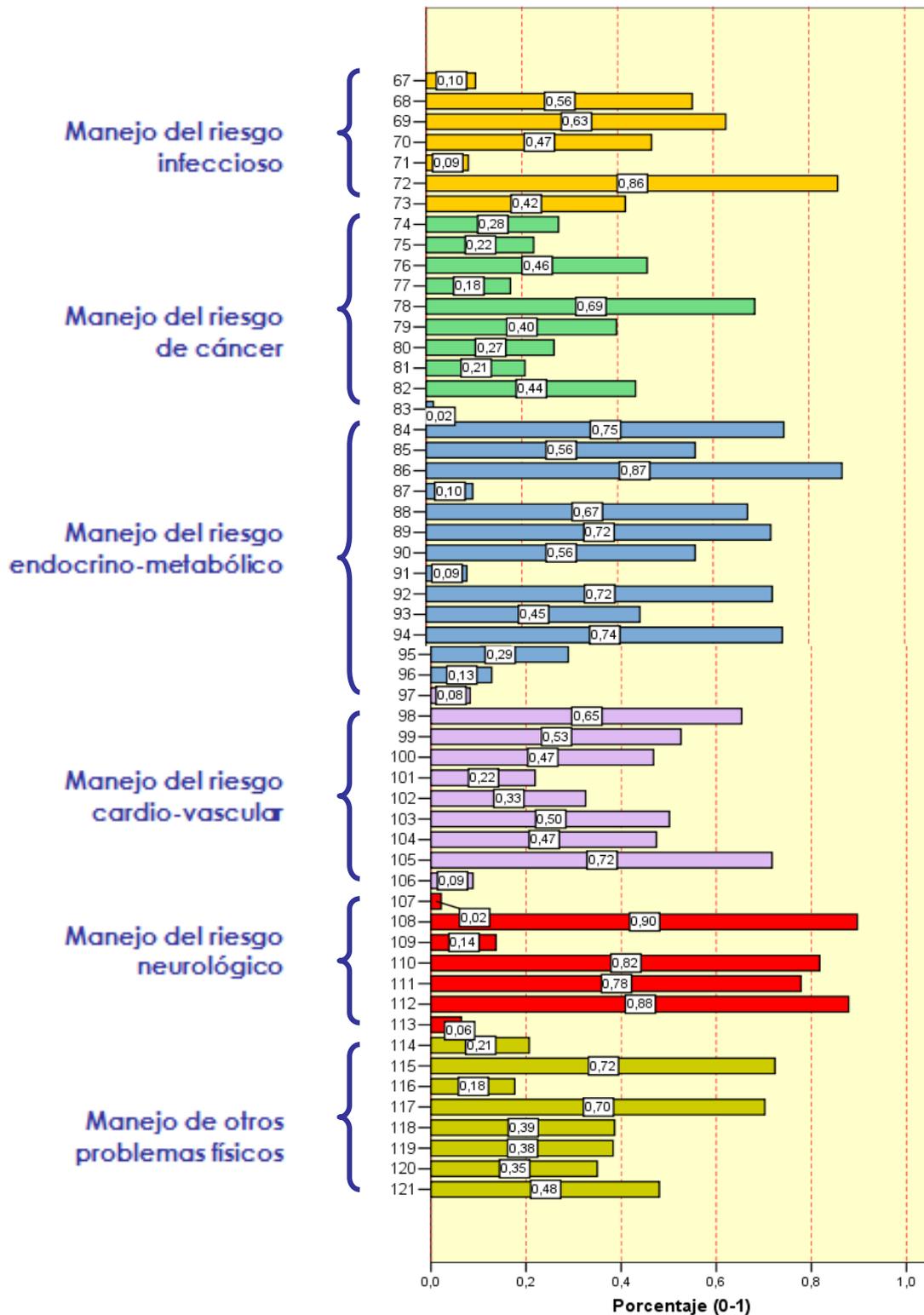
La siguiente figura resume gráficamente los resultados de la encuesta, recogiendo el porcentaje de los 314 psiquiatras encuestados que declararon actuar habitualmente como se indica en cada ítem, durante su práctica rutinaria.

En el capítulo siguiente inmediato, una tabla detalla los contenidos de los ítems del formulario de la encuesta MENPHIS en esta sección (del 67 al 121, ver anexo 1), y compara las posibles diferencias apreciadas entre el porcentaje de los clínicos y de los expertos participantes en el consenso que declaran idénticas actitudes o prácticas.

Según los casos, se aprecian mayor o menor grado de adhesión a unas u otras propuestas entre ambos colectivos. Para establecer la significación de las diferencias detectadas, en cada caso se indica el nivel de significación de un test de chi al cuadrado.

Informe de Resultados

ENCUESTA MENPHIS: *Porcentaje de psiquiatras clínicos que declaran asumir las propuestas de la encuesta durante su práctica psiquiátrica habitual con pacientes con esquizofrenia.*



Informe de Resultados

4.4. Comparación de prácticas y actitudes clínicas habituales sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia, entre clínicos y expertos

En cada fila, se indican el % de encuestados de cada colectivo que declara asumir la actitud o práctica indicada en el ítem. La última columna recoge el nivel de significación de las diferencias apreciadas en un test de Chi al cuadrado ($p < 0,05$ identifica una diferencia significativa, en principio, no atribuible al azar). En 11 de las 54 propuestas, se observa tal circunstancia.

ACTITUDES Y PRÁCTICAS CLÍNICAS HABITUALES		% DE ENCUESTADOS		P
		EXPERTOS	CLÍNICOS	
MANEJO CLÍNICO DEL RIESGO INFECCIOSO				
67	No suelo evaluar este riesgo específico en mis pacientes con esquizofrenia.	10.8	0.0	0.18
68	Suelo interrogar a todos mis pacientes con esquizofrenia sobre el riesgo de transmisión viral por vía sexual o parenteral.	55.1	66.7	0.38
69	Si existen factores de riesgo, suelo realizar e interpretar yo mismo la serología diagnóstica (VHC, VHB, HIV, VDRL).	62.1	73.3	0.38
70	Si existen factores de riesgo suelo recomendar la consulta con otros médicos para la valoración diagnóstica y preventiva.	47.5	40.0	0.57
71	Suelo indicar la vacunación antihepatitis B a todos mis pacientes con esquizofrenia seronegativos.	8.6	13.3	0.53
72	En casos de infección, suelo derivar para vigilancia y tratamiento al paciente al médico de AP u otros especialistas (internista, digestivo, infectólogo, ETS, etc.).	85.7	93.3	0.40
73	Los pacientes con esquizofrenia reciben educación en mi consulta/servicio sobre mecanismos y riesgos de transmisión sexual, parenteral y maternofetal.	40.8	60.0	0.14
MANEJO CLÍNICO DEL RIESGO DE DESARROLLO DE CÁNCER				
74	No suelo evaluar este riesgo específico en mis pacientes con esquizofrenia.	27.7	26.7	0.93
75	Suelo interrogar expresamente a todos mis pacientes con esquizofrenia en búsqueda de síntomas precoces de cánceres de alta prevalencia.	22.3	26.7	0.69
76	Solicito una determinación de prolactinemia a todos mis pacientes con esquizofrenia en tratamiento antipsicótico.	45.2	66.7	0.10
77	Los pacientes con esquizofrenia reciben periódicamente educación en mi consulta/servicio sobre mecanismos para la prevención del cáncer (como las recomendaciones del "Código Europeo contra el Cáncer").	17.2	26.7	0.35

Informe de Resultados

78	Siempre que se diagnostica un cáncer en mis pacientes, reevalúo el tratamiento antipsicótico para evitar iatrogenia sobre su trastorno oncológico (interacciones farmacológicas, hiperprolactinemia o aumento de peso).	67.8	86.7	0.12
79	Evalúo detenidamente el consumo tabáquico y la dependencia nicotínica (test de Fageström) en todos mis pacientes con esquizofrenia.	38.2	73.3	0.01
80	Abordo específicamente el proceso de desintoxicación tabáquica de mis pacientes esquizofrénicos que lo requieran, incluyendo la prescripción de medicación específica.	23.9	86.7	<0.001
81	Abordo personalmente el seguimiento de la deshabituación tabáquica de mis pacientes con esquizofrenia que lo requieran, incluyendo la prescripción de medicación específica.	20.4	26.7	0.56
82	Suelo derivar a mis pacientes para desintoxicación/deshabituación del tabaquismo a unidades especializadas en el trastorno.	43.9	40.0	0.76
MANEJO CLÍNICO DEL RIESGO ENDOCRINO-METABÓLICO				
83	No suelo evaluar estos riesgos de forma específica en mis pacientes con esquizofrenia.	1.3	6.7	
84	Suelo interrogar expresamente a todos mis pacientes con esquizofrenia en búsqueda de factores de riesgo y estilos de vida predisponentes.	74.2	86.7	0.28
85	Efectúo una exploración física rutinaria de mis pacientes con esquizofrenia que incluye antropometría completa (peso, altura, IMC, perímetro abdominal).	54.8	86.7	0.02
86	Suelo solicitar a todos mis pacientes con esquizofrenia una analítica en ayunas con hematimetría, glucemia, perfil lipídico y creatinina basal).	86.6	93.3	0.45
87	Prefiero derivar sistemáticamente al paciente con esquizofrenia al médico de cabecera u otros especialistas para valorar su riesgo endocrino-metabólico, sin solicitar pruebas en mi consulta.	10.2	0.0	0.19
88	Los pacientes con esquizofrenia reciben periódicamente educación en mi consulta/servicio sobre estilos de vida saludables y estrategias no farmacológicas para controlar el sobrepeso y las alteraciones del perfil glucémico y lipídico.	65.9	93.3	0.03
89	Reevalúo sistemáticamente mis tratamientos antipsicóticos ante modificaciones del peso, perfil glucémico o lipídico no controlables con estrategias no farmacológicas.	71.7	80.0	0.48
90	Derivo sistemáticamente al médico de cabecera u otros especialistas los pacientes con trastornos del peso, el perfil glucémico o lipídico no controlables con estrategias no farmacológicas.	57.0	40.0	0.19
91	No suelo valorar de forma específica el riesgo de hiperprolactinemia en mis pacientes con esquizofrenia.	8.6	6.7	0.79
92	Suelo interrogar a todos mis pacientes en tratamiento antipsicótico por la presencia de trastornos menstruales, ginecomastia, galactorrea, acné/hirsutismo, infertilidad o disfunción sexual.	71.3	93.3	0.06
93	Suelo solicitar a todo paciente en tratamiento antipsicótico una determinación anual de prolactinemia.	43.9	60.0	0.22

Informe de Resultados

94	Reevaluó sistemáticamente mis tratamientos antipsicóticos en caso de hiperprolactinemia sintomática (o ante el diagnóstico de osteoporosis), introduciendo agentes de menor riesgo de disfunción endocrina.	74.8	66.7	0.48
95	Derivo sistemáticamente al médico de cabecera u otros especialistas los pacientes con hiperprolactinemia en la analítica.	29.9	6.7	0.05
96	Me siento capacitado para iniciar personalmente una intervención farmacoterapéutica específica para la hiperglucemia o dislipemia en mis pacientes con esquizofrenia.	11.1	46.7	<0.001
MANEJO CLÍNICO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR				
97	No suelo evaluar estos riesgos de forma específica en mis pacientes con esquizofrenia.	8.3	6.7	0.82
98	Suelo interrogar expresamente a todos mis pacientes con esquizofrenia en búsqueda de factores de riesgo y estilos de vida predisponentes, incluyendo la posible presencia de síntomas sugerentes de isquemia coronaria o arritmias.	64.3	86.7	0.08
99	Efectúo una exploración física rutinaria de mis pacientes con esquizofrenia que incluye las constantes vitales cardiovasculares (tensión arterial y frecuencia cardiaca).	51.6	73.3	0.10
100	Suelo solicitar un electrocardiograma (ECG) a todos mis pacientes con esquizofrenia en tratamiento antipsicótico.	45.5	73.3	0.04
101	Efectúo sistemáticamente la medición del intervalo QT en el ECG de todos mis pacientes con esquizofrenia en tratamiento antipsicótico.	20.7	46.7	0.02
102	Prefiero derivar sistemáticamente el paciente con esquizofrenia al médico de cabecera u otros especialistas para valorar su riesgo cardiovascular, sin solicitar pruebas en mi consulta.	33.4	13.3	0.10
103	Los pacientes con esquizofrenia reciben periódicamente educación en mi consulta/servicio sobre estilos de vida saludables y estrategias no farmacológicas para controlar su tensión arterial.	48.7	80.0	0.02
104	Reevaluó sistemáticamente mis tratamientos antipsicóticos ante modificaciones de la TA no controlables con estrategias no farmacológicas, o si aprecio alteraciones del intervalo QT en el ECG.	44.9	100.0	<0.001
105	Derivo sistemáticamente al médico de cabecera u otros especialistas los pacientes con HTA no controlable con estrategias no farmacológicas, los que tienen síntomas compatibles con isquemia coronaria y los que muestran alteraciones del ECG.	72.3	60.0	0.30
106	Me siento capacitado para iniciar personalmente una intervención farmacoterapéutica específica para la hipertensión arterial en mis pacientes con esquizofrenia.	7.3	40.0	<0.001
MANEJO CLÍNICO DE LAS COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS				
107	No suelo valorar este problema de forma específica en mis pacientes con esquizofrenia, salvo queja expresa.	2.2	0.0	0.56
108	Suelo interrogar periódicamente a todos mis pacientes con esquizofrenia en búsqueda de síntomas extrapiramidales y de discinesia tardía pero no empleo instrumentos de evaluación psicométrica.	89.5	93.3	0.63

Informe de Resultados

109	Suelo emplear periódicamente en todos mis pacientes con esquizofrenia instrumentos de evaluación psicométrica (como la <i>Escala de Acatisia de Simpson-Angus</i> y la <i>Escala de Movimientos Anormales</i>).	13.1	26.7	0.13
110	En sujetos de riesgo (hombres jóvenes, primeros episodios, mujeres ancianas, daño neurológico previo, etc.) elijo sistemáticamente fármacos antipsicóticos atípicos con bajo perfil de estos efectos adversos neurológicos.	81.5	86.7	0.61
111	Si aparecen síntomas neurológicos en pacientes en tratamiento antipsicótico suelo indicar el cambio de antipsicótico por un atípico con perfil bajo de estos efectos adversos.	77.7	80.0	0.83
112	Si aparecen síntomas neurológicos en pacientes en tratamiento antipsicótico indico personalmente los fármacos correctores apropiados (benzodiazepinas para la acatisia, o anticolinérgicos en caso de parkinsonismo).	87.9	86.7	0.89
113	Prefiero derivar sistemáticamente el paciente con esquizofrenia a otros especialistas (neurólogo) ante la aparición de síntomas neurológicos.	6.7	0.0	0.30
MANEJO CLÍNICO DE OTROS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA				
114	No suelo valorar los problemas respiratorios de forma específica en mis pacientes con esquizofrenia, salvo queja expresa.	20.1	33.3	0.22
115	A todos los pacientes con esquizofrenia se les recomienda periódicamente en la consulta de Psiquiatría disminuir/abandonar el consumo de tabaco.	71.3	93.3	0.06
116	En presencia de síntomas respiratorios suelo efectuar una auscultación pulmonar periódica a mis pacientes con esquizofrenia y/o indicar una radiografía de tórax.	16.6	40.0	0.02
117	Prefiero derivar sistemáticamente el paciente con esquizofrenia a otros especialistas (AP o neumólogo) ante la aparición de síntomas respiratorios.	70.4	66.7	0.76
118	Suelo interrogar expresamente al paciente con esquizofrenia sobre la presencia de síndrome de apnea del sueño.	39.2	26.7	0.33
119	A todos los pacientes con esquizofrenia con EPOC se les recomienda en la consulta de Psiquiatría la vacuna antigripal anual.	37.6	53.3	0.22
120	A todos los pacientes con esquizofrenia se les interroga periódicamente en la consulta de Psiquiatría sobre posibles cambios de visión y se les recomienda revisiones periódicas oftalmológicas.	34.7	40.0	0.67
121	A todos los pacientes con esquizofrenia se les recomienda periódicamente sobre sus hábitos higiénicos bucodentales y se les aconseja revisión anual por el odontólogo.	47.1	66.7	0.14

Informe de Resultados

5. Bibliografía

1. Sáiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García-Portilla MP, Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(5): 251-64.
2. Nasrallah HA. An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (Suppl. 6): 3-4.
3. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular diseases. *Am Heart J*. 2005; 150: 1115-21.
4. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 212-7.
5. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 1334-49.
6. Maj M. Necesidad de fomentar y proteger la salud física en personas con enfermedad mental grave. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2009; 2(1): 1-4
7. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27: 596-601.
8. Goff DC, Cather C, Evins E, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical Morbidity and Mortality in Schizophrenia: Guidelines for Psychiatrists. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 183-94.
9. Dinan T, Thakore J, Citrome L, Gough S, Haddad P, Holt R, et al. Metabolic and lifestyle issues and severe mental illness new connections to well-being? Expert Consensus Meeting, Dublin, 14-15 April 2005. Consensus summary. *J Psychopharmacol*. 2005; (19 Suppl.): 118-22.
10. De Nayer A, de Hert M, Scheen A, Van Gaal L, Peuskens J. Conference report: Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Encephale*. 2007; 33: 197-202.
11. Baca E, Leal C, Varela C, Riesgo Y, Roca M. Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España. El proyecto ACEE. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006; 34(4): 224-30.
12. Sackett DL, Rosenberg W, Muir Gray JA, Brian Haynes R, Scott Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
13. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med*. 1997; 157: 1531-6.
14. Dalkey NC. The Delphi Method: an experimental study of group opinion. Santa Monica CA RAND Corp; 1969 Publication n° RM-59999 PR.

Informe de Resultados

15. Dalkey N, Brown B, Cochran S. The Delphi Method, III: Use of Self Ratings to Improve Group Estimates. Santa Monica (California): Rand Corporation 1969. Publication RM-6115-PR.
16. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Quaderns de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut 1. Valencia: Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut, 2003.
17. Goodman LA. Snowball Sampling. The Annals of Mathematical Statistics 1961; 32 (1): 148-70.
18. Kahn DA, Docherty JP, Carpenter D, Frances A. Consensus methods in practice guideline development: A review and description of a new method. Psychopharmacol Bul. 1997; 33: 631-9.
19. Frances A, Kahn D, Carpenter D, Frances C, Docherty J. A new method of developing expert consensus practice guidelines. Am J Manag Care. 1998; 4: 1023-9.
20. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. Int J Tech Asses Health Care. 1986; 2: 53-63.
21. Holey EA, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. BMC Med Res Methodol. 2007; 7: 52.
22. Oteo LA, Oteo A. Necesidad, adecuación y utilización de servicios sanitarios. En: Gestión Clínica. Desarrollo e Instrumentos. Madrid: Ed. Diaz de Santos, 2006

Informe de Resultados

ANEXOS

Anexo 1: Cuaderno de Recogida de Datos

La siguiente batería de ítems (1-27), correspondientes a las secciones 1 y 2, se exploran con la siguiente escala de puntuación:

<i>DESACUERDO</i>			<i>NI ACUERDO, NI DESACUERDO</i>			<i>ACUERDO</i>		
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
↑						↑		
PLENO DESACUERDO						PLENO ACUERDO		

Criterios de valoración:

- **1-3:** Estoy en desacuerdo con la consideración (cuanta menor puntuación, mayor grado de desacuerdo).
- **4-6:** Ni acuerdo ni desacuerdo con la consideración; no tengo un criterio totalmente definido sobre la cuestión (elegir 4 o 6 si se está mas bien cerca del desacuerdo o del acuerdo, respectivamente).
- **7-9:** Estoy de acuerdo con la consideración (cuanta mayor puntuación, mayor grado de acuerdo).

SECCIÓN 1: CONSIDERACIONES PROFESIONALES SOBRE EL IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA SALUD FÍSICA DE LOS PACIENTES AFECTADOS

1. Los pacientes con esquizofrenia sufren una mayor prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C y el VIH que la población general.
2. El conocimiento de la infección por VIH en los pacientes con esquizofrenia es significativamente inferior que el de la población sin trastorno mental y su preocupación por esta enfermedad es escasa.
3. Los pacientes con esquizofrenia sufren incidencias superiores de cáncer en general que la población sin trastornos mentales (en especial de mama, pulmón y faringe).

Informe de Resultados

4. Los pacientes con esquizofrenia, por su propia naturaleza, muestran tasas elevadas de diabetes, de intolerancia a la glucosa y de síndrome metabólico respecto a la población general, con independencia de su tratamiento farmacológico.
5. Parece no existir una mayor prevalencia de ictus, epilepsia y cefaleas en los pacientes con esquizofrenia respecto a los controles normales.
6. La prevalencia de discinesia espontánea en los pacientes con esquizofrenia que no han recibido tratamiento antipsicótico es elevada y superior a la de la población sana.
7. Los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan una mayor tasa de insuficiencia cardíaca, arritmias y síncope.
8. La prevalencia de patología respiratoria (asma, EPOC y enfisema) es significativamente superior a la de la población general y a la de los pacientes con otros trastornos mentales graves.
9. El tabaquismo comórbido es el principal factor de riesgo para desarrollar patología respiratoria en los pacientes con esquizofrenia.
10. El alto consumo de tabaco con intensa dependencia es un determinante principal de morbimortalidad relacionada con el estilo de vida de los pacientes con esquizofrenia (implicado en la enfermedad cardiovascular, respiratoria, cáncer, politoxicomanías, etc.).
11. Los pacientes con esquizofrenia presentan un exceso de mortalidad global por causas naturales, debido a una mayor presencia de enfermedades respiratorias, digestivas, genitourinarias, cardiovasculares, infecciosas, mentales y endocrinas.

Informe de Resultados

SECCIÓN 2: CONSIDERACIONES PROFESIONALES SOBRE EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN LA SALUD FÍSICA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

12. La toxicidad neurológica de los antipsicóticos (síntomas extrapiramidales) es más común en pacientes vulnerables (primeros episodios, ancianos, cronicidad o pacientes no respondedores, mujeres, sobre todo mayores de 40 años, etc.).
13. Los antipsicóticos atípicos muestran una reducción del riesgo de efectos extrapiramidales respecto a los típicos, aunque también pueden producirlos, particularmente a dosis altas (o escalado rápido) y en tratamientos de larga duración.
14. El uso de agentes anticolinérgicos por síntomas extrapiramidales es un factor de riesgo de deterioro cognitivo de los pacientes con esquizofrenia.
15. La hiperprolactinemia es un efecto adverso dosis-dependiente del tratamiento antipsicótico más difícil de reconocer que otros (sobrepeso, neurológicos, metabólicos, etc.).
16. La hiperprolactinemia causa consecuencias clínicas manifiestas en ambos sexos (alteración menstrual, ginecomastia, galactorrea, acné/hirsutismo, osteoporosis, aumento de riesgo de cáncer de mama y endometrio, en mujeres; alteraciones de la fertilidad masculina y disfunción sexual en ambos sexos).
17. La disfunción sexual por hiperprolactinemia, aunque no suele ser motivo de consulta, influye negativamente en la adherencia al tratamiento.
18. Amisuprida y risperidona presentan riesgo de incremento sustancial de los niveles de prolactina.
19. Los tratamientos antipsicóticos (típicos y atípicos) se asocian a un mayor riesgo de diabetes en los pacientes con esquizofrenia, aunque no se haya establecido una relación causal.
20. No resultan concluyentes las pruebas de mayor o menor riesgo de diabetes entre los usuarios de antipsicóticos de primera o segunda generación.
21. Además de ser un potencial efecto adverso del tratamiento psicofarmacológico, hay otras variables principales relacionadas con el aumento de peso en los pacientes con esquizofrenia, entre las que se encontrarían el propio trastorno psiquiátrico, estilos de vida no saludables, recursos de salud limitados y falta de conciencia de enfermedad.

Informe de Resultados

22. La prevalencia de dislipidemia también aumenta en los pacientes usuarios de fármacos antipsicóticos.
23. Aunque los antipsicóticos atípicos presentan diferentes perfiles metabólicos, la trascendencia clínica de estas diferencias es controvertida.
24. El tratamiento antipsicótico debería personalizarse en función de las necesidades individuales de cada paciente, valorándose la posible sustitución del agente antipsicótico en caso de alteraciones metabólicas relevantes no controlables con otras medidas.
25. Algunos fármacos antipsicóticos se relacionan con una prolongación patológica del intervalo QT electrocardiográfico, que puede asociarse a síntomas menores (mareo, palpitaciones y síncope), pero también arritmias ventriculares y muerte súbita.
26. Los riesgos por alteraciones del intervalo QT aumentan con la dosis, tanto en agentes típicos (especialmente) como atípicos. Sertindole, ziprasidona, risperidona y zotepina (en orden decreciente) son los antipsicóticos de 2.^a generación con mayor riesgo.
27. Los pacientes tratados con fármacos antipsicóticos tienen mucho mayor riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio que los sujetos control.

Informe de Resultados

Los ítems (28-66) de la Sección 3 para la valoración de recomendaciones clínicas concretas, se exploran mediante la siguiente escala:

<i>INAPROPIADA</i>			<i>NI INAPROPIADA, NI APROPIADA</i>			<i>APROPIADA</i>		
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
↑ TOTALMENTE INAPROPIADA						↑ TOTALMENTE APROPIADA		

Criterios de valoración:

- 1-3: Estoy en desacuerdo con la recomendación (cuanta menor puntuación, más inapropiada se considera).
- 4-6: Ni acuerdo ni desacuerdo con la recomendación; no tengo un criterio totalmente definido sobre la recomendación (elegir 4 o 6 si se está más bien cerca del desacuerdo o del acuerdo, respectivamente).
- 7-9: Estoy de acuerdo con la recomendación (cuanta mayor puntuación, más apropiada se considera).

SECCIÓN 3. RECOMENDACIONES CLÍNICAS AL PSIQUIATRA PARA LA MEJORA DE LA SALUD FÍSICA DE SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

28. Por su alta prevalencia, en el momento del diagnóstico de un paciente con esquizofrenia deben valorarse posibles conductas de riesgo para infecciones virales por VHB, VHC y VIH (uso de drogas por vía parenteral con intercambio de agujas y comportamiento sexual promiscuo y sin protección).
29. Si se detectan o sospechan conductas de riesgo debe realizarse a todos los pacientes serología frente al VHB, VHC y VIH, junto a una serología luética (VDRL), y repetirlas periódicamente si se mantienen dichos comportamientos.
30. Si los resultados sexológicos son negativos, los pacientes con esquizofrenia deben recibir una intervención educativa preventiva específica sobre los mecanismos y riesgos de la transmisión sexual, la parenteral y de maternofetal.

Informe de Resultados

31. A todos los pacientes con esquizofrenia con factores de riesgo y hepatitis B negativa (anti-HBs negativo) se les debe recomendar la vacunación contra dicho agente.
32. Si algunas de las infecciones virales es positiva, además de derivar al especialista, se debe evitar la prescripción de fármacos hepatotóxicos, recomendar la abstinencia de alcohol y tener en cuenta posibles interacciones con la medicación antirretroviral.

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

33. Los psiquiatras deben incluir en todas las historias clínicas de sus pacientes con esquizofrenia los siguientes datos para colaborar a la detección precoz del cáncer: antecedentes familiares oncológicos, hábitos sexuales y alimentarios, sedentarismo, índice de masa corporal (IMC), niveles de prolactina y exploración física general.
34. El psiquiatra debe efectuar el seguimiento de las recomendaciones del "Código Europeo contra el Cáncer" para la población general (sobre tabaquismo, obesidad, actividad física, dieta, alcohol, sol, carcinógenos y programas de detección precoz, recogidas en anexo I) en sus pacientes con esquizofrenia e insistir y reforzarlas específicamente.
35. Por su especial prevalencia y su intensa dependencia nicotínica, el psiquiatra debe adoptar una actitud proactiva en la identificación del tabaquismo, en la valoración del deseo de deshabituación y en el seguimiento de las fases de cambio durante el tratamiento.
36. En el abordaje terapéutico psiquiátrico de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento por cáncer se deben tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas.
37. En caso de cáncer de colon y cérvix, se deben evitar los agentes antipsicóticos que aumenten el peso.
38. En caso de cáncer de pulmón, mama y ovario, se deben elegir agentes antipsicóticos que no produzcan hiperprolactinemia.

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS

39. En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe efectuar un registro de las medidas antropométricas del paciente (peso, altura, IMC y perímetro abdominal).

Informe de Resultados

40. En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe solicitar una analítica en ayunas de al menos 8 horas con las siguientes determinaciones rutinarias: hematometría, glucemia, perfil lipídico completo –colesterol, triglicéridos, HDL y LDL colesterol– y creatinina basal.
41. Si los resultados son normales se deben repetir anualmente las pruebas complementarias y cada 6 meses la medición antropométrica.
42. Cada vez que se cambie la medicación o si el paciente aumenta de peso, se deben repetir los exámenes complementarios.
43. El psiquiatra debe insistir y reforzar un estilo de vida saludable (composición dietética adecuada y ejercicio) en cada consulta de seguimiento.
44. El psiquiatra debe valorar la conveniencia del fármaco antipsicótico elegido según el perfil de riesgo endocrino-metabólico actual del paciente, evitando, si es necesario, los agentes que más modifiquen el peso y/o el perfil glucémico o lipídico, en caso de situaciones no controlables con las estrategias no farmacológicas.
45. Si no se consigue el control con las medidas preventivas, el paciente debe ser activamente derivado al médico de cabecera o al especialista correspondiente.
46. A todo paciente en tratamiento antipsicótico se le debe interrogar expresamente por la posible aparición con el tratamiento de trastornos menstruales, ginecomastia, galactorrea, acné/hirsutismo, infertilidad o disfunción sexual.
47. A todo paciente en tratamiento antipsicótico inductor potencial de una hiperprolactinemia (amilsuprida, risperidona, etc.) se le debe realizar una determinación anual de prolactinemia, y siempre que exista galactorrea.
48. En caso de hiperprolactinemia sintomática o ante el diagnóstico de osteoporosis en un paciente en tratamiento antipsicótico, se debe valorar el cambio a otro agente de menor riesgo de disfunción endocrina.

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

49. En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe efectuar un registro sistemático de las constantes vitales cardiovasculares del paciente (tensión arterial y frecuencia cardiaca) y valorar la presencia anterior de sintomatología compatible con cardiopatía isquémica o arritmia cardiaca.

Informe de Resultados

50. En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe solicitar un electrocardiograma (ECG) a todos los pacientes.
51. Si existen factores de riesgo cardiovascular se debe repetir anualmente el ECG y controlar cada 6 meses las constantes vitales (TA, pulso).
52. Cada vez que se cambie la medicación o si el paciente aumenta de peso, se deben repetir estos exámenes.
53. Si se identifica prolongación del intervalo QT en el ECG, silente o sintomática (mareo, palpitaciones, síncope, etc.), se debe valorar las posibilidades de reducción de dosis y/o cambio del agente antipsicótico por uno de menor riesgo.
54. Los pacientes con sintomatología compatible con isquemia coronaria, los que no consiguen un control adecuado de la TA con recomendaciones higiénico-dietéticas, o los que presentan anomalías en el ECG, deben ser activamente derivados para estudio al médico de cabecera, o al especialista correspondiente.

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS (sintomatología extrapiramidal y discinesia tardía)

55. En todos los pacientes debe valorarse clínicamente la presencia de síntomas extrapiramidales y de discinesia tardía, con o sin ayuda de instrumentos de evaluación psicométrica (p. ej., la *Escala de Acatisia de Simpson-Angus* y la *Escala de Movimientos Anormales*), cada 3 meses si el tratamiento antipsicótico es de primera generación y cada 6 meses si es de segunda generación.
56. Para prevenir estas complicaciones en los sujetos con más riesgo (hombres jóvenes, primeros episodios, mujeres ancianas, daño neurológico previo, etc.) se deben elegir fármacos antipsicóticos atípicos con bajo perfil de estos efectos adversos.
57. En presencia de estos síntomas neurológicos se añadirán al tratamiento los fármacos correctores apropiados (benzodiazepinas en el caso de acatisia y anticolinérgicos en el caso de parkinsonismo) y se debe considerar el cambio de antipsicótico por un atípico con perfil bajo de estos efectos adversos.

Informe de Resultados

RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

58. Para facilitar la detección de trastornos respiratorios, el psiquiatra incluirá la auscultación en la exploración física de sus pacientes con esquizofrenia y valorará la posible indicación de una radiografía de tórax, especialmente si el paciente está ingresado.
59. Se explorará expresamente la posible presencia de síndrome de apnea del sueño, realizando una historia clínica específica y valorando el grado de somnolencia diurna mediante cuestionarios (p. ej., la *Escala de Somnolencia de Epworth*).
60. A todos los pacientes con esquizofrenia se les recomendará disminuir/abandonar el consumo de tabaco. En caso de EPOC se recomendará vacuna antigripal.
61. El psiquiatra, ante la descompensación respiratoria de sus pacientes con esquizofrenia, valorará el ajuste de los psicofármacos sedantes y las benzodiazepinas.

RECOMENDACIONES SOBRE OTRAS PATOLOGÍAS FÍSICAS

62. Para colaborar en la identificación de las cataratas, el psiquiatra interrogará a sus pacientes con esquizofrenia por cambios en la visión, especialmente visión borrosa y visión de lejos, recomendando una revisión por el oftalmólogo (anual a los mayores de 40 años, y cada dos años a los menores de 40 años).
63. En el paciente con esquizofrenia que desarrolle cataratas se debe valorar la posibilidad de cambio de tratamiento por otro antipsicótico.
64. El psiquiatra debe reforzar en cada visita los hábitos higiénicos bucodentales y recomendar revisiones anuales por el odontólogo, así como valorar la posible necesidad de cambio a un antipsicótico que no produzca (o produzca menos) sequedad de boca.
65. Los pacientes tratados con clozapina deben seguir un protocolo específico de vigilancia por riesgo de agranulocitosis.
66. Los pacientes tratados con clozapina deben vigilarse por el posible desarrollo de miocarditis (síntomas de fatiga, disnea, fiebre y palpitaciones, o hallazgos ECG como anomalías del intervalo ST e inversión de la onda T). Ante la sospecha se pedirá recuento leucocitario y niveles séricos de troponina. Si se confirma el diagnóstico se debe suspender clozapina y derivar al médico de Atención Primaria.

Informe de Resultados

Para terminar, en las tablas de la Sección 4 se le muestran distintas posibilidades que el psiquiatra tiene para el manejo e intervención sobre los problemas físicos de los pacientes con esquizofrenia.

Por favor, señale **SÓLO** la/s opción/es que mejor represente/n su/s actitud/es clínicas **HABITUAL/ES** (las adoptadas en el seguimiento rutinario de la mayoría de sus pacientes con esquizofrenia), teniendo en cuenta las circunstancias reales de su consulta/servicio.

SECCIÓN 4. PRÁCTICAS Y ACTITUDES CLÍNICAS HABITUALES EN LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA SOBRE LA SALUD FÍSICA DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

MANEJO CLÍNICO DEL RIESGO INFECCIOSO DE SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA:

<input type="checkbox"/>	No suelo evaluar este riesgo específico en mis pacientes con esquizofrenia.
<input type="checkbox"/>	Suelo interrogar a todos mis pacientes con esquizofrenia sobre el riesgo de transmisión viral por vía sexual o parenteral.
<input type="checkbox"/>	Si existen factores de riesgo, suelo realizar e interpretar yo mismo la serología diagnóstica (VHC, VHB, HIV, VDRL).
<input type="checkbox"/>	Si existen factores de riesgo suelo recomendar la consulta con otros médicos para la valoración diagnóstica y preventiva.
<input type="checkbox"/>	Suelo indicar la vacunación antihepatitis B a todos mis pacientes con esquizofrenia seronegativos.
<input type="checkbox"/>	En casos de infección, suelo derivar para vigilancia y tratamiento al paciente al médico de AP u otros especialistas (internista, digestivo, infectólogo, ETS, etc.).
<input type="checkbox"/>	Los pacientes con esquizofrenia reciben educación en mi consulta/servicio sobre mecanismos y riesgos de transmisión sexual, parenteral y maternofetal.

Informe de Resultados

MANEJO CLÍNICO DEL RIESGO DE DESARROLLO DE CÁNCER EN SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA:

<input type="checkbox"/>	No suelo evaluar este riesgo específico en mis pacientes con esquizofrenia.
<input type="checkbox"/>	Suelo interrogar expresamente a todos mis pacientes con esquizofrenia en búsqueda de síntomas precoces de cánceres de alta prevalencia.
<input type="checkbox"/>	Solicito una determinación de prolactinemia a todos mis pacientes con esquizofrenia en tratamiento antipsicótico.
<input type="checkbox"/>	Los pacientes con esquizofrenia reciben periódicamente educación en mi consulta/servicio sobre mecanismos para la prevención del cáncer (como las recomendaciones del "Código Europeo contra el Cáncer").
<input type="checkbox"/>	Siempre que se diagnostica un cáncer en mis pacientes, reevalúo el tratamiento antipsicótico para evitar iatrogenia sobre su trastorno oncológico (interacciones farmacológicas, hiperprolactinemia o aumento de peso).
<input type="checkbox"/>	Evalúo detenidamente el consumo tabáquico y la dependencia nicotínica (test de Fageström) en todos mis pacientes con esquizofrenia.
<input type="checkbox"/>	Abordo específicamente el proceso de desintoxicación tabáquica de mis pacientes esquizofrénicos que lo requieran, incluyendo la prescripción de medicación específica.
<input type="checkbox"/>	Abordo personalmente el seguimiento de la deshabituación tabáquica de mis pacientes con esquizofrenia que lo requieran, incluyendo la prescripción de medicación específica.
<input type="checkbox"/>	Suelo derivar a mis pacientes para desintoxicación/deshabituación del tabaquismo a unidades especializadas en el trastorno.

MANEJO CLÍNICO DEL RIESGO ENDOCRINO-METABÓLICO EN SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA:

<input type="checkbox"/>	No suelo evaluar estos riesgos de forma específica en mis pacientes con esquizofrenia.
<input type="checkbox"/>	Suelo interrogar expresamente a todos mis pacientes con esquizofrenia en búsqueda de factores de riesgo y estilos de vida predisponentes.
<input type="checkbox"/>	Efectúo una exploración física rutinaria de mis pacientes con esquizofrenia que incluye antropometría completa (peso, altura, IMC, perímetro abdominal).
<input type="checkbox"/>	Suelo solicitar a todos mis pacientes con esquizofrenia una analítica en ayunas con hematimetría, glucemia, perfil lipídico y creatinina basal).
<input type="checkbox"/>	Prefiero derivar sistemáticamente al paciente con esquizofrenia al médico de cabecera u otros especialistas para valorar su riesgo endocrino-metabólico, sin solicitar pruebas en mi consulta.

Informe de Resultados

<input type="checkbox"/>	Los pacientes con esquizofrenia reciben periódicamente educación en mi consulta/servicio sobre estilos de vida saludables y estrategias no farmacológicas para controlar el sobrepeso y las alteraciones del perfil glucémico y lipídico.
<input type="checkbox"/>	Reevalúo sistemáticamente mis tratamientos antipsicóticos ante modificaciones del peso, perfil glucémico o lipídico no controlables con estrategias no farmacológicas.
<input type="checkbox"/>	Derivo sistemáticamente al médico de cabecera u otros especialistas los pacientes con trastornos del peso, el perfil glucémico o lipídico no controlables con estrategias no farmacológicas.
<input type="checkbox"/>	No suelo valorar de forma específica el riesgo de hiperprolactinemia en mis pacientes con esquizofrenia.
<input type="checkbox"/>	Suelo interrogar a todos mis pacientes en tratamiento antipsicótico por la presencia de trastornos menstruales, ginecomastia, galactorrea, acné/hirsutismo, infertilidad o disfunción sexual.
<input type="checkbox"/>	Suelo solicitar a todo paciente en tratamiento antipsicótico una determinación anual de prolactinemia.
<input type="checkbox"/>	Reevalúo sistemáticamente mis tratamientos antipsicóticos en caso de hiperprolactinemia sintomática (o ante el diagnóstico de osteoporosis), introduciendo agentes de menor riesgo de disfunción endocrina.
<input type="checkbox"/>	Derivo sistemáticamente al médico de cabecera u otros especialistas los pacientes con hiperprolactinemia en la analítica.
<input type="checkbox"/>	Me siento capacitado para iniciar personalmente una intervención farmacoterapéutica específica para la hiperglucemia o dislipemia en mis pacientes con esquizofrenia.

MANEJO CLÍNICO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA:

<input type="checkbox"/>	No suelo evaluar estos riesgos de forma específica en mis pacientes con esquizofrenia.
<input type="checkbox"/>	Suelo interrogar expresamente a todos mis pacientes con esquizofrenia en búsqueda de factores de riesgo y estilos de vida predisponentes, incluyendo la posible presencia de síntomas sugerentes de isquemia coronaria o arritmias.
<input type="checkbox"/>	Efectúo una exploración física rutinaria de mis pacientes con esquizofrenia que incluye las constantes vitales cardiovasculares (tensión arterial y frecuencia cardíaca).
<input type="checkbox"/>	Suelo solicitar un electrocardiograma (ECG) a todos mis pacientes con esquizofrenia en tratamiento antipsicótico.
<input type="checkbox"/>	Efectúo sistemáticamente la medición del intervalo QT en el ECG de todos mis pacientes con esquizofrenia en tratamiento antipsicótico.
<input type="checkbox"/>	Prefiero derivar sistemáticamente el paciente con esquizofrenia al médico de cabecera u otros especialistas para valorar su riesgo cardiovascular, sin solicitar pruebas en mi consulta.

Informe de Resultados

<input type="checkbox"/>	Los pacientes con esquizofrenia reciben periódicamente educación en mi consulta/servicio sobre estilos de vida saludables y estrategias no farmacológicas para controlar su tensión arterial.
<input type="checkbox"/>	Reevalúo sistemáticamente mis tratamientos antipsicóticos ante modificaciones de la TA no controlables con estrategias no farmacológicas, o si aprecio alteraciones del intervalo QT en el ECG.
<input type="checkbox"/>	Derivo sistemáticamente al médico de cabecera u otros especialistas los pacientes con HTA no controlable con estrategias no farmacológicas, los que tienen síntomas compatibles con isquemia coronaria y los que muestran alteraciones del ECG.
<input type="checkbox"/>	Me siento capacitado para iniciar personalmente una intervención farmacoterapéutica específica para la hipertensión arterial en mis pacientes con esquizofrenia.

MANEJO CLÍNICO DE LAS COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS (SINTOMATOLOGÍA EXTRAPIRAMIDAL) EN SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA:

<input type="checkbox"/>	No suelo valorar este problema de forma específica en mis pacientes con esquizofrenia, salvo queja expresa.
<input type="checkbox"/>	Suelo interrogar periódicamente a todos mis pacientes con esquizofrenia en búsqueda de síntomas extrapiramidales y de discinesia tardía pero no empleo instrumentos de evaluación psicométrica.
<input type="checkbox"/>	Suelo emplear periódicamente en todos mis pacientes con esquizofrenia instrumentos de evaluación psicométrica (como la <i>Escala de Acatisia de Simpson-Angus</i> y la <i>Escala de Movimientos Anormales</i>).
<input type="checkbox"/>	En sujetos de riesgo (hombres jóvenes, primeros episodios, mujeres ancianas, daño neurológico previo, etc.) elijo sistemáticamente fármacos antipsicóticos atípicos con bajo perfil de estos efectos adversos neurológicos.
<input type="checkbox"/>	Si aparecen síntomas neurológicos en pacientes en tratamiento antipsicótico suelo indicar el cambio de antipsicótico por un atípico con perfil bajo de estos efectos adversos.
<input type="checkbox"/>	Si aparecen síntomas neurológicos en pacientes en tratamiento antipsicótico indico personalmente los fármacos correctores apropiados (benzodiazepinas para la acatisia, o anticolinérgicos en caso de parkinsonismo).
<input type="checkbox"/>	Prefiero derivar sistemáticamente el paciente con esquizofrenia a otros especialistas (neurólogo) ante la aparición de síntomas neurológicos.

Informe de Resultados

MANEJO CLÍNICO DE OTROS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA EN SUS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA:

<input type="checkbox"/>	No suelo valorar los problemas respiratorios de forma específica en mis pacientes con esquizofrenia, salvo queja expresa.
<input type="checkbox"/>	A todos los pacientes con esquizofrenia se les recomienda periódicamente en la consulta de Psiquiatría disminuir/abandonar el consumo de tabaco.
<input type="checkbox"/>	En presencia de síntomas respiratorios suelo efectuar una auscultación pulmonar periódica a mis pacientes con esquizofrenia y/o indicar una radiografía de tórax.
<input type="checkbox"/>	Prefiero derivar sistemáticamente el paciente con esquizofrenia a otros especialistas (AP o neumólogo) ante la aparición de síntomas respiratorios.
<input type="checkbox"/>	Suelo interrogar expresamente al paciente con esquizofrenia sobre la presencia de síndrome de apnea del sueño.
<input type="checkbox"/>	A todos los pacientes con esquizofrenia con EPOC se les recomienda en la consulta de Psiquiatría la vacuna antigripal anual.
<input type="checkbox"/>	A todos los pacientes con esquizofrenia se les interroga periódicamente en la consulta de Psiquiatría sobre posibles cambios de visión y se les recomienda revisiones periódicas oftalmológicas.
<input type="checkbox"/>	A todos los pacientes con esquizofrenia se les recomienda periódicamente sobre sus hábitos higiénicos bucodentales y se les aconseja revisión anual por el odontólogo.

Informe de Resultados

Anexo II. Código Europeo contra el Cáncer

1. No fume; si fuma, déjelo lo antes posible. Si no puede dejarlo, no fume nunca en presencia de no fumadores.
2. Evite la obesidad.
3. Realice actividad física moderada diariamente.
4. Aumente el consumo de frutas y verduras: coma al menos cinco raciones al día. Limite el consumo de alimentos con grasas de origen animal.
5. Modere el consumo de alcohol (los varones un máximo de 2 UBE al día; las mujeres un máximo de 1 UBE al día).
6. Evite la exposición excesiva al sol, especialmente los niños y adolescentes.
7. Prevenga la exposición a sustancias consideradas cancerígenas.
8. Siga los programas de salud pública para prevenir o aumentar la posibilidad de curar un cáncer ya declarado:
 - Mujeres: a partir de los 25 años deberían someterse a pruebas de detección precoz de cáncer de cuello de útero y a partir de los 50 años a pruebas de detección precoz de cáncer de mama.
 - Hombres: actualmente no está indicada la detección precoz del cáncer de próstata.
 - Mujeres y hombres: vacunación contra el virus de la hepatitis B y a partir de los 50 años deberían someterse a pruebas de detección precoz de cáncer de colon. Actualmente no está indicada la detección precoz del cáncer de pulmón ni del melanoma.

Informe de Resultados

Lilly