

Resumen del Consenso

GENERALIDADES

Conclusión 1: Definición de cumplimiento ^{Preguntas 1 y 2}

Se entregaron a los clínicos las definiciones de cumplimiento que se muestran en la tabla como punto de partida para responder a una serie de preguntas sobre los niveles de cumplimiento. Como media, el grupo de psiquiatras españoles consultados estableció unos criterios más restrictivos que los de la bibliografía para considerar a su paciente cumplidor: 14,14 frente a 20%, considerando no cumplidor a un paciente que deja de tomar más del 61,50% de su medicación. Sin embargo, cuando se preguntó a los clínicos acerca de los niveles de cumplimiento estimados en sus pacientes refirieron valores más altos que los recogidos en la literatura.

Estimación de cumplimiento con el tratamiento oral	Definiciones recogidas en la bibliografía	Definiciones valoradas por los clínicos (media, DE)*	Estimación de cumplimiento sobre los propios pacientes (media, DE)**
Cumplidor	Deja de tomar <20 % de la medicación	Deja de tomar < 14,14 % (8,04) de la medicación	40,28 % (20,51)
Parcialmente cumplidor	Deja de tomar 20-80 % de la medicación	Deja de tomar 20,82-62,26 % (12,80-19,68) de la medicación	22,18 % (11,75)
No cumplidor	Deja de tomar >80 % de la medicación	Deja de tomar > 61,50 % (19,48) de la medicación	35,36 % (15,81)
* Obsérvese que los resultados no establecen intervalos exactos de clasificación del cumplimiento. Esto se debe a que en los resultados obtenidos se observaron diferentes criterios para determinar cada categoría, de manera que su suma muchas veces no llegaba al 100 % y en otras superaba el 110 %. Por ello al realizar la media no se obtuvo una suma del 100 %. ** Los porcentajes indicados para los tres niveles de cumplimiento no suman 100 %. Esto se debe a que para su obtención se ha realizado la media de los datos recogidos de forma individual para cada categoría. DE: desviación estándar.			

Conclusión 2: Repercusión de la adherencia terapéutica en el desarrollo de la esquizofrenia Preguntas 3, 4 y 5

Los psiquiatras consultados consideran que una buena adherencia terapéutica proporciona un mejor pronóstico del paciente con esquizofrenia, existiendo una asociación entre ambos factores. De hecho, la falta de adherencia al tratamiento es valorada por los clínicos como un problema grave en la evolución de la esquizofrenia. Se considera que esta falta de adherencia es responsable de numerosas consecuencias directas: recaídas y/o rehospitalizaciones y empeoramiento de la sintomatología, seguidas del empeoramiento del pronóstico de la enfermedad, el aumento de la utilización de recursos sanitarios, la pérdida de calidad de vida del paciente y su entorno, el empeoramiento del funcionamiento social del paciente, así como de las tentativas de suicidio.

	Papel de la adherencia en el pronóstico del paciente	Carácter del problema de la falta de adherencia	Consecuencias de la falta de adherencia
Muy importante	Una buena adherencia terapéutica proporciona un mejor pronóstico Existe una asociación entre la adherencia terapéutica y un mejor pronóstico	Grave en la evolución de la enfermedad	Recaídas y/o reshospitalizaciones Empeoramiento de la sintomatología Empeoramiento del pronóstico de la enfermedad Aumento de la utilización de recursos sanitarios Pérdida de calidad de vida del paciente y su entorno Empeoramiento del funcionamiento social del paciente
Importante		Parcialmente resuelto con los tratamientos disponibles	Intentos de suicidio

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Conclusión 3: Métodos de evaluación del cumplimiento ^{Preguntas 6 y 7}

En cuanto a la fiabilidad de los métodos disponibles para la evaluación del cumplimiento del tratamiento farmacológico, los psiquiatras valoran como método más fiable el registro de administración de fármacos inyectables. Otro método considerado de alta fiabilidad es la determinación de la concentración plasmática del fármaco. En un segundo nivel de importancia se consideran métodos recomendables preguntar al familiar o cuidador acerca del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, la monitorización del cumplimiento mediante un sistema electrónico, la impresión clínica del psiquiatra, el análisis de orina, el recuento de pastillas y las escalas de evaluación del cumplimiento.

El registro de administración de fármacos inyectables es considerado por los clínicos como el método de elección utilizado de forma habitual en la práctica clínica para monitorizar el cumplimiento. Otros métodos que se utilizan habitualmente son: preguntar al familiar o cuidador acerca del cumplimiento, la impresión clínica del psiquiatra y preguntar al paciente.

	Fiabilidad de los métodos	Métodos utilizados habitualmente en la práctica clínica
Preferido	<i>Registro de administración de fármacos inyectables</i> Determinación de la concentración plasmática de fármaco	<i>Registro de administración de fármacos inyectables</i> Preguntar al familiar o cuidador Impresión clínica como psiquiatra Preguntar al paciente
Recomendable	Preguntar al familiar o cuidador Sistema de monitorización electrónica del cumplimiento Impresión clínica del psiquiatra Análisis de orina Recuento de pastillas Escalas de evaluación del cumplimiento	
A valorar	Preguntar al paciente	No utiliza habitualmente métodos de evaluación del cumplimiento Escalas de evaluación del cumplimiento Recuento de pastillas Determinación de la concentración plasmática Análisis de orina Sistema de monitorización electrónica
En cursiva y negrita: estrategia o factor de elección.		

FACTORES IMPLICADOS EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Conclusión 4: Factores que pueden dificultar la adherencia terapéutica ^{Preguntas 8 y 9}

Hay un importante grado de acuerdo entre los clínicos consultados en que la falta de conciencia de enfermedad puede dificultar la adherencia terapéutica, reflejando quizá que es precisamente este factor una de las principales características que diferencia la esquizofrenia de otras enfermedades crónicas y que dificulta en mayor medida el manejo del cumplimiento por parte del psiquiatra. También se considera que la falta de soporte familiar y/o social, así como el consumo de sustancias tóxicas (drogas y/o alcohol) son factores no farmacológicos muy importantes que pueden dificultar la adherencia al tratamiento.

En cuanto a los aspectos farmacológicos, la presencia de efectos secundarios y las pautas terapéuticas complicadas se valoran como obstáculos principales en el cumplimiento del tratamiento prescrito.

	Factores no farmacológicos	Factores farmacológicos
Muy importante	<i>Falta de conciencia de enfermedad</i> Falta de soporte familiar y/o social Consumo de tóxicos	Presencia de efectos secundarios Pautas terapéuticas complicadas
Importante	Mala relación con la familia/cuidador Mala relación con el psiquiatra y/o equipo sanitario (enfermería) Deterioro cognitivo/problemas de memoria Dificultades de acceso al equipo asistencial Dificultades burocráticas en el acceso al fármaco prescrito*	Falta de eficacia en el control de sintomatología positiva Uso de formulaciones orales frente a formulaciones de larga duración Falta de eficacia en el control de sintomatología negativa y/o afectiva Uso de antipsicóticos clásicos frente a antipsicóticos atípicos
* No se alcanzó consenso en la valoración de esta opción. En cursiva y negrita: estrategia o factor de elección.		

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Conceptos generales

Conclusión 5: Cuándo intervenir para mejorar la adherencia Preguntas 10 y 11

Se preguntó a los clínicos sobre las situaciones en las que considera apropiado intervenir en la mejora de la adherencia terapéutica. Se valoraron como situaciones clínicas en las que esta intervención es más importante, cuando un paciente ha sufrido recaídas debidas a problemas en el cumplimiento del tratamiento, así como en pacientes con una evidente falta de conciencia de enfermedad. También se considera muy importante intervenir desde el comienzo de la enfermedad, reflejando quizá la necesidad de garantizar el cumplimiento del tratamiento desde el primer momento para mejorar el pronóstico del paciente (v. Conclusión 2). Otras situaciones clínicas en las que se recomienda intervenir de forma habitual para mejorar la adherencia terapéutica son: la falta de soporte familiar o social del paciente, el consumo de drogas o alcohol, la aparición de recaídas por causa desconocida, así como la falta de memoria y/o déficit cognitivo en el paciente.

Dentro de las situaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico, se considera que intervenir para mejorar la adherencia terapéutica es necesario siempre que el paciente presente incumplimiento del tratamiento en algún grado, siendo esta intervención de máxima importancia cuando el paciente abandona totalmente o en más de un 80% la medicación. También se considera muy importante intervenir cuando el paciente presenta un cumplimiento parcial (aproximadamente el 50% de la medicación) o cuando se desconoce el nivel de cumplimiento. Se valoran como situaciones en las que la intervención es importante el incumplimiento aproximadamente del 20% de la medicación o de algunas dosis eventuales.

	Situaciones clínicas que precisan intervención	Situaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico que precisan intervención
Muy importante	<i>El paciente ha sufrido recaídas debidas a un problema de cumplimiento del tratamiento</i> <i>El paciente muestra evidente falta de conciencia de enfermedad</i> Desde el comienzo de la enfermedad El paciente carece de soporte familiar o social El paciente consume drogas o alcohol El paciente ha sufrido recaídas sin causa reconocida El paciente presenta falta de memoria y/o déficit cognitivo	<i>El paciente ha abandonado totalmente la medicación</i> <i>El paciente deja de tomar aproximadamente más del 80% de la medicación</i> El paciente deja de tomar aproximadamente el 50% de la medicación El cumplimiento de la medicación por el paciente no es conocido
Importante	El paciente se encuentra estable, con buena tolerabilidad del tratamiento y cumplimiento adecuado	El paciente deja de tomar aproximadamente el 20% de la medicación El paciente deja de tomar algunas dosis eventualmente
En cursiva y negrita: estrategia o factor de elección.		

Conclusión 6: Estrategias generales para facilitar la adherencia terapéutica

6.A. Selección de las estrategias iniciales^{Preguntas 12, 13 y 14}

Se preguntó a los clínicos si las tres estrategias diferentes que se utilizan para mejorar la adherencia al tratamiento son apropiadas:

- Intervenciones farmacológicas.
- Intervenciones psicoterapéuticas.
- Intervenciones psicosociales.

Los psiquiatras consultados otorgaron las puntuaciones más altas a las intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes cumplidores afirmando que este tipo de intervenciones puede reforzar la adherencia terapéutica.

Los tres tipos de intervención recibieron puntuaciones de primera línea en el caso de pacientes no cumplidores y parcialmente cumplidores. Dentro de ellas, las intervenciones farmacológicas recibieron la puntuación más alta en ambos casos reflejando que los pacientes que no estén tomando su medicación tienen un riesgo mayor de recaídas y es especialmente importante intentar que el paciente vuelva a la medicación tan rápidamente como sea posible.

Nivel de cumplimiento con el tratamiento oral	Cumplidor	Parcialmente cumplidor	No cumplidor
Primera línea		Intervenciones psicoterapéuticas Intervenciones psicosociales Intervenciones farmacológicas	Intervenciones farmacológicas Intervenciones psicosociales Intervenciones psicoterapéuticas
Segunda línea	Intervenciones farmacológicas Intervenciones psicoterapéuticas Intervenciones psicosociales		

6.B. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas para manejar los problemas de adherencia^{Preguntas 15 y 16}

Los clínicos consideraron que el tratamiento con un antipsicótico atípico inyectable de larga duración es la estrategia farmacológica que intentarían en primer lugar (primera línea) para facilitar la adherencia al tratamiento. También se valoraron como estrategias importantes, dentro de la segunda línea, el tratamiento con un antipsicótico atípico oral o con un antipsicótico convencional depot.

En cuanto a las estrategias no farmacológicas preferidas, se valoraron la psicoeducación al paciente y sus familiares y/o cuidadores, así como la terapia cognitivo-conductual. Los servicios de rehabilitación se puntaron como opción de segunda línea, aunque la existencia de estos servicios no es homogénea en las diferentes comunidades. Otras estrategias de segunda línea, consideradas importantes, fueron las residencias supervisadas, la psicoterapia, la monitorización del cumplimiento y la simplificación de barreras burocráticas.

Estrategias farmacológicas		Estrategias no farmacológicas
Primera línea	Tratamiento con antipsicótico atípico inyectable de larga duración	Psicoeducación al paciente y sus familiares y/o cuidadores Terapia cognitivo-conductual dirigida a los problemas de cumplimiento, causas y consecuencias
Segunda línea	Tratamiento con antipsicótico atípico oral Tratamiento con antipsicótico convencional depot	Servicios de rehabilitación Residencias supervisadas Psicoterapia Monitorización del cumplimiento Simplificación de las barreras burocráticas

Pacientes ambulatorios

Conclusión 7: Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes ambulatorios ante distintos factores que afectan al cumplimiento

7.A. Factores relacionados con el tratamiento^{Pregunta 18}

Se recomienda cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración como estrategia de primera línea para mejorar la adherencia terapéutica en el caso de un paciente ambulatorio que muestre efectos secundarios que provocan bajo cumplimiento, así como ajustar la dosis del tratamiento que se está utilizando. Cambiar a un antipsicótico oral que no se haya utilizado previamente se valora como principal estrategia dentro de la segunda línea para mejorar la adherencia terapéutica en esta situación, seguida de añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración y de intensificar el tratamiento no farmacológico.

	Primera línea	Segunda línea
Efectos secundarios	Cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Ajustar la dosis del tratamiento que está utilizando	Cambiar a un antipsicótico oral diferente que no se haya utilizado previamente Añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Intensificar el tratamiento no farmacológico

7.B. Factores relacionados con el paciente^{Pregunta 19}

En el caso de un paciente ambulatorio que presenta problemas de incumplimiento y con bajo soporte familiar o social, los clínicos valoran el cambio a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración como una estrategia muy importante para mejorar la adherencia terapéutica. También se consideraría otra estrategia muy importante añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración. Dentro de la segunda línea, se recomienda principalmente intensificar el tratamiento no farmacológico. Otras opciones de segunda línea son cambiar o añadir un antipsicótico convencional depot y ajustar la dosis del tratamiento oral que se esté utilizando.

	Primera línea	Segunda línea
Bajo soporte familiar y/o social	Cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración	Intensificar el tratamiento no farmacológico Cambiar a un antipsicótico convencional depot Añadir un antipsicótico convencional depot Ajustar la dosis del tratamiento oral que se está utilizando

7.C. Factores relacionados con la enfermedad^{Preguntas 17, 20, 21 y 22}

La estrategia de elección para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio que abusa de las drogas y/o alcohol es establecer tratamientos específicos para el abuso/dependencia de sustancias tóxicas. Los clínicos también recomiendan el cambio a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración como estrategia de primera línea para mejorar la adherencia terapéutica en este tipo de paciente. Añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración, así como intensificar el tratamiento no farmacológico, son las estrategias preferidas dentro de la segunda línea.

Para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio con falta de conciencia de enfermedad y que cumple parcialmente el tratamiento con un antipsicótico atípico oral, las estrategias valoradas como más importantes son cambiar o bien añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración. Intensificar el tratamiento no farmacológico es la principal estrategia recomendada dentro de la segunda línea.

	Falta de conciencia de enfermedad	Abuso de drogas y/o alcohol
Primera línea	Cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración	Establecer tratamientos específicos para el abuso/dependencia de sustancias Cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración
Segunda línea	Intensificar el tratamiento no farmacológico Ajustar la dosis del tratamiento oral que está utilizando Cambiar a un antipsicótico convencional depot Monitorizar el cumplimiento Añadir un antipsicótico convencional depot Cambiar a un antipsicótico oral diferente no utilizado previamente	Añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Intensificar el tratamiento no farmacológico Ajustar la dosis del tratamiento oral que se está utilizando Hospitalización del paciente Cambiar a un antipsicótico oral diferente no utilizado previamente Cambiar a un antipsicótico convencional depot
En cursiva y negrita: estrategia o factor de elección.		

Cambiar o bien añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración son estrategias consideradas de primera línea para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes ambulatorios con historial de intentos de suicidio o con historial de agresividad. Además, intensificar el tratamiento no farmacológico es otra estrategia de primera línea recomendada en el caso del paciente ambulatorio con historial de intentos de suicidio. En el abordaje de un paciente con historial de agresividad, cabe destacar, dentro de las estrategias de segunda línea, ajustar la dosis del tratamiento oral que se está utilizando.

	Historial de intentos de suicidio	Historial de agresividad
Primera línea	Cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Intensificar el tratamiento no farmacológico Añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración	Cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración
Segunda línea	Hospitalización del paciente Ajustar la dosis del tratamiento oral que está utilizando Cambiar a un antipsicótico oral diferente no utilizado previamente Cambiar a un antipsicótico convencional depot	Ajustar la dosis del tratamiento oral que se está utilizando Intensificar el tratamiento no farmacológico Hospitalización del paciente Cambiar a un antipsicótico oral diferente no utilizado previamente Añadir un antipsicótico convencional depot Cambiar a un antipsicótico convencional depot Añadir otro antipsicótico oral

7.D. Paciente con esquizofrenia de inicio reciente^{Pregunta 23}

Los clínicos consideran muy importante cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración como estrategia para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes ambulatorios de diagnóstico reciente (con menos de 2 años de evolución), resultados que reflejarían la preocupación acerca de la adherencia al tratamiento en estos pacientes más jóvenes en los que la mejora del pronóstico de la enfermedad puede ser mayor. Una segunda recomendación dentro de la primera línea es intensificar el tratamiento no farmacológico. Como estrategias puntuadas en segunda línea se encuentran añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración, ajustar la dosis del tratamiento oral que se está utilizando y cambiar a un antipsicótico oral diferente que no se haya utilizado previamente.

Primera línea	Segunda línea
Cambiar a un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Intensificar el tratamiento no farmacológico	Añadir un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Ajustar la dosis del tratamiento oral que se está utilizando Cambiar a un antipsicótico oral diferente no utilizado previamente

Pacientes en unidad de agudos

Conclusión 8: Factores que habitualmente son motivo de recaída ^{Pregunta 24}

En opinión de los clínicos, el incumplimiento del tratamiento antipsicótico es el motivo de recaída más importante en los pacientes con esquizofrenia. Este resultado es congruente con el recogido en la segunda conclusión, en el que se establece la aparición de recaídas como principal consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento. Otros motivos de recaída considerados como muy importantes, pero que recibieron una puntuación menor, fueron el consumo de sustancias tóxicas (drogas y/o alcohol) y el cumplimiento parcial del tratamiento antipsicótico, así como la pérdida de seguimiento del paciente en el ámbito ambulatorio y la falta de soporte familiar/social.

Primera línea	Segunda línea
Incumplimiento del tratamiento antipsicótico	Eficacia insuficiente del tratamiento antipsicótico
Consumo de drogas o alcohol	Acontecimientos vitales estresantes
Cumplimiento parcial del tratamiento antipsicótico	Carencia de terapia rehabilitadora
Pérdida de seguimiento del paciente en el ámbito ambulatorio	
Falta de soporte familiar/social	

Conclusión 9: Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica tras el alta en unidad de agudos

9.A. *Recaída por incumplimiento total, parcial y cumplimiento* Preguntas 25, 26 y 27

Utilizar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración es la primera opción valorada por los clínicos como muy adecuada para mejorar la adherencia terapéutica tras el alta en pacientes ingresados en la unidad de agudos a causa de recaída por incumplimiento total o cumplimiento parcial del antipsicótico oral prescrito. Los programas psicoeducativos y de seguimiento específico, la intervención familiar dirigida a la adherencia y mejorar la alianza terapéutica con el paciente fueron las otras intervenciones recomendadas de primera línea en estos dos tipos de pacientes.

En pacientes ingresados por recaída en la unidad de agudos con un cumplimiento adecuado del tratamiento no aparecen recomendaciones de primera línea. Como estrategia de segunda línea se propone utilizar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración, seguida de mejorar la alianza terapéutica con el paciente, realizar programas psicoeducativos y de seguimiento específico, realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia, utilizar otro antipsicótico atípico oral y aumentar la dosis del antipsicótico oral actual.

Nivel de cumplimiento con el tratamiento oral	No cumplidor	Cumplidor parcial	Cumplidor
Primera línea	Utilizar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Programas psicoeducativos y de seguimiento específico Intervención familiar dirigida a la adherencia Mejorar la alianza terapéutica	Utilizar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Mejorar la alianza terapéutica Intervención familiar dirigida a la adherencia Programas psicoeducativos y de seguimiento específico	
Segunda línea	Utilizar un antipsicótico convencional depot Utilizar otro antipsicótico atípico oral	Utilizar un antipsicótico convencional depot Utilizar otro antipsicótico atípico oral	Utilizar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Mejorar la alianza terapéutica Programas psicoeducativos y de seguimiento específico Intervención familiar dirigida a la adherencia Utilizar otro antipsicótico atípico oral

9.B. *Recaída en paciente tratado con antipsicótico inyectable de larga duración* ^{Pregunta 28}

En el caso de un paciente ingresado por recaída mientras recibe tratamiento con un antipsicótico inyectable de larga duración, la estrategia valorada por los clínicos en primera línea es aumentar la dosis del mismo, reflejando, quizá, la necesidad de alcanzar la dosis adecuada para controlar la sintomatología de la enfermedad en cada paciente, al mismo tiempo que se asegura el cumplimiento. En un segundo nivel de valoración se encuentra llevar a cabo programas psicoeducativos y de seguimiento específico y mejorar la alianza terapéutica, así como realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia, añadir la forma oral del antipsicótico inyectable de larga duración y añadir un antipsicótico oral diferente.

Primera línea	Segunda línea
Aumentar la dosis del antipsicótico inyectable de larga duración actual	Programas psicoeducativos y de seguimiento específico Mejorar la alianza terapéutica Intervención familiar dirigida a la adherencia Añadir la forma oral del antipsicótico inyectable de larga duración Añadir un antipsicótico oral diferente

9.C. *Recaída en paciente de inicio reciente con tratamiento antipsicótico atípico oral* ^{Pregunta 29}

En este caso, los clínicos consideran que utilizar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración es una estrategia muy adecuada para mejorar la adherencia al tratamiento prescrito, además de ser la única intervención farmacológica valorada como de primera línea. También se recomiendan como intervenciones no farmacológicas muy adecuadas establecer una buena alianza terapéutica con el paciente, realizar programas psicoeducativos y de seguimiento específico y realizar intervenciones familiares dirigidas a la adherencia.

Primera línea	Segunda línea
Utilizar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración Establecer una buena alianza terapéutica Programas psicoeducativos y de seguimiento específico Intervención familiar dirigida a la adherencia	Aumentar la dosis del antipsicótico oral Utilizar otro antipsicótico oral

Conclusión 10: Manejo de los antipsicóticos inyectables de larga duración tras el alta en unidad de agudos

10.A. Motivos de uso de antipsicóticos inyectables de larga duración en paciente hospitalizado ^{Pregunta 30}

Los clínicos consideran que las razones más importantes para comenzar el tratamiento con un antipsicótico inyectable de larga duración en un paciente hospitalizado son, en primer lugar, asegurar el tratamiento antipsicótico cuando el paciente es dado de alta, seguido de facilitar la aceptación del antipsicótico inyectable de larga duración en el tratamiento ambulatorio posterior y reducir la vulnerabilidad del paciente al abandono del tratamiento tras el alta, reflejando así, quizá, la preocupación por facilitar el cumplimiento del tratamiento. Evitar inmediatas hospitalizaciones por recaída también se considera una razón muy importante para comenzar este tratamiento. Se valora en un nivel de importancia menor, aunque también a tener en cuenta, la reducción de la estancia media hospitalaria por recaída.

Muy importante	Importante
Asegurar el tratamiento antipsicótico cuando el paciente es dado de alta Facilitar la aceptación del antipsicótico inyectable de larga duración en el tratamiento ambulatorio posterior Reducir la vulnerabilidad del paciente al abandono del tratamiento tras el alta Evitar inmediatas hospitalizaciones por recaída	Reducir la estancia media hospitalaria por recaída

10.B. Momento más adecuado para comenzar el tratamiento con un antipsicótico inyectable de larga duración ^{Pregunta 31}

Los clínicos consideran que el tratamiento con un antipsicótico inyectable de larga duración se debe comenzar desde el primer momento, una vez decidido que el paciente necesitará un tratamiento antipsicótico a largo plazo.

Preferido	Recomendable
Desde el primer momento, tras decidir que el paciente necesitará un tratamiento de larga duración	Entre la primera y la segunda semana de ingreso En la primera semana

Manejo de antipsicóticos inyectables de larga duración

Conclusión 11: Estrategias para el manejo de los antipsicóticos inyectables de larga duración

11.A. Factores que favorecen el uso de los antipsicóticos inyectables de larga duración ^{Pregunta 34}

Los clínicos consideran que las menores recaídas o ingresos observados respecto al tratamiento oral son, junto con la mejora de la calidad de vida del paciente, los dos factores más importantes a la hora de decidir el uso de un antipsicótico inyectable de larga duración. Otras cuestiones que los clínicos consideran de cierta importancia son la aceptación de la inyección por parte del paciente, la fácil administración de la inyección, las ventajas en eficacia y tolerabilidad que presentan los antipsicóticos inyectables de larga duración comparados con el antipsicótico oral, el fácil ajuste de dosis, los menores efectos secundarios, la fácil conversión de dosis y la eficacia superior demostrada frente al tratamiento oral.

Muy importante	Importante
Menos recaídas o ingresos que con el tratamiento oral Mejor calidad de vida del paciente	Aceptación de la inyección por parte del paciente Fácil administración de la inyección Ventajas en eficacia y tolerabilidad comparado con el antipsicótico oral Fácil ajuste de la dosis Menos efectos secundarios que con los medicamentos orales Fácil conversión de dosis desde otro fármaco antipsicótico oral Eficacia superior demostrada frente al tratamiento oral

11.B. Situaciones clínicas en las que utilizar un antipsicótico inyectable de larga duración (convencionales depot/atípicos inyectables de larga duración)^{Preguntas 32 y 33}

En el caso de los antipsicóticos convencionales depot no aparecen situaciones clínicas valoradas como muy adecuadas para su uso. Como situación en la que se considera importante su utilización cabe destacar a los pacientes tratados con un antipsicótico convencional oral que presentan problemas de incumplimiento terapéutico. Sin embargo, son numerosas las situaciones clínicas en las que se considera muy importante tratar al paciente con un antipsicótico atípico inyectable de larga duración, quizá porque los clínicos han tenido en cuenta las diferencias existentes entre ambas formulaciones. Estas situaciones recomendadas son: pacientes con problemas de incumplimiento terapéutico que toman un antipsicótico oral atípico o convencional; pacientes con psicosis de inicio reciente que plantean problemas de incumplimiento terapéutico y pacientes con ausencia de conciencia de enfermedad, con falta de apoyo social/familiar, con síntomas extrapiramidales al ser tratados con un antipsicótico convencional depot o con historia o posibilidad de conducta agresiva.

Antipsicótico convencional depot		Antipsicótico atípico inyectable de larga duración
Muy importante		Paciente que toma un antipsicótico atípico oral con problemas de incumplimiento terapéutico Paciente con psicosis de inicio reciente con problemas de incumplimiento terapéutico Ausencia de conciencia de enfermedad Paciente que toma un antipsicótico convencional oral con problemas de incumplimiento terapéutico Falta de apoyo social/familiar Paciente estable tratado con un antipsicótico convencional depot Historia o posibilidad de conducta agresiva
Importante	Paciente que toma un antipsicótico convencional oral con problemas de incumplimiento terapéutico Ausencia persistente de conciencia de enfermedad Falta de apoyo social/familiar Historia o posibilidad de conducta agresiva Paciente que toma un antipsicótico atípico oral y recae por incumplimiento terapéutico Paciente con psicosis de inicio reciente con problemas de incumplimiento terapéutico Problemas asociados por abuso de drogas y/o alcohol Posibilidad de conducta suicida Paciente que toma un antipsicótico atípico oral y recae por razones desconocidas	Paciente que toma un antipsicótico atípico oral y recae por otras razones Posibilidad de conducta suicida Problemas asociados por abuso de drogas y/o alcohol Paciente con esquizofrenia resistente al tratamiento que toma clozapina y tiene efectos secundarios importantes Paciente estable que toma un antipsicótico atípico oral y sufre síntomas extrapiramidales

11.C. Razones para el uso de los antipsicóticos inyectables de larga duración en un paciente clínicamente estable (convencionales depot/atípicos inyectables de larga duración)^{Preguntas 35 y 36}

En el tratamiento de un paciente clínicamente estable se consideraron como razones importantes para el uso de un antipsicótico atípico inyectable de larga duración mejorar la adherencia al tratamiento y mejorar el pronóstico a largo plazo del paciente. Los clínicos también consideran razones muy importantes para el uso de un antipsicótico atípico inyectable de larga duración, mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, así como un incumplimiento previsible a corto o medio plazo.

No hubo razones puntuadas como muy importantes para el tratamiento con antipsicóticos convencionales depot de este tipo de pacientes. Como razones valoradas de cierta importancia cabe destacar la mejora de la adherencia terapéutica mediante este tratamiento, la mejora del pronóstico a largo plazo, el incumplimiento previsible a corto y medio plazo, la mejora de la calidad de vida del paciente, la prevención de recaídas y la mejora de la eficacia en sintomatología positiva.

Antipsicótico convencional depot		Antipsicótico atípico inyectable de larga duración
Muy importante		Mejorar la adherencia al tratamiento Mejorar el pronóstico a largo plazo del paciente Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno Incumplimiento previsible a corto o medio plazo
Importante	Mejorar la adherencia al tratamiento Mejorar el pronóstico a largo plazo del paciente Incumplimiento previsible a corto o medio plazo Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno Prevención de recaídas debidas a problemas de falta de eficacia Mejorar la eficacia en sintomatología positiva Prevención de recaídas debidas a problemas de tolerabilidad	Prevención de recaídas debidas a problemas de tolerabilidad Prevención de recaídas debidas a problemas de falta de eficacia Mejorar la eficacia en sintomatología positiva Mejorar la eficacia en sintomatología negativa y/o afectiva

11.D. Razones para el uso de los antipsicóticos inyectables de larga duración en un paciente con esquizofrenia de inicio reciente (convencionales depot/atípicos inyectables de larga duración) Preguntas 37 y 38

Los clínicos consideran que las razones más importantes para tratar a un paciente con esquizofrenia de inicio reciente (menos de 2 años de evolución) con un antipsicótico atípico inyectable de larga duración son asegurar el cumplimiento en pacientes con baja o nula conciencia de enfermedad, prevenir las recaídas, evitar el deterioro clínico precoz y mejorar su pronóstico a largo plazo, así como obtener una mejor tolerabilidad en pacientes sensibles a desarrollar efectos secundarios. Se consideró un factor de cierta importancia el evitar la toma diaria de la medicación.

No hubo valoraciones dentro de la categoría de muy importante para el tratamiento de pacientes de inicio reciente con antipsicóticos convencionales depot. Asegurar el cumplimiento, la prevención de recaídas, evitar el deterioro clínico precoz y evitar la toma diaria fueron razones consideradas por los clínicos como importantes para utilizar un antipsicótico convencional depot en este tipo de pacientes.

Antipsicótico convencional depot		Antipsicótico atípico inyectable de larga duración
Muy importante		Asegurar el cumplimiento en pacientes con baja o nula conciencia de enfermedad Prevención de recaídas Evitar el deterioro clínico precoz y mejorar su pronóstico a largo plazo Mejor tolerabilidad en pacientes sensibles a desarrollar efectos secundarios
Importante	Asegurar el cumplimiento en pacientes con baja o nula conciencia de enfermedad Prevención de recaídas Evitar el deterioro clínico precoz y mejorar su pronóstico a largo plazo Evitar la toma diaria	Evitar la toma diaria

11.E. Ventajas y desventajas de la utilización de los antipsicóticos inyectables de larga duración Preguntas 39 y 40

Los clínicos consideran que garantizar la administración de la medicación es una ventaja de elección en el uso de los antipsicóticos inyectables de larga duración. Destacan entre otras ventajas consideradas muy importantes, la capacidad de aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico, el menor riesgo de recaídas que se asocia con la liberación continuada, saber inmediatamente cuando deja el paciente de tomar la medicación, asegurar la cobertura antipsicótica cuándo se deja de tomar una dosis, el contacto periódico con el paciente y poder conocer que la recaída se produce a pesar del tratamiento farmacológico adecuado.

Los clínicos consideran que la falta de aceptación por el paciente es la posible desventaja más importante de los antipsicóticos inyectables de larga duración y valoran como una posible desventaja importante la incapacidad de interrumpir la medicación inmediatamente en caso de que los efectos secundarios sean un problema.

	Ventajas	Desventajas
Muy importante	<i>Asegurar la administración de la medicación</i> Aumento de la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico Menor riesgo de recaídas Conocer de forma inmediata cuando el paciente deja la medicación Asegurar la cobertura antipsicótica del paciente después de dejar de tomar una dosis Contacto periódico con el paciente Saber que la recaída se produce a pesar del tratamiento farmacológico adecuado	Falta de aceptación por parte del paciente
Importante	Comodidad para el paciente	Incapacidad para interrumpir inmediatamente el fármaco si los efectos secundarios son un problema
En cursiva y negrita: estrategia o factor de elección.		