

Julio Bobes-García¹
 Jerónimo Saiz-Ruiz²
 Miquel Bernardo-Arroyo³
 Fernando Caballero-Martínez⁴
 Inmaculada Gilaberte-Asin⁵
 Antonio Ciudad-Herrera⁵

Consenso delphi sobre la salud física del paciente con esquizofrenia: valoración por un panel de expertos de las recomendaciones de las sociedades españolas de psiquiatría y de psiquiatría biológica

¹Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)
 Departamento de Psiquiatría
 Universidad de Oviedo, Oviedo
 Asturias, España

²Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria, IRYCIS
 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)
 Hospital Universitario Ramón y Cajal
 Departamento de Psiquiatría, Universidad de Alcalá
 Madrid, España

³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)
 Unidad de Esquizofrenia Clínic, Institut Clínic de Neurociències
 Hospital Clínic, Universidad de Barcelona / IDIBAPS
 Barcelona, España

⁴Unidad de Investigación, Dirección Académica de Medicina
 Facultad de Ciencias Biosanitarias, Universidad Francisco de Vitoria
 Madrid, España

⁵Unidad de Investigación Clínica en Neurociencias
 Lilly Clinical Research Laboratories
 Alcobendas, Madrid, España

Introducción. Los pacientes con esquizofrenia presentan una mayor tasa de comorbilidad física y mayor incidencia de mortalidad por trastornos físicos que la población general. Producto del creciente interés por conocer y mejorar el estado de la salud física de los pacientes con esquizofrenia se publicó, en 2008, el "Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica". Sus recomendaciones suponen un cambio sustancial del modelo asistencial actual.

Objetivo. Constatar el grado de acuerdo de un grupo de expertos españoles sobre una serie de criterios clínicos y recomendaciones sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia recogidas de la literatura científica y del Consenso publicado en 2008.

Método. 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 66 ítems de encuesta; 2) constitución de un panel de 15 psiquiatras expertos; 3) encuesta 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 de expertos.

Resultados. Todos los ítems fueron consensuados por el Comité de Expertos de acuerdo con las propuestas del Comité Científico y en línea con las recomendaciones del

Consenso publicado en 2008, a excepción de cinco ítems en los que no se alcanzó un nivel de acuerdo suficiente para el consenso entre los miembros del panel, debido a que la mayoría se decantó por posiciones de indeterminación.

Conclusiones. Los expertos de este estudio alcanzan un acuerdo general sobre los criterios clínicos recogidos en la literatura sobre salud física de los pacientes con esquizofrenia, así como sobre las recomendaciones para la evaluación de la salud física de estos pacientes y para los procedimientos de diagnóstico y las intervenciones clínicas destinadas a controlar los factores de riesgo asociados, propuestos por la SEP-SEPB. Es importante mantener el proceso de concienciación del colectivo de psiquiatras clínicos acerca de la necesidad de implementar las recomendaciones incorporadas en guías como las aquí propuestas, que finalmente lleven al mejor control y el mejoramiento de la salud física del paciente con esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia, Salud física, Morbilidad, Mortalidad, Psiquiatría, Guías de intervención

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(3):114-28

Delphi consensus on the physical health of patients with schizophrenia: evaluation of the recommendations of the spanish societies of psychiatry and biological psychiatry by a panel of experts

Introduction. Available data from scientific literature show that patients with schizophrenia have higher rates of

Correspondencia:
 Antonio Ciudad Herrera,
 Lilly Clinical Research Laboratories
 Avenida de la Industria nº 30. 28108 Alcobendas (Madrid), España.
 Correo electrónico: a.ciudad@lilly.com

physical comorbidity and excess mortality due to other physical pathologies. The growing interest to investigate and improve the health of these patients has led a group of Spanish experts to publish in 2008 a "Consensus on physical health of patients with schizophrenia from the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry" (2008 Consensus). These recommendations imply a significant change to the present model of medical attention.

Objective. To gauge the level of agreement of a group of expert psychiatrists on the clinical criteria and recommendations collected from the scientific literature and the 2008 Consensus on the physical health of patients with schizophrenia.

Method. The process involved four phases: 1) Scientific Committee established to manage the study and to define the 66-item questionnaire; 2) Panel of 15 experts in psychiatry is established; 3) Submission of questionnaire to the Expert Panel in two consecutive rounds, with an intermediate processing and sharing of results; 4) Evaluation of results, discussion and conclusions between Scientific Committee and Expert Panel.

Results. All items, as set by the Scientific Committee and aligned with the recommendations published in the 2008 Consensus, achieved consensus on agreement from the Expert Panel, except 5 items, for which most of the answers were placed in the indeterminate position rate.

Conclusions. The expert criteria shown in this study indicate a global agreement with regard to clinical criteria on the physical health of patients with schizophrenia, as well as with the present recommendations to improve the health of patients having, or at risk to have, other concomitant pathologies. The need to incorporate new intervention guidelines that facilitate a better control and improvement of the physical health of patients with schizophrenia must be disseminated in the psychiatric providers' collectives.

Key words: Schizophrenia, Physical health, Morbidity, Mortality, Psychiatry, Intervention guides

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con esquizofrenia presentan una prevalencia de enfermedad física más alta y una mayor mortalidad por causas naturales que la población general¹. Más de la mitad sufren importantes afectaciones físicas concurrentes², entre las cuales ocupan, un lugar preeminente los factores asociados al riesgo cardiovascular (dislipemia, hipertensión, diabetes, tabaquismo), seguidos de una amplia variedad de trastornos respiratorios, gastrointestinales, neurológicos, cardiológicos, infecciosos, neoplásicos y abuso de sustancias^{3, 4}. Por todo ello, la mortalidad estandarizada

debida a causas naturales de la población con esquizofrenia es 2,3 veces mayor que la de la población general, mientras que su mortalidad por causas "evitables con un tratamiento apropiado" casi la quintuplica⁵. En promedio, se estima que la expectativa de vida de estos pacientes se reduce en 15 años en comparación con la población general⁶, por causas mayoritariamente atribuibles a enfermedades somáticas (más del 60% de los fallecimientos), frente a suicidios (menos del 28%) y accidentes (12%)⁵.

La *World Psychiatric Association* ha alertado sobre el hecho de que la comorbilidad física de los pacientes con esquizofrenia pasa frecuentemente inadvertida y resulta, por tanto, infratratada⁴. Además de un menor acceso a la atención sanitaria por su salud física, estos pacientes reciben cuidados de peor calidad y su cumplimiento terapéutico es inferior al de la población general⁷⁻¹¹. El propio tratamiento antipsicótico añade con frecuencia iatrogenia determinante de empeoramiento de la condición física de los pacientes^{11, 12-14}.

Las Sociedades Españolas de Psiquiatría (SEP) y de Psiquiatría Biológica (SEPB), a fin de paliar estas deficiencias asistenciales y garantizar la protección del derecho a los cuidados de salud de los pacientes con enfermedades mentales graves, auspiciaron en 2007 el desarrollo de un documento de consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia, recomendando procedimientos diagnósticos e intervenciones clínicas destinadas a controlar los factores de riesgo modificables que limitan su salud física y su esperanza y calidad de vida².

Las propuestas de dicho documento representan un cambio sustancial del modelo previo de atención al paciente con esquizofrenia en España y reclaman un mayor protagonismo del psiquiatra en el manejo de la repercusión biológica del trastorno. Poco tiempo después de su publicación¹⁵, casi la mitad de una muestra multicéntrica estatal de psiquiatras clínicos declararon conocer sus recomendaciones. Pese a ello, la auditoría de sus historias clínicas constató que la mejoría apreciada tras la aparición del consenso en la valoración de la salud física de los pacientes con esquizofrenia sólo ocurrió en una fracción testimonial de los profesionales (inferior al 15% del total). La modificación de hábitos arraigados y la introducción de nuevas prácticas^{2, 16} eliminarían obstáculos ciertos en la implementación efectiva de las guías y consensos en la práctica psiquiátrica^{17, 18}.

Con el objeto de validar el criterio y facilitar la implementación del colectivo psiquiátrico respecto a las propuestas del Consenso SEP-SEPB 2008², el presente estudio explora estructuradamente la opinión profesional de un nuevo panel de expertos del ámbito estatal sobre las recomendaciones principales de dicho documento. Se pretende con ello concitar el mayor refrendo posible, mediante la ampliación del círculo de expertos que lo apoyan expresamente, con más profesionales de referencia en la psiquiatría española que no participaron directamente en su redacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

El método Delphi modificado^{19, 20} recoge por escrito la opinión individual y anónima de un panel multicéntrico de expertos mediante una encuesta vehiculada por correo electrónico. Tras analizar e informar a los expertos de los resultados obtenidos por el panel en un primer cuestionario, una segunda ronda de encuesta sobre los ítems no consensuados en el primer intento permite reconsiderar opiniones y aproximar posturas divergentes.

El estudio se desarrolló en cuatro fases: 1) elaboración del cuestionario por el Comité Científico responsable de la dirección del proyecto; 2) constitución de un panel de psiquiatras expertos, reconocidos por su criterio e implicación en la esquizofrenia; 3) encuesta por correo electrónico en dos rondas; y 4) análisis de resultados y discusión de conclusiones en una sesión presencial conjunta del Comité Científico y el panel experto.

Para elaborar los contenidos del cuestionario, cada miembro del Comité Científico (los coautores del estudio, en representación de la SEP y de la SEPB) trabajó en la definición de ítems de una parte de la encuesta a partir de las conclusiones del "Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia SEP-SEPB 2008"². Esta información se actualizó con una búsqueda bibliográfica normalizada²¹, efectuada en julio de 2009 en PubMed, y mediante la revisión manual de las referencias bibliográficas de los artículos obtenidos. Para categorizar la calidad de la evidencia de los artículos de interés y seleccionar otros posibles temas a incluir en la encuesta, se recomendó al Comité el empleo de los criterios del *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (CEBM)²².

Cada ítem de encuesta se redactó en forma de consideración expresa (afirmativa o negativa) que recoge un criterio profesional o una recomendación clínica concreta sobre la salud física del paciente con esquizofrenia. Las propuestas iniciales del Comité fueron revisadas por un consultor externo y sintetizadas hasta lograr una versión conjunta unánimemente satisfactoria, compuesta por 66 ítems agrupados en tres apartados conceptuales: a) impacto de la esquizofrenia en la salud física de los pacientes afectados (11 ítems); b) impacto del tratamiento antipsicótico en la salud física del paciente con esquizofrenia (15 ítems); y c) recomendaciones al psiquiatra para el mejoramiento de la salud física de sus pacientes con esquizofrenia (39 ítems). En este último bloque se incluyeron recomendaciones sobre enfermedades infecciosas (5 ítems), neoplásicas (6 ítems), endocrino-metabólicas (10 ítems), cardiovasculares (6 ítems), neurológicas (3 ítems), respiratorias (4 ítems) y otras patologías físicas (5 ítems).

Para puntuar cada ítem de encuesta, la encuesta ofreció una única escala ordinal tipo *Likert* de nueve puntos (1=pleno desacuerdo, 9=pleno acuerdo), categorizada mediante cualificadores lingüísticos en regiones de tres puntos:

1-3="en desacuerdo con la cuestión" (a menor puntuación, mayor desacuerdo), 4-6="ni acuerdo ni desacuerdo", no se tiene un criterio definido sobre la cuestión (se elige 4 o 6 según se está más cerca del desacuerdo o del acuerdo, respectivamente), 7-9="de acuerdo con la cuestión" (a mayor puntuación, mayor acuerdo). Tras cada cuestión, se ofreció la posibilidad de añadir comentarios libres explicativos del voto.

La selección del panel de expertos en esquizofrenia se realizó mediante una estrategia en "bola de nieve", según la propuesta de Goodman y Coleman²³, iniciada a partir de la red profesional del Comité Científico. El proceso se completó con la búsqueda activa de autores nacionales de los artículos originales relacionados con el tema de estudio en las bases de datos bibliográficas PubMed (*Medline*), Embase (*Excerpta Medica*) e IME (Índice Médico Español). Los 15 psiquiatras de ámbito estatal invitados por el Comité (Anexo 2) aceptaron participar en el proyecto y completaron las dos rondas consecutivas de distribución y recogida de cuestionarios, entre los meses de octubre y noviembre de 2009.

Para analizar los resultados de la encuesta Delphi, el método del uso apropiado de RAND/UCLA^{24, 25} propone usar la mediana de las puntuaciones y el "nivel de concordancia" de las opiniones de los psiquiatras del panel. Existe "concordancia" sobre un ítem cuando menos de la tercera parte de los expertos puntúan fuera de la región de tres puntos (1-3, 4-6, 7-9) que contiene a la mediana (<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 en los que no se aprecia 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 expresa por consenso su acuerdo sobre el ítem (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 expresa por consenso su desacuerdo sobre el ítem (considera inapropiada la recomendación que contiene); los ítems en los que la mediana está en la región 4-6, y aquellos en los que se aprecie "discordancia" o indeterminación, se consideran "dudosos" y se someten a la reconsideración del panel en una segunda ronda de encuesta.

Entre ambas rondas, los panelistas son informados de la distribución detallada de las respuestas a la primera encuesta y de los comentarios anónimos aportados por los participantes. Tras revisar esta información, se les solicita volver a valorar individualmente los ítems que no resultaron consensuados en primera instancia. Tras la segunda ronda de encuesta, se aplican idénticos criterios para discriminar definitivamente los ítems consensuados de aquellos otros en

los que no se logra unificar el criterio del panel. A efectos comparativos, cuanto más extrema resulte la puntuación promedio de un ítem (más próximo a 1 o a 9), más manifiesto se considerará el consenso logrado, en el acuerdo o en el desacuerdo, respectivamente, sobre la propuesta expresada por cada ítem.

RESULTADOS

Los 15 expertos participantes completaron ambas rondas de encuesta. En la primera circulación de la encuesta se logró un consenso sobre 46 de las 66 propuestas analizadas, según los criterios de evaluación preestablecidos. Tras informar al grupo de estos resultados, en la segunda vuelta se rescataron por consenso otros 15 de los 20 ítems reevaluados, alcanzándose una opinión consensuada del panel experto sobre 92,4% del cuestionario planteado. En todos los ítems el consenso alcanzado fue sobre el acuerdo de los expertos con las propuestas planteadas en la encuesta.

La tabla 1 resume los contenidos del consenso alcanzado y del consenso fallido por bloques temáticos. En el anexo 1 se recogen los estadísticos críticos que detallan estos resultados. En cada caso se indican las puntuaciones mediana y media del grupo, así como la proporción de expertos encuestados que manifiestan una opinión de distinto signo al mayoritario (que puntúan fuera de la región de tres puntos que acoge a la mediana).

En 5 cuestiones (ítems nº 3, 5, 7, 59 y 63 del listado detallado del anexo 1), que representan el 7,6% del total del cuestionario, los miembros del panel no alcanzaron un consenso expreso tras completar las dos rondas de encuesta. La Tabla 2 muestra el detalle de la distribución de respuestas de los encuestados a dichos ítems. En todos los casos, de acuerdo a los criterios de interpretación preestablecidos, se aprecia que el grupo experto encuestado no mantiene un criterio conjunto y determinado sobre esas cuestiones, aunque tampoco se detecta una discordancia manifiesta de opiniones entre los panelistas (una bipolarización del grupo entre el acuerdo y el desacuerdo).

Un análisis detallado de la distribución de las respuestas de los panelistas (tabla 2) permite comprobar ciertas diferencias relevantes en los comportamientos de opinión grupal entre las cinco cuestiones no consensuadas. Así, mientras que en los ítems 1, 7, 59 y 63 los panelistas expresan su acuerdo con el criterio o recomendación clínica propuesta, aunque en una mayoría no suficiente para el consenso, en el ítem 5 el grupo mayoritario de respondedores (50%) se sitúa en posiciones de indeterminación (región 4-6, "ni acuerdo, ni desacuerdo"), mientras que la mitad restante se distribuye bimodalmente entre ambas regiones extremas de respuesta (acuerdo o desacuerdo).

DISCUSIÓN

Globalmente considerada, la valoración externa por los expertos en esquizofrenia que han formado parte del panel multicéntrico de ámbito estatal de este estudio permite constatar un elevado nivel de acuerdo (superior al 90%) con las recomendaciones clínicas extraídas del "Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia SEP-SEPB 2008"² y la actualización propuesta por los investigadores. Estos resultados refrendan el trabajo de recopilación, interpretación y síntesis bibliográfica realizado por los redactores del documento de consenso en 2008, y refuerzan la plena vigencia de sus recomendaciones, cuya implementación es una estrategia asistencial oportuna y bien justificada. Conviene destacar que la mayoría de estas recomendaciones resultaron consensuadas en la primera ronda Delphi y que la puntuación promedio de las respuestas de los expertos, en gran parte de estos ítems, se situó en valores cercanos al "pleno acuerdo" expresando una clara sintonía general de los encuestados con los contenidos del documento de referencia.

De hecho, la concordancia de criterio de los panelistas participantes en este estudio es superior a la observada en otros proyectos de metodología similar^{26, 27, 33-35}. Aunque la legitimidad de tal comparación es discutible, ya que la capacidad de concitar unanimidad de opinión es propia de cada estudio (según la heterogeneidad del panel profesional y el grado de controversia sobre el tema a debate), debe destacarse que los resultados de este proyecto se han logrado con un grupo multicéntrico de ámbito estatal, con perfiles profesionales y responsabilidades asistenciales muy diferentes.

Las cinco únicas recomendaciones no consensuadas en el estudio señalan diversos aspectos de la práctica asistencial en esquizofrenia en los que, más que disparidad de criterio, parece existir indeterminación de opiniones entre los especialistas participantes. Esta situación puede reflejar la ausencia de una evidencia científica sólida en dichas materias, o la existencia de una controversia por dilucidar entre distintas fuentes. Estas circunstancias justificarían que, en el momento actual, resulte cuestionable avalar unas recomendaciones consistentes y de amplia aceptación en dichos apartados. En tal caso, las propuestas controvertidas (no consensuadas) representarían áreas susceptibles de un mayor esfuerzo investigador futuro, de cuyos resultados pueda derivarse la evidencia científica requerida para proponer nuevas recomendaciones ampliamente asumibles por los expertos.

Sin embargo, deben señalarse también limitaciones técnicas en la formulación de al menos tres de estas cuestiones, que pueden haber constituido una causa principal de la falta de consenso. En los ítems 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)*"), 5 ("*Parece no existir una mayor prevalencia de ictus, epilepsia y cefaleas en los pacientes con*

Tabla 1	Contenidos consensuados y no consensuados por el panel experto (en el anexo 1 se detalla la definición expresa de cada ítem de encuesta y los criterios estadísticos para la interpretación del nivel de consenso)
Sección 1: CRITERIOS EXPERTOS SOBRE EL IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA SALUD FÍSICA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA	
CONSENSO	
<p>Se considera constatado que los pacientes con esquizofrenia sufren:</p> <p>a) Mayor prevalencia que la población general de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones por virus de la hepatitis C y VIH, con escaso conocimiento y preocupación sobre el SIDA por parte del paciente • Trastornos metabólicos (diabetes, intolerancia a la glucosa y síndrome metabólico), con independencia de su tratamiento farmacológico • Discinesia espontánea, aún sin tratamiento antipsicótico • Trastornos respiratorios relacionados con el tabaco (asma, EPOC y enfisema) • Patología cardiovascular <p>b) Exceso de mortalidad global por causas naturales (enfermedades respiratorias, digestivas, genitourinarias, cardiovasculares, infecciosas, mentales y endocrinas)</p> <p>El tabaquismo grave es uno de los principales riesgos para la salud física (cardiovascular, respiratorio, oncológico, politoxicomanía,) relacionados con el estilo de vida del paciente con esquizofrenia</p>	
NO CONSENSO	
<p>No se alcanza un criterio unánime sobre si los pacientes con esquizofrenia sufren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mayor prevalencia de ciertos trastornos neurológicos (ictus, epilepsia y cefaleas) y cardiológicos (insuficiencia cardiaca, arritmias y síncope) que la población general (de todos los trastornos) • mayor incidencia de cáncer de mama, pulmón y faringe (de todos ellos) 	
Sección 2: CRITERIOS EXPERTOS SOBRE EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN LA SALUD FÍSICA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA	
CONSENSO	
<p>Sobre los síntomas extrapiramidales inducidos por los antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son más frecuentes en pacientes vulnerables (1º episodio, anciano, cronicidad o pacientes no respondedores, mujer >40 años, etc.) • Son menos frecuentes con antipsicóticos atípicos (que también los producen a dosis altas, escalado rápido o en tratamientos de larga duración) <p>Su alivio con agentes anticolinérgicos es un factor de riesgo de deterioro cognitivo</p> <p>Sobre la hiperprolactinemia inducida por los antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es un efecto adverso dosis-dependiente, más difícil de reconocer que otros • Amisulprida y risperidona conllevan un riesgo sustancial • Produce consecuencias clínicas en ambos sexos (en la mujer: alteración menstrual, ginecomastia, galactorrea, acné/hirsutismo, osteoporosis, aumento de riesgo de cáncer de mama y endometrio; en el hombre: alteración de fertilidad y disfunción sexual) • La disfunción sexual, aunque no se consulte por ello, induce baja adherencia al tratamiento <p>Sobre los trastornos metabólicos inducidos por los antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los antipsicóticos (típicos y atípicos) aumentan el riesgo de padecer diabetes, aunque existen diferencias entre los distintos agentes • El aumento de peso es un efecto adverso potencial del tratamiento antipsicótico, pero la esquizofrenia conlleva un riesgo propio de obesidad (estilo de vida no saludable, recursos de salud limitados y falta de conciencia de enfermedad) • Los antipsicóticos también aumentan el riesgo de dislipemia • Existen diferencias clínicamente relevantes en el perfil metabólico de los distintos agentes antipsicóticos, por los que se debería personalizar el tratamiento según el paciente, y valorar su recambio ante alteraciones metabólicas relevantes no controlables con otras medidas <p>Sobre los trastornos cardiacos inducidos por los antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos antipsicóticos prolongan el intervalo QT del EKG, lo que se asocia a síntomas menores (mareo, palpitaciones y síncope), pero también a arritmias ventriculares graves y muerte súbita • El riesgo de alterar el QT aumenta con la dosis, sobre todo con agentes típicos, aunque también los atípicos pueden producirlo (en orden decreciente: sertindole, ziprasidona, risperidona y zotepina) • Los pacientes tratados con antipsicóticos tienen mucho mayor riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio que la población general 	

3.1. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**CONSENSO**

- Al diagnosticar la esquizofrenia, valorar posibles conductas de riesgo para infecciones virales por VHB, VHC y VIH (ADVP con intercambio de agujas y comportamiento sexual promiscuo sin protección), y, si se detectan o sospechan, pedir serología frente al VHB, VHC, VIH y lúes (VDRL)
- Si las serologías son negativas y se mantienen dichos comportamientos, se debe:
 - Repetir análisis periódicamente
 - Educar preventivamente para evitar el riesgo de transmisión sexual, parenteral y maternofetal
 - Recomendar la vacunación antihepatitis B
- Si alguna infección viral es positiva, se debe:
 - Derivar al especialista correspondiente
 - Recomendar la abstinencia de alcohol
 - Evitar el uso de fármacos hepatotóxicos y tener en cuenta posibles interacciones con la medicación antirretroviral

3.2. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**CONSENSO**

- El psiquiatra debe colaborar en la prevención y detección precoz del cáncer de sus pacientes con esquizofrenia, con las siguientes acciones:
 - Recoger en la historia clínica antecedentes familiares de cáncer, hábitos sexuales y alimentarios, sedentarismo, índice de masa corporal, exploración física general y nivel de prolactina
 - Seguir 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 1)
 - Identificar activamente el tabaquismo, valorar el deseo de deshabituación y efectuar un seguimiento de las fases de cambio durante el tratamiento
- Al usar agentes antipsicóticos en los pacientes con esquizofrenia en tratamiento por cáncer, el psiquiatra debe:
 - Tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas
 - Evitar agentes que aumenten el peso en caso de cáncer de colon y cérvix
 - Elegir agentes que no produzcan hiperprolactinemia, en el caso de cáncer de pulmón, mama y ovario

3.3. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS**CONSENSO**

- En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe:
 - Registrar las medidas antropométricas del paciente (peso, altura, IMC y perímetro abdominal). Repetir la medición cada 6 meses
 - Solicitar una analítica (tras ayuno de 8 horas), con: hematemetría, glucemia, perfil lipídico completo –colesterol, triglicéridos, HDL y LDL colesterol– y creatinina basal. Repetir estos análisis cada 6 meses, o se si cambia la medicación o el paciente aumenta de peso
- El psiquiatra debe educar al paciente sobre un estilo de vida saludable (dieta adecuada y ejercicio) en cada consulta de seguimiento. Si no consigue controlar el peso, y/o perfil glucémico o lipídico con estrategias no farmacológicas, se debe:
 - Derivar activamente al paciente al médico de cabecera o un especialista
 - Valorar la conveniencia del antipsicótico elegido, evitando si es necesario los agentes que más lo modifiquen
- A todo paciente en tratamiento antipsicótico se le debe interrogar expresamente por posibles síntomas de hiperprolactinemia (trastorno menstrual, ginecomastia, galactorrea, acné/hirsutismo, infertilidad o disfunción sexual)
- Se debe determinar la prolactinemia:
 - Anualmente si el fármaco es un inductor potencial de hiperprolactinemia (amisulprida, risperidona, etc.)
 - Siempre que exista galactorrea
- Ante hiperprolactinemia sintomática u osteoporosis, se debe valorar el cambio a otro agente con menor riesgo de disfunción endocrina

3.4. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**CONSENSO**

- En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe:
 - Registrar constantes vitales (TA, pulso), y valorar posibles síntomas previos de cardiopatía isquémica o arritmia cardiaca. Repetir la toma de constantes vitales cada 6 meses si existen factores de riesgo CV, y tras cada cambio de medicación o aumento de peso
 - Solicitar un electrocardiograma (ECG) a todos los pacientes. Repetirlo anualmente si existen factores de riesgo CV, y tras cada cambio de medicación o aumento de peso

- Derivar para estudio al médico de cabecera, o al especialista a los pacientes con posibles síntomas con isquemia coronaria, los que no controlan su TA con recomendaciones higiénico-dietéticas, y los que presentan prolongación del intervalo QT en el ECG, silente o sintomática (mareo, palpitaciones, síncope, etc.). En este último caso valorar la reducción de dosis y/o cambio del agente antipsicótico por uno de menor riesgo

3.5. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

CONSENSO

- Valorar posibles síntomas extrapiramidales y de discinesia tardía en todos los pacientes en tratamiento antipsicótico (con o sin ayuda de instrumentos de evaluación psicométrica, como la escala de acatisia de Simpson-Angus y la escala de movimientos anormales), cada 3 meses si el agente es de 1ª generación y cada 6 meses si es de 2ª generación
- En los sujetos con más riesgo (hombres jóvenes, 1º episodio, mujeres ancianas, daño neurológico previo, etc.) elegir antipsicóticos atípicos con bajo perfil de efectos neurológicos
- Si aparecen síntomas neurológicos añadir fármacos correctores apropiados (benzodiazepinas en la acatisia y anticolinérgicos en el parkinsonismo) y considerar el cambio a un agente atípico con perfil bajo de riesgo

3.6. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

CONSENSO

- Para detectar trastornos respiratorios en sus pacientes con esquizofrenia, el psiquiatra incluirá la auscultación en la exploración física y valorará la posible indicación de RX tórax, especialmente si el paciente está ingresado.
- A todos los pacientes con esquizofrenia se les recomendará disminuir/abandonar el consumo de tabaco. En caso de EPOC se recomendará vacuna antigripal
- Ante la descompensación respiratoria de un paciente con esquizofrenia se valorará el ajuste de psicofármacos sedantes y benzodiazepinas

NO CONSENSO

- Se debe explorar expresamente el posible síndrome de apnea del sueño, mediante la historia clínica específica y valorando el grado de somnolencia diurna mediante cuestionarios (p. ej., la Escala de Somnolencia de Epworth)

3.7. RECOMENDACIONES SOBRE OTRAS PATOLOGÍAS FÍSICAS

CONSENSO

- Para identificar las cataratas, el psiquiatra interrogará a sus pacientes con esquizofrenia por cambios en la visión (visión borrosa y mala visión de lejos), y recomendará una revisión por el oftalmólogo (cada dos años hasta los 40 años, y anualmente después)
- El psiquiatra debe reforzar en cada visita los hábitos higiénicos bucodentales y recomendar revisión anual por el odontólogo, así como valorar la necesidad de cambio a un antipsicótico que produzca menos sequedad de boca
- Los pacientes tratados con clozapina deben:
 - seguir un protocolo específico de vigilancia por riesgo de agranulocitosis y vigilar 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

NO CONSENSO

- Valorar la posibilidad de cambio a otro antipsicótico si el paciente con esquizofrenia desarrolla cataratas

esquizofrenia respecto a los controles normales") y 7 ("Los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan una mayor tasa de insuficiencia cardíaca, arritmias y síncope") la inclusión de distintas condiciones comórbidas en la misma cuestión puede haber condicionado el posicionamiento en la región "ni acuerdo, ni desacuerdo" de los expertos que no hayan querido valorar por igual los

distintos riesgos propuestos. En sentido estricto, estos criterios profesionales recogidos del Consenso 2008 no deberían ser objeto de consenso profesional, según la particular percepción de cada experto en su entorno, sino que deberían sustentarse en estudios epidemiológicos rigurosos que confirmen o descarten tales impresiones.

Tabla 2

Criterios aplicados para la valoración de las recomendaciones en las que no se alcanzó consenso experto suficiente

Nº Ítem	Criterios estadísticos descriptivos de las opiniones grupales ¹				
	Mediana	Media	Desacuerdo	Proporción de encuestados	
				Ni acuerdo, ni desacuerdo	Acuerdo
Ítem 3	7	6,53	6,7%	40%	53,3%
Ítem 5	6	5,79	21,4%	50%	28,5%
Ítem 7	7	6,67	6,7%	26,7%	66,7%
Ítem 59	7	6,87	6,7%	26,7%	66,7%
Ítem 63	7	6,07	7,1%	35,7%	57,1%

¹ Medidas de centralización calculadas sobre la escala 1-9 descrita en la metodología. Los % indicados en las tres últimas columnas agrupan la distribución de respuestas de los panelistas en tres categorías de opinión, según sus puntuaciones a cada ítem ("desacuerdo"=puntuaciones 1-3; "ni acuerdo, ni desacuerdo"=puntuación 4-6; "acuerdo"=puntuación 7-9)

Por el contrario, las dos cuestiones restantes no consensadas, son recomendaciones expresas de los expertos para mejorar algunos aspectos deficitarios actuales de la atención a la salud física al paciente con esquizofrenia, sobre las que sí cabe el debate argumental y el consenso profesional.

El ítem 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"*), propone la adopción rutinaria en la práctica psiquiátrica de un instrumento³⁶ quizá poco difundido fuera de ciertos ámbitos clínicos vinculados al síndrome (neumología, ORL, endocrinología). Existe, además, la apreciación subjetiva de que la herramienta ha tenido algunas dificultades en su adaptación al castellano^{37, 38}. Sin embargo se trata de un test sencillo (de sólo ocho cuestiones), bien validado y que admite ser auto-administrado por el propio paciente, aspectos quizá no suficientemente conocidos y tomados en consideración por los expertos que no apoyaron la recomendación.

Sobre el ítem 63 (*"En el paciente con esquizofrenia que desarrolle cataratas se debe valorar la posibilidad de cambio de tratamiento por otro antipsicótico"*), el comentario recurrente de quienes se mostraron en desacuerdo con su recomendación sistemática al psiquiatra clínico, fueron las dudas sobre los mecanismos fisiopatológicos que vinculan ambos procesos y, sobre todo, sobre el carácter discutible del beneficio esperado al retirar una medicación antipsicótica eficaz a la aparición de una complicación oftálmica (en principio irreversible y sólo subsanable con cirugía). En tal caso, pese a la retirada del fármaco, se mantendrían sus supuestos perjuicios sin lograrse beneficio alguno.

En la vertiente positiva de los resultados del estudio, hay que destacar las recomendaciones que obtuvieron prácticamente una unanimidad total de los encuestados, sin oposición manifiesta de ningún experto. Entre estas valoraciones se reflejan el asentamiento de conceptos relativamente nuevos en la valoración del paciente con esquizofrenia, como la preeminencia de enfermedades respiratorias, alteraciones metabólicas, enfermedades cardiovasculares y cáncer como causa principal de morbilidad en este grupo poblacional, y la necesidad de introducción de actuaciones específicas para su prevención, identificación temprana y control en la consulta psiquiátrica. Estos datos son plenamente coincidentes con la reciente información epidemiológica disponible de la comorbilidad física más prevalente entre los pacientes con esquizofrenia en España¹⁵. De los resultados de este consenso, los psiquiatras clínicos deben entender, sólidamente sustentada en el criterio del experto, la recomendación de practicar controles analíticos y electrocardiográficos rutinarios en su consulta, y la necesidad de introducir intervenciones educativas específicas sobre ejercicio físico y dieta para promover estilos de vida saludables.

La consideración expresa de las posibles interacciones farmacológicas entre los medicamentos antipsicóticos y los fármacos antivirales (ítem 32) o antitumorales (ítem 36), concitan también un especial respaldo experto, así como la necesidad de valorar el ajuste de dosis del agente antipsicótico en los pacientes que presenten comorbilidad respiratoria reagudizada (ítem 61). También cabe destacar la unanimidad con que se reclama del psiquiatra un papel proactivo en la detección y control de los riesgos infecciosos de sus pacientes con esquizofrenia, en concreto la necesidad de efectuar un seguimiento analítico reiterado y periódico que descarte tales riesgos (ítem 29).

En definitiva, y en líneas generales, el Consenso SEP-SEPB 2008² concita un elevado nivel de acuerdo entre los expertos españoles sobre el manejo por el psiquiatra de aspectos esenciales de la salud física de los pacientes con esquizofrenia. Las recomendaciones clínicas formuladas en el mencionado documento deben considerarse indicaciones para la práctica clínica sustentadas en sólidas evidencias y/o ampliamente refrendadas por el criterio experto, por lo que los psiquiatras

implicados en el manejo de la enfermedad deberían aceptarlas con confianza, como orientaciones vigentes desde el momento de esta publicación y hasta la aparición de nuevos datos científicos que justifiquen su futura revisión y con ello, tal y como preconizan los autores del Consenso, contribuir a garantizar que los pacientes esquizofrénicos tengan una esperanza y calidad de vida y un funcionamiento similares a la población general¹⁵.

Anexo 1		Criterios profesionales y recomendaciones clínicas sobre la salud física del paciente con esquizofrenia evaluados en el proyecto. En cada caso se detallan los principales criterios estadísticos descriptivos usados para determinar la existencia o no de consenso en el panel experto.		
Sección 1: CONSIDERACIONES PROFESIONALES SOBRE EL IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA SALUD FÍSICA DE LOS PACIENTES AFECTADOS				
Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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	7	7,00	20,0%
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	7	7,20	13,3%
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)	7	6,53	71,4% ²
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	7	7,27	26,7%
5	Parece no existir una mayor prevalencia de ictus, epilepsia y cefaleas en los pacientes con esquizofrenia respecto a los controles normales	6	5,79	50,0% ²
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	7,07	28,6%
7	Los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan una mayor tasa de insuficiencia cardiaca, arritmias y síncope	7	6,67	33,3% ²
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	7	7,33	20,0%
9	El tabaquismo comórbido es el principal factor de riesgo para desarrollar patología respiratoria en los pacientes con esquizofrenia	9	8,40	0%
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.)	8	8,33	0%
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	9	8,50	0%

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

Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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.)	8	8,27	0%
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	8	8,20	6,7%
14	El uso de agentes anticolinérgicos por síntomas extrapiramidales es un factor de riesgo de deterioro cognitivo de los pacientes con esquizofrenia	7	7,40	20,0%
15	La hiperprolactinemia es un efecto adverso dosis-dependiente del tratamiento antipsicótico más difícil de reconocer que otros (sobrepeso, neurológicos, metabólicos, etc.)	7	7,40	13,3%
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)	8	8,13	6,7%
17	La disfunción sexual por hiperprolactinemia, aunque no suele ser motivo de consulta, influye negativamente en la adherencia al tratamiento	8	7,87	13,3%
18	Amisulprida y risperidona presentan riesgo de incremento sustancial de los niveles de prolactina	9	8,33	0%
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	7	7,27	20,0%
20	Existen diferencias entre los distintos tipos de antipsicóticos en el riesgo de producir diabetes	8	7,86	7,1%
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	8	7,67	13,3%
22	La prevalencia de dislipidemia también aumenta en los pacientes usuarios de fármacos antipsicóticos	8	7,53	13,3%
23	Las diferencias en el perfil de alteraciones metabólicas entre los distintos tipos de antipsicóticos tiene relevancia clínica	8	7,93	0%
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	8	8,13	0%
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	7	7,27	13,3%
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 2ª generación con mayor riesgo	8	7,73	13,3%
27	Los pacientes tratados con fármacos antipsicóticos tienen mucho mayor riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio que los sujetos control	7	7,20	6,7%

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

3.1. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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)	8	8,00	13,3%
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	9	8,67	0%
30	Si los resultados serológicos 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	7,73	13,3%
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	8	7,80	13,3%
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	9	8,60	0%

3.2. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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	9	8,20	6,7%
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 2) en sus pacientes con esquizofrenia e insistir y reforzarlas específicamente	8	7,80	13,3%
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	9	8,40	6,7%
36	En el abordaje terapéutico psiquiátrico de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento por cáncer se deben tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas	8	8,07	0%
37	En caso de cáncer de colon y cérvix, se deben evitar los agentes antipsicóticos que aumenten el peso	7	7,40	13,3%
38	En caso de cáncer de pulmón, mama y ovario, se deben elegir agentes antipsicóticos que no produzcan hiperprolactinemia	8	8,00	13,3%

3.3. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS

Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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)	9	8,47	0%

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	9	8,60	0%
41	Si los resultados son normales se deben repetir anualmente las pruebas complementarias y cada 6 meses la medición antropométrica	8	8,33	0%
42	Cada vez que se cambie la medicación o si el paciente aumenta de peso, se deben repetir los exámenes complementarios	8	8,00	6,7%
43	El psiquiatra debe insistir y reforzar un estilo de vida saludable (composición dietética adecuada y ejercicio) en cada consulta de seguimiento	9	8,50	0%
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	8	7,67	13,3%
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	8	7,73	6,7%
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	8	8,27	6,7%
47	A todo paciente en tratamiento antipsicótico inductor potencial de una hiperprolactinemia (amisulprida, risperidona, etc.) se le debe realizar una determinación anual de prolactinemia, y siempre que exista galactorrea	8	7,93	6,7%
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	8	8,21	0%

3.4. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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	9	8,40	0%
50	En el momento del diagnóstico del trastorno esquizofrénico, el psiquiatra debe solicitar un electrocardiograma (ECG) a todos los pacientes	9	8,33	0%
51	Si existen factores de riesgo cardiovascular se debe repetir anualmente el ECG y controlar cada 6 meses las constantes vitales (TA, pulso)	9	8,40	0%
52	Cada vez que se cambie la medicación o si el paciente aumenta de peso, se deben repetir estos exámenes	8	7,60	20,0%
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	9	8,47	6,7%
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	9	8,47	6,7%

3.5. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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	8	7,86	6,7%

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	8	8,00	6,7%
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	9	8,33	0%

3.6. RECOMENDACIONES SOBRE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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	7	6,87	26,7%
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)	7	6,87	33,3% ²
60	A todos los pacientes con esquizofrenia se les recomendará disminuir/abandonar el consumo de tabaco. En caso de EPOC se recomendará vacuna antigripal	9	8,33	6,7%
61	El psiquiatra, ante la descompensación respiratoria de sus pacientes con esquizofrenia, valorará el ajuste de los psicofármacos sedantes y las benzodiazepinas	9	8,47	0%

3.7. RECOMENDACIONES SOBRE OTRAS PATOLOGÍAS FÍSICAS

Nº ÍTEM	Consideraciones clínicas exploradas	Mediana	Media	% encuestados no de acuerdo ¹
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)	7	7,33	20,0%
63	En el paciente con esquizofrenia que desarrolle cataratas se debe valorar la posibilidad de cambio de tratamiento por otro antipsicótico	7	6,07	42,9% ⁽²⁾
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	7	7,27	13,3%
65	Los pacientes tratados con clozapina deben seguir un protocolo específico de vigilancia por riesgo de agranulocitosis	9	8,64	7,1%
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	8	7,73	20,0%

¹ Porcentaje de encuestados cuya opinión se posiciona en las regiones 1-3 (en desacuerdo), o 4-6 (ni acuerdo, ni en desacuerdo) de la escala ordinal de 9 puntos (1=pleno desacuerdo, 9=pleno acuerdo)

² Ítems en lo que no se logra un consenso de criterio por el panel experto, según los criterios definidos en la metodología

Anexo 2	Listado alfabético de panelistas participantes en la encuesta Delphi
	<ul style="list-style-type: none"> - M^a Fe Bravo - Antonio Benabarre - Jorge Cervilla - Emilio Fernández-Egea - Manuel Franco - M^a Paz García Portilla - E. González Pablos - Ana González Pinto - Angel Luis Montejo - José Manuel Montes Rodríguez - Carmen Moreno Ruiz - Luis San - Tomás Sánchez-Araña Moreno - J. Luis Santos - Manuel Serrano Vázquez

BIBLIOGRAFIA

1. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care / Versión en Español. *World Psychiatry*. 2011;10:52-77.
2. Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González 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;36:251-64.
3. Dickey B, Normand SL, Weiss RD, Drake RE, Azeni H. Medical morbidity, mental illness and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2002;53:861-7.
4. Maj M. Necesidad de fomentar y proteger la salud física en personas con enfermedad mental grave [editorial]. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2009;2:1-4.
5. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000;177:212-7.
6. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular diseases. *Am Heart J*. 2005;150:1115-21.
7. Nasrallah HA. An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(Suppl 6):3-4.
8. Druss BG, Rosenheck RA. Mental disorders and access to medical care in the United States. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1775-7.
9. Filik R, Sipos A, Kehoe PG, Burns T, Cooper SJ, Stevens H, et al. The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:298-305.
10. Craddock-O'Leary J, Young AS, Yano EM, Wang M, Lee ML. Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv*. 2002;53:874-8.
11. De Hert M, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Leucht S, Maj M, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10:138-51.
12. 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.
13. 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.
14. Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ, Weiss S, Magder LS, Kreyenbuhl J, et al. An assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:1021-6.
15. Saiz-Ruiz J, Saiz-González MD, Alegría AA, Mena E, Luque J, Bobes J. Impacto del Consenso Español sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2010;3:119-27.
16. 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.
17. Baca Baldomero E, Leal Cercós C, Varela C, Riesgo Y, Roca M. Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España: el proyecto ACEE. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:224-30.
18. Bobes J, Alegría AA, Saiz-Gonzalez MD, Barber I, Luque Pérez

- J, Saiz-Ruiz J. Change in psychiatrists' attitudes towards the physical health care of patients with schizophrenia coinciding with the dissemination of the Consensus on Physical Health in Patients with Schizophrenia. *European Psychiatry*. 2011;26:305-12.
19. Dalkey NC. The Delphi Method: an experimental study of group opinion. Santa Monica, CA: RAND Corp, 1969. Publication RM-5888-PR.
 20. Dalkey N, Brown B, Cochran S. The Delphi Method, III: Use of self ratings to improve group estimates. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1969. Publication RM-6115-PR.
 21. Royle P, Waugh N. Literature searching for clinical and cost-effectiveness studies used in health technology assessments reports carried out for the National Institute for Clinical Excellence appraisal system. *Health Technol Assess*. 2003;7:iii,ix-x,1-51.
 22. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of Evidence. <http://www.cebm.net/?o=1025>.
 23. Goodman LA. Snowball sampling. *Ann Math Statist*. 1961;32:148-70.
 24. Lázaro P. Necesidad, adecuación y utilización de servicios sanitarios. Cap. 2 en: Otero LA, ed. *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2006.
 25. 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 Assess Health Care*. 1986;2:53-63.
 26. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med*. 1997;157:1531-6.
 27. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-24.
 28. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. En: *Quaderns de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 2003.
 29. Kahn DA, Docherty JP, Carpenter D, Frances A. Consensus methods in practice guideline development: a review and description of a new method. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33:631-9.
 30. 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.
 31. 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.
 32. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
 33. Figueras Aloy J, López Sastre J, Medrano López C, Bermúdez-Cañete Fernández R, Fernández Pineda L, Bonillo Perales A, et al. Consenso multidisciplinar español sobre la profilaxis de la infección respiratoria pediátrica por virus respiratorio sincitial. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69:63-71.
 34. Almansa C, Rey E, Bolaños E, Palma M, Álvarez Sánchez A, Díaz-Rubio M. Opinión de los médicos españoles sobre el síndrome de intestino irritable. Resultados de un estudio utilizando el método Delphi. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007;99:210-7.
 35. Dago Martínez A, Arcos González P, Álvarez de Toledo Saavedra F, Baena Parejo MI, Martínez Olmos J, Gorostiza Ormaetxe I. Indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos. *Gac Sanit*. 2007;21:29-36.
 36. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14:540-5.
 37. Izquierdo-Vicario Y, Ramos-Platón MJ, Conesa-Peraleja D, Lozano-Parra AB, Espinar-Sierra J. Epworth Sleepiness Scale in a sample of the Spanish population [letter]. *Sleep*. 1997;20:676-7.
 38. Chica-Urzola HL, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación de la escala de somnolencia de Epworth. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007;9:558-67.