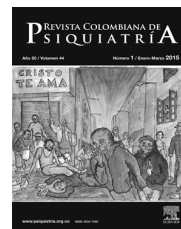




ELSEVIER

# REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



## Artículo original

# Modalidades de atención para el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia en fase aguda y de mantenimiento<sup>☆</sup>



Adriana Bohórquez Peñaranda<sup>a,\*</sup>, Carlos Gómez Restrepo<sup>b</sup>,  
Gabriel Fernando Oviedo Lugo<sup>c</sup>, Ana María de la Hoz Bradford<sup>d</sup>,  
Sergio Mario Castro Díaz<sup>e</sup>, Jenny García Valencia<sup>f</sup>, Luis Eduardo Jaramillo González<sup>g</sup>  
y Mauricio Ávila-Guerra<sup>h</sup>

<sup>a</sup> Médica psiquiatra, magistra en Epidemiología Clínica. Profesora asistente del departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Médico psiquiatra, psicoanalista, psiquiatra de enlace, magíster en Epidemiología Clínica. Profesor titular y Director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Médico psiquiatra, psiquiatra de enlace, Profesor departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana. Delegado Asociación Colombiana de Psiquiatría, Bogotá, Colombia

<sup>d</sup> Médica, magistra en Epidemiología Clínica. Profesora instructora del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>e</sup> Médico cirujano, Residente de Psiquiatría. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>f</sup> Médica psiquiatra, Doctora en Epidemiología Clínica. Profesora asociada del Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

<sup>g</sup> Médico psiquiatra, Master en Farmacología. Profesor Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<sup>h</sup> Médico Servicio Social Obligatorio. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de julio de 2014

Aceptado el 4 de diciembre de 2014

On-line el 4 de julio de 2015

## R E S U M E N

Objetivos: Ayudar al clínico en la toma de decisiones sobre las modalidades de atención disponibles para el adulto con diagnóstico de esquizofrenia. Determinar cuáles son las modalidades de atención que se asocian a mejores desenlaces en personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia.

<sup>☆</sup> La Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia completa fue desarrollada por el grupo que aparece en el anexo de este artículo. Este artículo-resumen fue redactado por los integrantes del grupo que se mencionan bajo el título. La fuente principal del documento es la guía, aclaramos que algunos apartes fueron tomados textualmente del texto de la guía pues no requerían ajustes o modificaciones. Financiación: El desarrollo de la Guía de Atención Integral fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), mediante Contrato 467 de 2012 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana. Convocatoria 563 de 2012 de Colciencias (Conformación de un banco de proyectos para el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) Basadas en Evidencia), fue elegido por el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, el proyecto fue liderado por la Pontificia Universidad Javeriana, en alianza con la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional de Colombia (Alianza CINETS).

\* Autor para correspondencia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Carrera 7 No. 40 - 62, Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: abohorquez@javeriana.edu.co (A. Bohórquez Peñaranda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.012>

0034-7450/© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:**

Guía de práctica clínica  
Esquizofrenia  
Hospital día, Equipos de salud  
mental comunitaria  
Modalidades de atención  
Atención asertiva comunitaria  
Manejo intensivo de caso

**Método:** Se elaboró una guía de práctica clínica bajo los lineamientos de la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social para identificar, sintetizar, evaluar la evidencia y formular recomendaciones respecto al manejo y seguimiento de los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia. Se adoptó y actualizó la evidencia de la guía NICE 82, que contestaba la pregunta acá planteada. Se presentó la evidencia y su graduación al grupo desarrollador de la guía (GDG) para la formulación de las recomendaciones siguiendo la metodología propuesta por el abordaje GRADE.

**Resultados:** Se revisaron siete metaanálisis para la formulación de las recomendaciones de esta pregunta. Los pacientes que estuvieron en la modalidad de tratamiento asertivo comunitario presentaron un menor riesgo de nuevas hospitalizaciones. Para la modalidad de atención de manejo intensivo de caso se encontraron resultados concluyentes que favorecen a la intervención para rehospitalizaciones a mediano plazo, funcionamiento social y satisfacción con los servicios. Los equipos de resolución de crisis favorecen a esta frente al cuidado estándar en los desenlaces de rehospitalizaciones, funcionamiento social y satisfacción con el servicio.

**Conclusión:** La utilización de diferentes modalidades de atención conlleva a la necesidad de ofrecer un abordaje integral a los pacientes. La evidencia muestra beneficios para la mayoría de los desenlaces estudiados sin encontrarse riesgos para la integridad o la salud de los pacientes. En esta evaluación se recomienda utilizar modalidades de prestación de servicios de salud que tengan una base comunitaria y que cuenten con un grupo multidisciplinario. No se recomienda usar la modalidad hospital día en la fase aguda de la esquizofrenia en adultos.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Types of Care for Adult Patients Diagnosed With Acute and Maintenance Phase Schizophrenia

#### A B S T R A C T

**Keywords:**

Clinical Practice Guidelines  
Schizophrenia  
Modalities of treatment  
Assertive community treatment  
Intensive care management  
Antipsychotics

**Objectives:** To assist the clinician in making decisions about the types of care available for adults with schizophrenia. To determine which are the modalities of treatment associated with better outcomes in adults with schizophrenia.

**Methods:** A clinical practice guideline was elaborated under the parameters of the Methodological Guide of the Ministerio de Salud y Protección Social to identify, synthesize and evaluate the evidence and make recommendations about the treatment and follow-up of adult patients with schizophrenia. The evidence of NICE guide 82 was adopted and updated. The evidence was presented to the Guideline Developing Group and recommendations, employing the GRADE system, were produced.

**Results:** Patients who were in *Assertive community treatment* had a lower risk of new hospitalizations. For the *intensive case management*, the results favored this intervention in the outcomes: medium term readmissions, social functioning and satisfaction with services. The *crisis resolution teams* was associated with better outcomes on outcomes of readmissions, social functioning and service satisfaction in comparison with standard care.

**Conclusion:** The use of different modalities of care leads to the need of a comprehensive approach to patients to reduce the overall disability associated with the disease. Evidence shows overall benefit for most outcomes studied without encountering hazards for health of patients. This evaluation is recommended to use the professional ways of providing health services that are community-based and have a multidisciplinary group. It is not recommended the modality “*day hospital*” during the acute phase of schizophrenia in adults.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Hay evidencia disponible que muestra que tan solo un 10% de los pacientes con esquizofrenia presentan mejoría sostenida

recibiendo el manejo usual<sup>1</sup>. Esto ha llevado a que aumente el consenso de que las intervenciones psicosociales sean un aspecto básico en el manejo y la rehabilitación funcional de los pacientes con esquizofrenia<sup>2-5</sup>. Pues es claro que debido a la eficacia limitada de los medicamentos, la mayoría de los

pacientes necesitarán terapéuticas diferentes para el abordaje de la discapacidad global generada por la enfermedad<sup>6,7</sup>.

Estas terapéuticas se deben orientar no solo a disminuir de forma complementaria los síntomas psicóticos y las tasas de hospitalización de los pacientes, sino también deberían repercutir en las capacidades cognitivas, habilidades sociales e instrumentales y en la calidad de vida global del sujeto con la enfermedad.

Las diferentes modalidades de atención surgieron precisamente ante la necesidad de ofrecer a las personas con enfermedades mentales graves una atención integral con el propósito de mejorar los diferentes desenlaces de la enfermedad (como son las recaídas, adherencia a los tratamientos, el funcionamiento psicosocial y ocupacional, la carga familiar, entre otros)<sup>8</sup>.

Adicionalmente, es necesaria la individualización del tratamiento de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente. Ya que si bien existen características de la esquizofrenia que comparten la mayoría de los individuos, existen marcadas diferencias individuales, e incluso diferencias dentro de un mismo paciente de acuerdo al estadio de la enfermedad<sup>9</sup>. En este sentido el conjunto de intervenciones se pone en paralelo con el modelo de compresión biológico de la enfermedad y la evaluación de la discapacidad global como un elemento primordial que puede orientar a la reducción de recaídas y readmisiones hospitalarias con mejoramiento en la autonomía del paciente<sup>9,10</sup>.

Para desarrollar las recomendaciones sobre las modalidades de atención para el adulto con esquizofrenia se formuló la siguiente pregunta *¿Cuáles son las modalidades de atención efectivas para mejorar los desenlaces en adultos con diagnóstico de esquizofrenia tanto en la fase aguda como en la de mantenimiento de la enfermedad?*

## Metodología

Para la realización de la GPC se utilizaron los pasos propuestos en el documento Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. La metodología detallada de la elaboración de la guía se encuentra en el documento completo disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social (<http://www.minsalud.gov.co>)<sup>11</sup>.

Para el desarrollo de las recomendaciones basadas en la evidencia sobre las modalidades de atención efectivas para el adulto con esquizofrenia se elaboró un protocolo de revisión sistemática de la literatura que se detalla a continuación.

### Búsqueda y selección de la literatura

Se realizó un proceso general de búsqueda de guías de práctica clínica sobre la evaluación y el tratamiento del adulto con diagnóstico de esquizofrenia. El proceso incluyó una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes de guías, una tamización y una evaluación de calidad. Para el desarrollo de la guía completa se tomó como base las guías NICE 82<sup>4</sup>. Para esta pregunta clínica se realizó una búsqueda de actualización en las bases de datos Embase, Medline, Cochrane, PsycInfo para identificar revisiones sistemáticas o metaanálisis

pertinentes. Posterior a esta búsqueda, se hizo una actualización de los metaanálisis encontrados buscando ensayos clínicos para cada modalidad específica. Para la modalidad *rehabilitación basada en la comunidad* se hizo una búsqueda de novo hasta noviembre de 2013. Luego, se realizó una selección pareada de los títulos para apreciar críticamente. La fecha de la última búsqueda fue noviembre de 2013.

Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios fueron pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, las modalidades de atención incluidas en las alternativas preestablecidas por el GDG, comparados con el cuidado usual. Los desenlaces críticos fueron: Recaídas y recurrencias, hospitalizaciones, funcionamiento social, calidad de vida, carga para la familia y satisfacción con los servicios de salud. Se incluyeron estudios que fueran revisiones sistemáticas de la literatura, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados. La literatura revisada estaba escrita en español o inglés o francés. No se incluyeron estudios cuyo objetivo fuera evaluar las intervenciones en Trastorno afectivo bipolar, psicosis afectivas, demencia, reportes conjuntos de pacientes con diferentes diagnósticos psiquiátricos (salvo trastorno esquizoafectivo o esquizofreniforme), de mujeres embarazadas, de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de inicio muy tardío (mayores de 65 años) y artículos que trataran específicamente sobre esquizofrenia y consumo de sustancias.

### Evaluación y selección de estudios individuales

Una vez seleccionados los estudios relevantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión descritos anteriormente, cada documento fue sometido a una evaluación del riesgo de sesgo utilizando el instrumento SIGN de apreciación crítica<sup>12</sup>. Dicha evaluación fue realizada por dos evaluadores de manera independiente, y los desacuerdos fueron resueltos por consenso o por un tercer revisor. Solamente fueron incluidos los estudios con calificaciones de "aceptable" o "alta calidad".

### Evaluación de la calidad de la evidencia y formulación de recomendaciones

Una vez se seleccionaron los artículos que deberían ser incluidos para basar la formulación de las recomendaciones, se dio paso a la síntesis de la información y a la consolidación del cuerpo de la evidencia disponible para cada uno de los desenlaces considerados como críticos por el grupo desarrollador (GDG); posteriormente, se pasó a evaluar la calidad de la evidencia para cada desenlace utilizando para esto el abordaje GRADE, y teniendo en cuenta los siguientes criterios: Diseño del estudio y riesgo de sesgo, inconsistencia, presencia de evidencia indirecta, imprecisión en los estimativos y sesgo de publicación<sup>13</sup>.

La evidencia fue presentada en una reunión al GDG, en conjunto con un borrador de las recomendaciones. Las cuales fueron definidas y graduadas en fortaleza a partir de las siguientes consideraciones: calidad de la evidencia, balance entre beneficios y riesgos, consumo de recursos y valores y preferencias de los pacientes (el grupo contaba con delegados de Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familiares). En caso de no contar con evidencia se establecieron las recomendaciones y su fortaleza por consenso.

Para facilitar la lectura del artículo e interpretación de las recomendaciones, se utilizarán las siguientes convenciones:

Recomendación fuerte a favor de la intervención	↑↑
Recomendación débil a favor de la intervención	↑
Recomendación débil en contra de la intervención	↓
Recomendación fuerte en contra de la intervención	↓↓
Punto de buena práctica	✓
Por consenso de expertos	CE

## Resultados

En la figura 1 se ilustran los resultados del proceso de búsqueda y selección de los estudios para actualizar el cuerpo de la evidencia que sirvió de base para la formulación de recomendaciones. El detalle de los artículos incluidos y excluidos puede ser consultado en el documento completo de la guía en la página del Ministerio de Salud y Protección Social ([gpc.minsalud.gov.co](http://gpc.minsalud.gov.co))<sup>14</sup>.

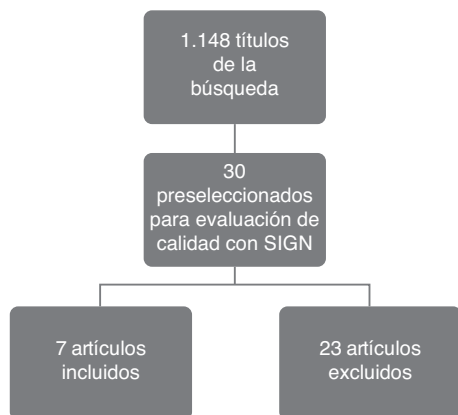
El detalle de los artículos incluidos y excluidos puede ser consultado en la guía completa en la página del Ministerio de Salud y Protección Social ([gpc.minsalud.gov.co](http://gpc.minsalud.gov.co))<sup>14</sup>.

### Descripción de los hallazgos y calidad de la evidencia

Los hallazgos se presentan según las modalidades de atención al compararlos con tratamiento usual y los desenlaces evaluados para cada una de ellas.

#### Equipos de resolución en crisis y equipos de tratamiento en casa (domiciliario)

En el reporte de Murphy 2012<sup>15</sup> se evaluó la efectividad de los “equipos de resolución en crisis y equipos de tratamiento en casa” frente al cuidado estándar para pacientes en episodios agudos de enfermedades mentales graves” (incluye esquizofrenia). En la tabla 1 se presenta el resumen de la evidencia de



**Figura 1 – Resultados del proceso de búsqueda y selección de estudios.**

la modalidad de atención de equipos de resolución en crisis frente al cuidado estándar.

Los hallazgos individuales de la atención domiciliaria indican un menor riesgo de hospitalización a los tres y seis meses. Dentro de los otros desenlaces se observó que las familias de pacientes que recibieron atención con equipos de resolución en crisis reportaron una menor carga para ellos al compararlos con las familias de los pacientes que recibieron cuidado estándar. Los pacientes en esta modalidad de atención presentaron mejores puntajes en la escala CSQ-8 de satisfacción de los servicios de salud frente al cuidado estándar.

#### Equipos de salud mental comunitaria

En la tabla 2 se presenta el resumen de la evidencia de la modalidad de atención de equipos de salud mental comunitaria frente al cuidado estándar, obtenida del metaanálisis de Malone 2007<sup>16</sup>.

Los pacientes que se encontraban en esta modalidad presentaban menor riesgo de hospitalización, mejor funcionamiento social y mayor satisfacción con el servicio frente a los pacientes en cuidado estándar<sup>16</sup>. Los desenlaces presentaban baja o muy baja calidad de la evidencia.

#### Hospital día de agudos

El metaanálisis de Marshall y colaboradores<sup>17</sup>, dividió los resultados encontrados de esta forma: los estudios tipo 1 excluían antes de la aleatorización a los pacientes que no fueran elegibles para hospital día; y los estudios tipo 2 aleatorizaban a todos los pacientes que acudieron para hospitalización. En la tabla 3 se presenta el resumen de la evidencia de la modalidad de atención de hospital día de agudos frente al cuidado estándar.

Se evaluaron los desenlaces desde el egreso de la hospitalización hasta los dos años de seguimiento. El desenlace funcionamiento social a los tres y doce meses (en estudios tipo 1) fue de calidad moderada y resultados concluyentes con disminución de los valores en la escala utilizada. Sin embargo, son valores muy pequeños que no tienen relevancia clínica. Para los desenlaces de rehospitalizaciones, calidad de vida, satisfacción con los servicios y los otros de funcionamiento social, los resultados no fueron concluyentes<sup>17</sup>.

#### Hospital día para pacientes que no están en fase aguda

En el reporte de Shek 2009<sup>18</sup> se evaluó la evidencia del uso de hospital día para pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves similares; se analizaron los estudios de dos modalidades: la de centro día y la de los hospitales de día de transición.

La evidencia no fue concluyente para ninguno de los desenlaces y para ninguna de las comparaciones. En la se presenta el resumen de la evidencia de la modalidad de atención de hospital día de no agudos frente al cuidado estándar. La evaluación de la calidad de la evidencia de los estudios concluyó que eran de baja o muy baja calidad tanto para el centro día como para centro transicional (tabla 4).

#### Manejo intensivo de caso

En el metaanálisis publicado por Dieterich 2010<sup>19</sup> se reporta la evidencia de esta modalidad de atención en comparación con el cuidado estándar para personas con diagnóstico de

**Tabla 1 – Resumen de la evidencia sobre equipos de resolución en crisis frente al cuidado estándar para el tratamiento de los adultos con esquizofrenia**

Desenlaces evaluados	Número de estudios	Participantes	Tamaño del efecto (IC 95%)	Calidad de la evidencia
Rehospitalización a tres meses solo atención domiciliaria	1	260	RR: 0,53 (0,41; 0,68)	⊕⊕⊕⊕ Alta
Rehospitalización a seis meses solo atención domiciliaria	1	258	RR: 0,62 (0,51; 0,76)	⊕⊕⊕⊕ Alta
Rehospitalización (seis meses)	2	369	RR: 0,75 (0,5; 1,13)	⊕⊕⊖⊖ Baja
Calidad de vida (seis meses)	1	118	DM: -1,50 (-5,15; 2,15)	⊕⊕⊖⊖ Baja
Carga para la familia (seis meses)	1	120	RR: 0,34 (0,2; 0,59)	⊕⊕⊖⊖ Moderada
Satisfacción con los servicios de salud (20 meses)	1	137	MD: 5,40 (3,91; 6,89)	⊕⊕⊕⊕ Moderada

Fuente: Murphy 2012<sup>15</sup>.

Abreviaturas: IC: intervalo de confianza, DM: diferencia de medias, RR: Riesgo relativo. Resultados en negrilla son significativos.

**Tabla 2 – Resumen de la evidencia sobre equipos de salud mental comunitaria frente al cuidado estándar**

Desenlaces evaluados	Número de estudios	Participantes	Tamaño del efecto (IC 95%)	Calidad de la evidencia
Hospitalización (3 a 12 meses)	3	587	RR: 0,81 (0,67; 0,97)	⊕⊕⊖⊖ Baja
Funcionamiento social (3 a 12 meses)	2	255	RR: 2,07 (1,08; 3,97)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja
Satisfacción con los servicios de salud (3 meses)	1	87	RR: 0,37 (0,18; 0,79)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja

Fuente: Malone 2007<sup>16</sup>.

Abreviaturas: IC: intervalo de confianza, RR: Riesgo relativo. Resultados en negrilla son significativos.

enfermedades mentales graves incluyendo la esquizofrenia. En la tabla 5 se presenta el resumen de la evidencia de la modalidad de atención de manejo intensivo de caso frente al cuidado estándar.

En general, la calidad de la evidencia fue baja. El desenlace de satisfacción con el servicio fue de calidad moderada y presentaba resultados concluyentes, mostrando mayor satisfacción de los pacientes que se encontraban en la modalidad de manejo intensivo de caso frente al cuidado estándar<sup>19</sup>.

A pesar de la calidad de la evidencia, el desenlace de rehospitalizaciones a mediano plazo mostró un menor número de admisiones al hospital de los pacientes que se encontraban en esta modalidad de atención. A nivel de funcionamiento social, el estudio mostró que los pacientes en la modalidad de atención de manejo intensivo de caso presentaban menor riesgo de estar desempleados<sup>19</sup>.

#### Atención asertiva comunitaria (“Assertive community treatment”)

En la tabla 6 se presenta el resumen de la evidencia de la modalidad llamada atención asertiva comunitaria (“Assertive community treatment”) frente al cuidado estándar, obtenido del metaanálisis de Marshall y Lockwood<sup>20</sup>, el cual fue utilizado por NICE 82<sup>4</sup> como fuente principal de evidencia para sus recomendaciones. Los seguimientos se hicieron entre seis y 24 meses.

La evidencia mostró importantes limitaciones que bajaron su calidad para todos los desenlaces. Sin embargo, el riesgo de rehospitalización entre los seis y 24 meses, la satisfacción con el servicio y la calidad de vida mostraron un resultado a favor de la utilización de esta modalidad de tratamiento<sup>20</sup>.

#### Rehabilitación basada en la comunidad

Para esta modalidad de atención no se encontraron estudios que cumplieran con nuestros criterios de selección. En la búsqueda el hallazgo más aproximado fue el metaanálisis publicado por Reilly y colaboradores<sup>21</sup>, que hace referencia a una modalidad de cuidado colaborativo para enfermedades mentales severas y explica que es una intervención basada en la comunidad. Por esta razón se consideró que era la evidencia más apropiada para responder esta pregunta. En la tabla 7 se presenta el resumen de la evidencia de esta modalidad frente al cuidado estándar. Es importante notar que la calidad de la evidencia fue baja por las grandes limitaciones del estudio del cual se tomó la información.

Los pacientes en esta modalidad tuvieron un menor riesgo de hospitalización frente a los pacientes que recibieron cuidado estándar. En cuanto a la medición de calidad de vida, los pacientes en la modalidad de rehabilitación basada en la comunidad obtuvieron mejores puntajes en el componente de salud mental de la escala de SF-36 a los 36 meses en comparación con los que recibieron cuidado estándar<sup>21</sup>.

**Tabla 3 – Resumen de la evidencia sobre hospital día agudos frente al cuidado estándar**

Desenlaces evaluados	Número de estudios	Participantes	Tamaño del efecto (IC 95%)	Calidad de la evidencia
<i>Estudios tipo 1</i>				
Rehospitalización hasta dos años después del egreso	5	667	RR: 0,91 (0,72; 1,15)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Funcionamiento social al egreso	1	1.117	DME: -0,30 (-0,42; -0,19)	⊕⊕⊕⊕ Baja
Funcionamiento social a los tres meses	1	1.117	DME: -0,14 (-0,25; -0,02)	⊕⊕⊕⊕ Moderada
Funcionamiento social a los doce meses	1	1.117	DME: -0,15 (-0,27; -0,03)	⊕⊕⊕⊕ Moderada
Calidad de vida al egreso	1	1.117	DM: 0,01 (-0,12; 0,14)	⊕⊕⊕⊕ Baja
Calidad de vida a los tres meses	1	1.117	DM: 0,11 (-0,02; 0,24)	⊕⊕⊕⊕ Baja
Calidad de vida a los doce meses	1	1.117	DM: 0,01 (-0,13; 0,15)	⊕⊕⊕⊕ Baja
Carga para los cuidadores	1	85	DM: 0,27 (-2,58; 3,12)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Carga para los cuidadores al primer mes	1	95	DM: -0,04 (-2,54; 2,46)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Carga para los cuidadores a los dos meses	1	95	DM: 0,65 (-1,33; 2,00)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Carga para los cuidadores a los tres meses	1	160	DM: -0,59 (-1,62; 0,44)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Carga para los cuidadores a los doce meses	1	65	DM: -0,69 (-2,14; 0,76)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Satisfacción con los servicios de salud en la admisión	1	1.117	DM: 0,22 (-0,04; 0,48)	⊕⊕⊕⊕ Baja
Satisfacción con los servicios de salud al egreso	1	1.117	DM: 0,06 (-0,18; 0,3)	⊕⊕⊕⊕ Baja
<i>Estudios tipo 2</i>				
Rehospitalización hasta dos años	1	158	RR: 0,93 (0,64; 1,35)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Funcionamiento social en doce meses	1	95	DM: -0,25 (-0,62; 0,12)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Funcionamiento social en dos años	1	95	DM: -0,19 (-0,58; 0,2)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Fuente: Marshall 2011 <sup>17</sup> .				
Abreviaturas: IC: intervalo de confianza, DME: diferencia de medias estandarizadas, DM: diferencia de medias, RR: Riesgo relativo. Resultados en negrilla son significativos.				

**Tabla 4 – Resumen de la evidencia sobre hospital día de no agudos frente al cuidado estándar**

Desenlaces evaluados	Número de estudios	Participantes	Tamaño del efecto (IC 95%)	Calidad de la evidencia
<i>Centro día</i>				
Hospitalización a seis meses	2	110	RR: 0,58 (0,26; 1,33)	⊕⊕⊕⊕ Baja
Hospitalización a doce meses	2	242	RR: 0,68 (0,38; 1,22)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Hospitalización a más de doce meses	2	242	RR: 0,63 (0,34; 1,19)	⊕⊕⊕⊕ Muy baja
Funcionamiento social a tres meses	1	30	DM: -0,03 (-0,3; 0,24)	⊕⊕⊕⊕ Baja
<i>Transicional</i>				
Funcionamiento social a seis meses	1	37	DM: 0,36 (-0,07; 0,79)	⊕⊕⊕⊕ Baja
Funcionamiento social a doce meses	1	37	DM: 0,17 (-0,25; 0,59)	⊕⊕⊕⊕ Baja
Fuente: Shek 2009 <sup>18</sup>				
Resultados en negrilla son significativos.				

## Discusión

Se revisaron siete metaanálisis<sup>15-21</sup> –uno de ellos fue el usado en la guía NICE 82<sup>4</sup>– para la formulación de las recomendaciones de esta pregunta. La calidad de la evidencia para la mayoría de las intervenciones es baja y tiene muchas limitaciones. Una de las principales es que los estudios incluyeron sujetos con enfermedades distintas de esquizofrenia cuyos pronósticos y

curso naturales son diferentes y la respuesta a las intervenciones puede ser diferente a la encontrada. Además la mayoría de los estudios primarios no estaban libres de sesgo y no se encontró evidencia para recaídas, desenlace crítico para esta enfermedad.

A pesar de estas limitaciones, es la mejor evidencia disponible para la formulación de las recomendaciones. Durante la discusión se decidió retirar la modalidad de atención hospital día agudos por la falta de información científica relevante

**Tabla 5 – Resumen de la evidencia sobre manejo intensivo de caso frente a cuidado estándar**

Desenlaces evaluados	Número de estudios	Participantes	Tamaño del efecto (IC 95%)	Calidad de la evidencia
Hospitalización a 6 meses	2	244	RR: 0,61 (0,22; 1,69)	⊕⊕⊖⊖ Baja
Hospitalización a mediano plazo	2	1.303	RR: 0,85 (0,77; 0,93)	⊕⊕⊖⊖ Baja
Funcionamiento social 1 en 12 a 36 meses	2	604	RR: 1,08 (0,61; 1,9)	⊕⊕⊖⊖ Baja
Funcionamiento social 2 en 12 a 36 meses	4	1.136	<b>RR: 0,89 (0,79; 1)</b>	⊕⊕⊖⊖ Baja
Calidad de vida en 18 meses	1	90	DM: 0,20 (-0,29; 0,69)	⊕⊕⊖⊖ Baja
Satisfacción con los servicios de salud en 15 a 24 meses	2	423	<b>DM: 3,23 (2,31; 4,14)</b>	⊕⊕⊕⊖ Moderada

Fuente: Dieterich 2010<sup>19</sup>

Abreviaturas: IC: intervalo de confianza, DM: diferencia de medias, RR: Riesgo relativo. Resultados en negrilla son significativos.

**Tabla 6 – Resumen de la evidencia sobre tratamiento asertivo comunitario frente al cuidado estándar**

Desenlaces evaluados	Número de estudios	Participantes	Tamaño del efecto (IC 95%)	Calidad de la evidencia
Rehospitalización (6 a 24 meses)	6	1.047	OR: 0,59 (0,45; 0,78)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja
Funcionamiento social (12 a 18 meses)	3	206	DME: -0,09 (-0,37; 0,18)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja
Calidad de vida (12 meses)	1	125	DME: -0,37 (-0,73; -0,02)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja
Satisfacción con el servicio (15 meses)	2	122	DME: -1,25 (-1,65; -0,86)	⊕⊕⊖⊖ Baja

Fuente: NICE 82<sup>4</sup> y Marshall 2000<sup>20</sup>

Abreviaturas: IC: intervalo de confianza, DME: diferencia de medias estandarizadas, OR: Odds ratio (razón de suertes). Resultados en negrilla son significativos.

**Tabla 7 – Resumen de la evidencia sobre rehabilitación basada en la comunidad frente a cuidado estándar**

Desenlaces evaluados	Numero de estudios	Participantes	Tamaño del efecto (IC 95%)	Calidad de la evidencia
Rehospitalización (24 meses)	1	306	RR: 0,75 (0,57; 0,99)	⊕⊕⊖⊖ Baja
Calidad de vida (36 meses)	1	306	DM: 3,5 (1,8; 5,2)	⊕⊕⊖⊖ Baja

Fuente: Reilly 2013<sup>21</sup>.

Abreviaturas: IC: intervalo de confianza, DM: diferencia de medias, RR: Riesgo relativo. Resultados en negrilla son significativos.

y de buena calidad, así como el concepto profesional de los expertos del grupo desarrollador.

Para la conformación del grupo básico de la modalidad de atención se hizo un énfasis importante por parte de varios de los expertos y de los pacientes en la necesidad de que este equipo sea un grupo integrado, que trabaje en conjunto para evitar el desplazamiento a otros centros y el cambio en los profesionales encargados de los pacientes adultos con esquizofrenia.

El GDG revisó la evidencia expuesta, el balance entre beneficios y riesgos para cada alternativa y las preferencias de los pacientes y consideró relevante formular recomendaciones sobre las modalidades en las cuales se encontró

evidencia científica a pesar que no existan todas ellas en Colombia, ya que esto representa un paso importante para la atención psicosocial adecuada de los pacientes adultos con esquizofrenia.

Para las diferentes modalidades de atención consideradas no se encontraron riesgos para la salud o integridad del paciente. La evidencia muestra en general beneficios para la mayoría de los desenlaces críticos. En consecuencia, en ningún momento los riesgos eventuales sobrepasarían los potenciales beneficios de ofrecer una atención centrada en la comunidad para este grupo de pacientes, cuyas necesidades de servicios de salud van más allá de la atención médica básica.

### Recomendaciones pertinentes para la pregunta

El GDG formuló las siguientes recomendaciones

**Recomendación 1.** Se recomienda que el manejo de los pacientes con esquizofrenia se haga primordialmente mediante modalidades de prestación de servicios de salud que tengan una base comunitaria y que cuenten con un grupo multidisciplinario liderado por el médico psiquiatra, quien trabaja de manera coordinada e integrada. El grupo debe estar constituido al menos por

- Psiquiatra
- Enfermero profesional
- Psicólogo
- Trabajador social
- Terapeuta ocupacional
- Agente comunitario

y debe establecer objetivos de tratamiento específicos basados en las características de cada paciente. ↑↑

**Recomendación 2.** Las modalidades de atención que se pueden ofrecer para la atención del adulto con diagnóstico de esquizofrenia son:

- Atención asertiva comunitaria ("Assertive community treatment"). ↑↑
- Equipos de resolución en crisis y tratamiento en casa si se tiene red de apoyo familiar adecuada. ↑↑
- Manejo intensivo de caso para pacientes que presentan múltiples recaídas. ↑↑
- Equipos de salud mental comunitaria. ↑
- Hospital día transicional y para crónicos. ↑

### Conflictos de interés

La declaración de intereses y evaluación de los mismos se presenta en el anexo 3 de la guía completa que se puede consultar en la página web ([gpc.minsalud.gov.co](http://gpc.minsalud.gov.co)). Los autores no declararon conflictos de interés relacionados con el tópico de artículo.

**Recomendación 3.** No se recomienda usar la modalidad hospital día en la fase aguda de la esquizofrenia en adultos. ↑↑

### Agradecimientos

Al Ministerio de Salud y Protección Social y al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS), por la financiación para el desarrollo de la guía mediante Contrato 467 de 2012 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana.

Al personal de soporte administrativo para el desarrollo de la guía.

### Anexo 1. Equipo desarrollador ampliado

#### Dirección y coordinación

Carlos Gómez Restrepo (Líder), Adriana Patricia Bohórquez Peñaranda (Coordinadora)

#### Equipo Metodológico

Jenny García Valencia, Ana María De la Hoz Bradford, Álvaro Enrique Arenas Borrero

#### Asistentes de investigación

Mauricio José Avila Guerra, Nathalie Tamayo Martínez, Maria Luisa Arenas González, Carolina Vélez Fernández, Sergio Mario Castro Díaz.

#### Equipo Temático

Luis Eduardo Jaramillo, Gabriel Fernando Oviedo Lugo, Angela Vélez Traslaviña, Luisa Fernanda Ahunca

#### Equipo de Evaluación Económica

Hoover Quitian, Jair Arciniegas, Natalia Castaño

#### Equipo de Implementación

Natalia Sánchez Díaz, Andrés Duarte Osorio

#### Expertos de la Fuerza de Tarea Ampliada

Ana Lindy Moreno López, Edwin Yair Oliveros Ariza, Maribell Pinilla Alarcón

#### Usuarios

Gloria Nieto de Cano, Marisol Gómez, Gloria Pinto Moreno

#### Equipo de soporte administrativo

Carlos Gómez Restrepo, Jenny Severiche Báez, Marisol Machetá Rico

#### Equipo de coordinación metodológica y editorial

Ana María De la Hoz Bradford, Carlos Gómez Restrepo

#### Equipo de comunicaciones

Mauricio Ocampo Flórez, Pedro Mejía Salazar, Carlos Prieto Acevedo

Marisol Machetá Rico, Jenny Severiche Báez, Paola Andrea Velasco Escobar

#### Equipo de coordinación general alianza CINETS

Carlos Gómez Restrepo, Rodrigo Pardo Turriago, Luz Helena Lugo Agudelo

#### Otros Colaboradores

Dr. Carlos Alberto Palacio Acosta, Dr. Alexander Pinzón, Dr. Omar Felipe Umaña

### REFERENCIAS

1. Cuyún Carter GB, Milton DR, Ascher-Svanum H, Faries DE. Sustained favorable long-term outcome in the treatment of schizophrenia: a 3-year prospective observational study. *BMC Psychiatry*. 2011;11:143.
2. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*. 2010;36(1):48-70.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I + CS N° 2007/05. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I + CS; 2009.
4. National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (updated edition). National Clinical Guideline Number 82 [Internet]. Printed in Great Britain. Stanley Hunt.; 2010. Recuperado a partir de: <http://www.nice.org.uk/>



5. Marder SR. Monitoring treatment and managing adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(10):e21.
6. Thoma P, Daum I. Comorbid substance use disorder in schizophrenia: a selective overview of neurobiological and cognitive underpinnings. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;67(6):367-83.
7. Foster A, Gable J, Buckley J. Homelessness in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35(3):717-34.
8. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia. American Psychiatric Pub. 2007:472.
9. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia «just the facts» 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* mayo de. 2009;110(1-3):1-23.
10. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bascaran MT, Saiz PA, Bousoño M. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clin Neurosci*. 2007;9(2):215-26.
11. Ministerio de la Protección Social - COLCIENCIAS. Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano [Internet]. Bogotá. Colombia; 2010. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50, A guideline developer's handbook. Edinburgh, 2011 [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>
13. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383-94.
14. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias - IETS. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: <http://gpc.minsalud.gov.co>
15. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD001087.
16. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD000270.
17. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD004026.
18. Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD003240.
19. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD007906.
20. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001089.
21. Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD009531.