



Acreditado por el  
 Consell Català de Formació Continuada  
 de les Professions Sanitàries-  
 Comisión de Formación Continuada del  
 Sistema Nacional de Salud con  
**2,5 créditos**



Evaluación y acreditación en:  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)

## El papel del farmacéutico comunitario en las patologías del SNC

1	Introducción a la patología del SNC. Papel de la farmacia comunitaria
2	Cefalea y migraña
3	Dolor neuropático y fibromialgia
4	Patologías cerebrovasculares: ictus isquémico, hemorragia cerebral y papel de la HTA
5	Enfermedad de Parkinson, demencias y enfermedad de Alzheimer
6	Patologías neurológicas y su relación con la urgencia: epilepsia, meningitis y lesiones traumáticas
7	Trastornos del estado de ánimo y trastorno bipolar
8	Trastornos del neurodesarrollo. Trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad
9	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
10	Urgencias psiquiátricas y patología psiquiátrica aguda (crisis psicóticas, riesgo de suicidio)
11	Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos conductuales y del control de los impulsos
12	Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas y otras adicciones

## Atención farmacéutica

M Ó D U L O 9

# Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Oton Bellver Monzó<sup>1</sup>, José Martínez Raga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Farmacéutico comunitario. Valencia. <sup>2</sup>Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia). Profesor asociado de la Universidad CEU Cardenal Herrera (Valencia)

### Objetivos de aprendizaje.

- Conocer los conceptos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Reconocer los síntomas que puede describir el paciente. Criterios de derivación.
- Saber dar información sobre medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas.
- Conocer los fármacos utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia.
- Concienciar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.

### Caso clínico

Rubén, de 42 años, vive con su madre. Huérfano de padre militar desde hace varios años. No tiene un buen estilo de vida, ya que es fumador, está obeso y apenas hace ejercicio. No trabaja y, según palabras de su madre, pasa demasiadas horas frente al televisor y navegando en internet. Descuida su higiene y, cuando viene a la farmacia, en ocasiones parece acelerado y en otras está como ausente. A veces incluso ha venido a pedir dinero para comprar tabaco, porque su madre se lo niega.

Está en tratamiento con diazepam (5 mg), paroxetina (20 mg), una combinación de alprazolam de 0,5 mg («retard» y de liberación normal), levomepromazina (gotas 25 mg), omeprazol (20 mg), torasemida (5 mg) y una combinación de metformina 850/dapaglifozina 5 mg. Anteriormente estaba en tratamiento con sulpirida. El paciente suele retirar la medicación con regularidad, pero hace unas semanas ha venido quejándose de que «los medicamentos no le llegan», con lo cual su madre le acompaña a retirarlos.

### Descripción de la patología

Los trastornos psicóticos son un grupo de trastornos mentales graves entre los que, además de la esquizofrenia, se incluyen, entre otros, los trastornos delirantes, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno psicótico inducido por sustancias o por medicamentos, o el trastorno psicótico debido a otra afección médica. Todos ellos se definen por una «pérdida de contacto con la realidad» que se manifiesta por alteraciones en alguno de los siguientes grupos de síntomas: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo y síntomas negativos (American Psychiatric Association, 2013).

Los delirios se definen como creencias fijas que no son susceptibles de cambiar a la luz de la evidencia en conflicto, y pueden ser de diversos tipos en función de su contenido, pudiendo aparecer delirios persecutorios, referenciales, somáticos o místico-religiosos, entre otros. Las alucinaciones, por otra parte, son percepciones que se experimentan sin que exista un estímulo externo. Son intensas e idénticas a las percepciones normales. El pensamiento desorganizado se aprecia habitualmente a partir del discurso del individuo, de modo que éste pierde el hilo de su conversación. El comportamiento motor anormal o anormalmente desorganizado puede manifestarse de diversas formas, desde las conductas pueriles a la catatonía, hasta los episodios de agitación. En cuanto a los síntomas negativos, consisten en un grupo de síntomas entre los que se incluyen la abulia, el retraimiento social, el aplanamiento afectivo, la expresión emotiva disminuida o la anhedonia (American Psychiatric Association, 2013).

### Esquizofrenia

La esquizofrenia, el más importante de los trastornos psicóticos, es un síndrome complejo con una importante base genética que presenta un curso crónico y variable. Debuta habitualmente en la adolescencia o al principio de la edad adulta. Su prevalencia a lo largo de la vida se sitúa cercana al 1 %, siendo algo más frecuente en varones (Kahn et al, 2014). Generalmente, el inicio de los síntomas suele situarse entre los 15 y los 30 años, siendo más precoz en varones. Asimismo, un inicio más temprano de los síntomas se asocia habitualmente a una mayor carga genética, a una peor evolución y un mayor deterioro global.

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de síntomas positivos (delirios, alucinaciones), negativos, cognitivos (afectación de la memoria de trabajo, empobrecimiento del lenguaje y de otras funciones ejecutivas o menor velocidad de procesamiento) y afectivos. Los pacientes pueden mostrar otros comportamientos o reacciones características, como presentar un afecto inapropiado (por ejemplo, reírse en ausencia de un estímulo apropiado o hablar solos) o mostrarse angustiados, irritables, tristes o nerviosos. Otro rasgo frecuente en las personas con un trastorno psicótico es la ausencia parcial o completa de conciencia o conocimiento de su enfermedad, lo que probablemente acabará afectando a la alianza terapéutica y al cumplimiento de la medicación prescrita. Sin embargo, además de a las alteraciones psicopatológicas o cerebrales, la esquizofrenia se asocia a una afectación multisistémica desde el inicio de su curso, de modo que, incluso antes de iniciar la medicación antipsicótica, los pacientes con este trastorno a menudo presentan alteraciones cardiometabólicas (como diabetes, síndrome metabólico, obesidad, entre otros), lo que conlleva una menor expectativa de vida (Vallejo-Ruiloba, 2015).

El tratamiento de la esquizofrenia es farmacológico. Se usan antipsicóticos en las fases agudas, pero también du-

rante el mantenimiento de la enfermedad para reducir el riesgo de recaídas y el curso deteriorante con el que suele asociarse este trastorno. Además, se complementa con intervenciones psicosociales a lo largo de las diferentes etapas de su evolución. En cualquier caso, es esencial que el tratamiento del paciente con esquizofrenia aborde también el control de la salud física general, la alianza terapéutica, la supervisión de los efectos secundarios de la medicación antipsicótica o el asesoramiento a los pacientes y a sus cuidadores y familiares, tanto para favorecer la adaptación a la enfermedad como para la búsqueda de recursos rehabilitadores en función de sus necesidades (Vallejo-Ruiloba, 2015).

“La esquizofrenia, el más importante de los trastornos psicóticos, es un síndrome complejo con una importante base genética que presenta un curso crónico y variable»

### Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia debe ser multidisciplinar, integral e incluir tratamiento farmacológico y no farmacológico. Existen diferentes guías clínicas (APA 2004, NICE 2010, etc.) con un abordaje similar.

Es preciso implicar a médicos especialistas y de primaria, a profesionales de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, entre otros. El papel de las Unidades de Salud Mental debe ser fundamental en este aspecto. La cronificación de la patología, así como la existencia de numerosas comorbilidades y los numerosos medicamentos que suelen requerir los pacientes esquizofrénicos, hacen necesaria también la participación del farmacéutico comunitario en el control y seguimiento de estos pacientes.

### Tratamiento no farmacológico

Las intervenciones «psicosociales» en la esquizofrenia hacen referencia a procedimientos o programas de actuación psicológica y sobre factores sociales, de forma que puedan complementar los efectos del tratamiento farmacológico.

Entre las muchas intervenciones psicosociales existentes, podemos destacar las siguientes:

- **Psicoterapia de apoyo.** En ella se abordan temas como la comunicación con el paciente, el consejo para la resolución de los problemas de la vida cotidiana, la facilitación de información asequible acerca de la enfermedad, el análisis de los factores de riesgo para recaídas, etc. Todo ello con el objetivo de dar confianza y seguridad al pacien-

Tabla 1. Antipsicóticos de primera generación: principales indicaciones y dosis

Fármaco	Indicaciones	Dosis
Clorpromazina, hidrocloreuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Manía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 75 mg/día</li> <li>• Habitual: 75-300 mg/día</li> </ul>
Clotiapina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Manía</li> <li>• Insomnio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 120-160 mg</li> <li>• Máxima: 360 mg/día</li> </ul>
Haloperidol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Manía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde 5-30 mg/día</li> </ul>
Levomepromazina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25-50 mg/día</li> </ul>
Perfenazina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Manía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 12 mg</li> <li>• Máxima: 24 mg/día</li> </ul>
Periciazina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 75 mg/día</li> <li>• Máxima: 300 mg/día</li> </ul>
Pimozida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 2 mg/día</li> <li>• Habitual: 2-20 mg/día</li> </ul>
Sulpirida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200-400 mg/día v.o.</li> <li>• 600-800 mg/día i.m.</li> </ul>
Tioproperazina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Delirio</li> <li>• Manía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30-40 mg/día</li> </ul>
Trifluoperazina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 mg/día</li> </ul>
Zuclopentixol, acetato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Psicosis aguda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50-150 mg/día i.m.</li> <li>• Máxima: 400 mg/día</li> </ul>
Zuclopentixol, dihidrocloreuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Psicosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio: 20-30 mg/día</li> <li>• Habitual: 20-50 mg/día</li> </ul>

te, acompañándolo en las dudas y dificultades que pueden surgir durante el proceso de la enfermedad.

- **Psicoterapia cognitivo-conductual.** Psicoterapia individual.
- **Psicoterapia familiar.** Intervenciones centradas en las interacciones o relaciones entre los miembros de la familia.
- **Entrenamiento en habilidades sociales.** La esquizofrenia conlleva numerosas consecuencias limitantes o deficitarias para el paciente, tanto para las relaciones sociales como en las habilidades necesarias para el entorno laboral.
- **Rehabilitación.** Necesaria para reintegrar en la medida de lo posible a los pacientes esquizofrénicos a su entorno social.

### Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia son los conocidos como «antipsicóticos». Son un grupo amplio de fármacos, capaces de actuar tanto sobre los síntomas positivos como sobre los negativos. Se utilizan tanto en los episodios iniciales como en el tratamiento continuado del paciente.

El principal mecanismo de acción de los antipsicóticos clásicos es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos  $D_2$ , y por tanto su intervención preferente en las vías dopaminérgicas.

## Los fármacos utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia son los conocidos como “antipsicóticos”»

De las cuatro vías dopaminérgicas principales conocidas en el cerebro, el bloqueo  $D_2$  en la vía mesolímbica sería el responsable del resultado terapéutico y del alivio de los síntomas positivos o productivos. En el bloqueo de la vía mesocortical del lóbulo frontal, sin embargo, donde es probable que preexista un déficit de dopamina, éste se agravaría por la acción de los antipsicóticos. Sería uno de los mecanismos involucrados en la aparición de los síntomas negativos y su no mejoría con el tiempo de evolución. En tercer lugar, el bloqueo de la vía nigroestriada da lugar a los síntomas extrapiramidales. Y, por último, en cuarto lugar, el bloqueo de la vía túbero-infundibular origina la aparición de un incremento en la secreción de prolactina.

Pero es un hecho bien conocido que los antipsicóticos no actúan sólo sobre la dopamina, sino que también lo hacen sobre la histamina, la acetilcolina, la serotonina, etc.

Otros medicamentos, como los estabilizadores del estado

de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes, también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.

Por sus características, sus efectos sobre los síntomas psicóticos y sus perfiles de efectos adversos, se los ha clasificado en dos grandes grupos: antipsicóticos de primera generación o convencionales, y antipsicóticos de segunda generación o atípicos.

### Antipsicóticos de primera generación

Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, conductas extrañas...), y, en menor medida, para disminuir los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alergia, abulia...), frente a los que son relativamente ineficaces.

Se clasifican en tres grupos en función de su potencia: alta, media y baja. Poseen un margen terapéutico de seguridad elevado. En caso de sobredosis, la depresión respiratoria y la hipotensión son las que presentan mayor riesgo. Debe evitarse el consumo simultáneo de alcohol y drogas con estos fármacos.

La tabla 1 resume los antipsicóticos de primera generación, sus principales indicaciones y dosis.

Los principales efectos adversos, comunes a todo el grupo son:

- Sedación: puede utilizarse como ventaja terapéutica en los pacientes agitados. La mayoría de los pacientes suelen desarrollar tolerancia a esta sedación.
- Efectos neurológicos extrapiramidales. Pueden ser agudos o cronificarse. Destacan entre ellos los síntomas parkinsonianos, la distonía, la acatisia y el síndrome neuroleptico maligno.
- Efectos anticolinérgicos, tales como sequedad de boca, visión borrosa, taquicardia, estreñimiento o retención urinaria.
- Otros efectos secundarios: convulsiones, reacciones alérgicas dermatológicas, aumento de peso, cardiotoxicidad (prolongación del intervalo QT, ortostatismo), efectos hematológicos (leucopenia, agranulocitosis por clorpromazina), retinopatías, aumento de las transaminasas, etc.

Los antipsicóticos convencionales interactúan con determinados antidepresivos heterocíclicos. La mayor parte de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), algunos betabloqueantes y la cimetidina pueden aumentar la concentración plasmática de antipsicóticos e in-

**Tabla 2. Antipsicóticos de segunda generación: principales indicaciones y dosis**

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios
Amisulprida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 400-800 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrapiramidales (discinesia, acatisia)</li> <li>• Aumento de peso y prolactina</li> <li>• Aumento del intervalo QT</li> </ul>
Aripiprazol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-15 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molestias gastrointestinales</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Insomnio</li> </ul>
Clozapina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 25 mg/día</li> <li>• Habitual: 200-450 mg/día</li> <li>• Máxima: 900 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agranulocitosis grave, leucopenia</li> <li>• Molestias gastrointestinales</li> <li>• Crisis convulsivas</li> </ul>
Olanzapina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 10 mg/día</li> <li>• Habitual: 5-20 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos anticolinérgicos</li> <li>• Ortostatismo</li> <li>• Aumento de peso y prolactina</li> </ul>
Paliperidona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-12 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefaleas</li> <li>• Molestias gastrointestinales</li> <li>• Incremento de peso</li> </ul>
Quetiapina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 50 mg/día</li> <li>• Habitual: 300-450 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedación, mareos, insomnio</li> <li>• Ortostatismo</li> <li>• Aumento de peso</li> </ul>
Risperidona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 2 mg/día</li> <li>• Habitual: 4-6 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos extrapiramidales</li> <li>• Ortostatismo, taquicardia refleja</li> <li>• Disfunción eréctil</li> </ul>
Sertindol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial: 4 mg/día</li> <li>• Habitual: 12-20 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congestión nasal</li> <li>• Sedación</li> <li>• Aumento de peso</li> <li>• Taquicardia, ortostatismo, prolongación del intervalo QT</li> </ul>
Zisapridona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitual: 80 mg/día</li> <li>• Máxima: 160 mg/día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea</li> <li>• Efectos gastrointestinales</li> <li>• Prolongación del intervalo QT</li> </ul>

crementar los efectos adversos. Por otro lado, los barbitúricos y la carbamazepina disminuyen la concentración plasmática al actuar sobre las enzimas del citocromo P-450.

## Antipsicóticos de segunda generación

Este grupo de fármacos no sólo actúa sobre la vía dopaminérgica, sino que también son eficaces sobre ciertos receptores de serotonina, lo que hace que tengan actividad también sobre los síntomas negativos y sean una buena alternativa a los pacientes no respondedores.

La tabla 2 resume los antipsicóticos de segunda generación, sus principales indicaciones y dosis.

Se ha documentado que algunos antipsicóticos de segunda generación (especialmente clozapina y olanzapina) provocan aumentos de peso significativos y en algún caso riesgo de diabetes, que es de por sí mayor en esquizofrénicos que en la población general, con la posibilidad de que existan factores de riesgo previos al tratamiento antipsicótico.

Todo ello hace altamente aconsejable la realización de controles físicos: presión arterial, glucemias, perímetro abdominal y determinaciones de colesterol y triglicéridos en sangre de forma periódica.

## Tratamientos coadyuvantes

Incluyen litio, benzodiazepinas, anticonvulsivantes y antidepresivos ISRS.

## Importancia de la adherencia

El caso de Rubén parece responder a un perfil de paciente que descuida sus estilos de vida. Ha incrementado el consumo de tabaco y ha ganado peso, abandonando por completo el ejercicio físico.

Su perfil cardiometabólico también ha empeorado, requiriendo desde hace unos meses la asociación de dapagliflozina/metformina. En sus últimas visitas, además, suele hablar de conspiraciones (tiene miedo a las multitudes por el temor a atentados terroristas), y comenta que se queda corto de benzodiazepinas. En cambio, renuncia a retirar la levomepromazina aduciendo que tiene medicación en casa.

Realizamos una entrevista con el paciente y su madre en la zona ZAP. En esta entrevista abordamos los siguientes aspectos:

- La importancia de la toma de la medicación tal como se la ha prescrito su médico, respetando dosis y pautas. Averiguamos que la levomepromazina no la toma de forma correcta, olvidando dosis en ocasiones.

- Nos comenta que está más nervioso de lo habitual y que toma más alprazolam del prescrito. Su madre corrobora esto último. Le explicamos el fenómeno de la tolerancia y la necesidad de hacer ejercicio, tanto por su efecto sedante como por su efecto sobre el peso. Pactamos con él una pauta de ejercicio: salir a caminar 30 minutos diarios, que lo anote y nos lo traiga semanalmente. También le aconsejamos que acompañe a su madre cuando ella salga a comprar.
- Refiere necesitar un antibiótico porque, en ocasiones, le escuece al orinar. Le comentamos que esto puede ser consecuencia de la medicación para el azúcar. Debe beber más agua y, si continúan las molestias, comentarlo con su médico de cabecera.

El paciente ha comenzado a hacer ejercicio (sale a caminar entre 3-5 días por semana) y ha perdido 2 kg de peso. Parece estar menos nervioso y, según su madre, menos preocupado por su miedo a las multitudes. Continúa con las molestias urinarias, por lo que su médico le ha prescrito cefuroxima (500 mg/12 h durante 5 días).

## Puntos clave

- El tratamiento de la esquizofrenia requiere un abordaje multidisciplinar.
- Debido a la elevada comorbilidad presente en estos pacientes, es fundamental velar por la adherencia a los tratamientos prescritos. También es muy importante valorar periódicamente los factores de riesgo cardiovascular.
- Pactar con el paciente la realización de ejercicio físico ligero con regularidad (caminar, bicicleta, etc.) puede reportar beneficios.
- Debemos estar atentos a los signos que puedan indicar que el paciente está en fase de inestabilidad.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Fisterra. Guía clínica sobre esquizofrenia, 2013. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/esquizofrenia/>.
- Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, et al. Schizophrenia. *Nature Rev Dis Prim*. 2014; 1: 15.067.
- Ministerio de Sanidad y consumo. Guía de práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (1.ª ed.), 2009. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf).
- Vallejo-Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (8.ª ed.). Barcelona: Elsevier, 2015.



¡Acceda a  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)  
para seguir el curso!

