

Escala de Síntomas Extrapiramidales (ESE)[®]

Nombre: _____

¿POR QUÉ MONITORIZAR? La esquizofrenia ¹ y el uso de antipsicóticos se asocian de forma independiente con un aumento de las alteraciones psicomotoras y metabólicas que pueden contribuir a la falta de adherencia a la medicación y a un aumento de la morbilidad y la mortalidad. ^{2, 3, 4, 5.}
FRECUENCIA MÍNIMA DE SEGUIMIENTO: Para la medicación recién iniciada: basal, 1, 3 y 12 meses. Para personas con la misma medicación > 1 año: cada 12 meses.

A. EFECTOS SECUNDARIOS PSICOMOTORES

| | | | | | | |
|--|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| Antecedentes médicos: <input type="checkbox"/> Sin antecedentes psicomotores/neurológicos relevantes <input type="checkbox"/> Trastornos psicomotores/neurológicos | | | | | | |
| Detalles: | | | | | | |
| Antecedentes familiares de primer grado: <input type="checkbox"/> Sin antecedentes psicomotores/neurológicos relevantes <input type="checkbox"/> Trastornos psicomotores/neurológicos | | | | | | |
| Detalles: | | | | | | |
| Fecha de la evaluación (dd/mm/aa) | | | | | | |
| Evaluación realizada por: | | | | | | |
| Fármaco(s) antipsicótico(s) actual(es) y efectos secundarios | | | | | | |
| EXPERIENCIA SUBJETIVA (≤ 1 semana) | Puntuación: 0 = NINGUNA 1 = DUDOSA 2 = LEVE 3 = MODERADA 4 = GRAVE | | | | | |
| | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación |
| Parkinsonismo | | | | | | |
| Discinesia | | | | | | |
| Acatisia | | | | | | |
| Distonía | | | | | | |
| PARKINSONISMO Puntúe lado derecho / izquierdo tal y como se indica | Puntuación: 0 = NINGUNA 1 = DUDOSA 2 = LEVE 3 = MODERADA 4 = GRAVE | | | | | |
| | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación |
| Expresión facial reducida | | | | | | |
| Temblor de manos (en reposo) | D | D | D | D | D | D |
| | I | I | I | I | I | I |
| Temblor de manos (con brazos extendidos, dedos separados) | D | D | D | D | D | D |
| | I | I | I | I | I | I |
| Bradicinesia en las manos | D | D | D | D | D | D |
| | I | I | I | I | I | I |
| Rigidez de codo | D | D | D | D | D | D |
| | I | I | I | I | I | I |
| Alteraciones de la marcha | | | | | | |
| DISCINESIA Puntúe lado derecho / izquierdo tal y como se indica | Puntuación: 0 = NINGUNA 1 = DUDOSA 2 = LEVE 3 = MODERADA 4 = GRAVE | | | | | |
| | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación |
| Cara y boca – con activación | | | | | | |
| Lengua – con activación | | | | | | |
| Extremidades superiores – brazos, manos | D | D | D | D | D | D |
| | I | I | I | I | I | I |
| Tronco – cuello, hombros, cadera | | | | | | |
| Extremidades inferiores – tobillos / dedos de los pies | D | D | D | D | D | D |
| | I | I | I | I | I | I |
| ACATISIA | Puntuación: 0 = NINGUNA 1 = DUDOSA 2 = LEVE 3 = MODERADA 4 = GRAVE | | | | | |
| | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación |
| Inquietud motriz observada | | | | | | |
| DISTONÍA | Puntuación: 0 = NINGUNA 1 = DUDOSA 2 = LEVE 3 = MODERADA 4 = GRAVE | | | | | |
| | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación | Puntuación |
| Distonía observada | | | | | | |
| Detalles – nombre la parte del cuerpo afectada (por ejemplo, cabeza, extremidades, tronco): | | | | | | |

B. PROBLEMA/ACCIÓN/RESULTADO

| FECHA | PROBLEMA | ACCIÓN | RESULTADO |
|-------|----------|--------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Escala de Síntomas Extrapiramidales (ESE)[©]

C. PROCEDIMIENTO DE EXPLORACIÓN

RAZÓN: Uno de los propósitos de la EPSS es identificar los efectos secundarios potencialmente molestos, lo que permite una intervención y un tratamiento más temprano, según sea apropiado.

PROCEDIMIENTO DE PUNTUACIÓN: En caso de duda sobre el nivel de gravedad de un efecto secundario (por ejemplo, dudoso frente a leve), se registrará la puntuación más grave.

TODAS las exploraciones físicas se deben realizar con un movimiento pasivo de la parte del cuerpo en cuestión del paciente.

| EXPERIENCIA SUBJETIVA | |
|--|--|
| Examina | <p>Pregunte al paciente: "Durante la última semana, ¿ha notado..."</p> <ul style="list-style-type: none"> a) algún temblor, rigidez muscular, o dificultades al andar? (PARKINSONISMO) b) algún movimiento anormal del cuerpo? (DISCINESIA) c) se ha sentido inquieto o ha tenido la necesidad de moverse incluso cuando no quería hacerlo? (ACATISIA) d) algún espasmo muscular que haya durado al menos un minuto? <p>En caso afirmativo, explore y registre los detalles pertinentes.</p> |
| PARKINSONISMO | Consiste en alteraciones motoras, que incluyen: temblor, alteraciones en la marcha o posturales, inestabilidad postural, rigidez, reducción de la expresión facial y/o del habla y bradicinesia. |
| Expresión facial reducida | Observe la cara de la persona para ver si hay una expresión facial reducida, una disminución del parpadeo o boca entreabierta. |
| Temblor de manos (en reposo) | Observe las manos en búsqueda de temblor en reposo, con la persona sentada con sus codos apoyados en los muslos y las manos colgando enfrente de sus rodillas. |
| Temblor de manos (con los brazos extendidos y dedos separados) | Observe las manos para ver si hay temblor, con las palmas hacia abajo y los brazos completamente extendidos con los dedos separados. |
| Bradicinesia de manos | Pida a la persona que abra y cierre completamente las manos, una por una, en rápida sucesión, observando si hay bradicinesia. |
| Rigidez de codo | Flexione y extienda los brazos del paciente, uno por uno, con el pulgar del examinador en el tendón del biceps, valorando rigidez ("rueda dentada" o "tubo de plomo"). |
| Alteraciones de la marcha | Observe la marcha del paciente al entrar o salir de la sala/despacho. Valore si existe postura encorvada, marcha arrastrando los pies, disminución del balanceo de los brazos o bradicinesia. |
| DISCINESIA | <i>Se caracteriza por movimientos repetitivos, sin propósito e involuntarios.</i> |
| Músculos de la cara y la boca – con activación | Mientras el paciente realiza una acción que suponga activación muscular (p. ej. por ej., golpeteo de dedos), observe la cara y la boca, valorando si frunce el ceño, parpadea, hace muecas, arruga los labios, abre y cierra la boca repetitivamente, aprieta la mandíbula o realiza movimientos laterales de mandíbula. |
| Lengua – con activación | Mientras el paciente realiza una acción que suponga activación muscular (p. ej. por ej., golpeteo de dedos), con la boca abierta, observe si existen movimientos de la lengua de dentro afuera o laterales. |
| Extremidades superiores - brazos, manos | Mientras el paciente está sentado en una silla, observe si hay evidencia de discinesias en: |
| Tronco - cuello, hombros, caderas | |
| Extremidades inferiores - tobillos/dedos de los pies | |
| ACATISIA | <i>Consiste en la sensación subjetiva de inquietud interna con necesidad de moverse, con/sin movimiento continuo de una extremidad, cambios de posición, balanceo estando de pie o sentado, levantar los pies como caminando sin moverse del sitio, e incapacidad para mantenerse sentado durante largos periodos de tiempo, caminando de un lado a otro.</i> |
| Inquietud psicomotriz observada – extremidades inferiores | La persona debe ser observada (mientras está sentada) durante un mínimo de 5 minutos. La puntuación "grave" debe reservarse para las personas que no pueden permanecer sentadas durante todo el período de 5 minutos, debido a la acatisia. |
| DISTONÍA | <i>Se caracteriza por la presencia de músculos contraídos, contorsionados y a menudo con dolor, a veces acompañados por movimientos espasmódicos o giratorios, resultando en posturas anormales.</i> |
| Distonia observada- cabeza, extremidades superiores e inferiores, tronco | Debe observarse toda la cabeza, el cuello, las extremidades y el tronco de la persona sentada o de pie. Los detalles de las distonías observadas deben registrarse. |

D. AUTORES

Co-creado por el Consorcio Canadiense de Intervención Temprana en Psicosis por:

Thomas Hastings, MD, FRCPC

Associate Clinical Professor, Department of Psychiatry, McMaster University

Hamilton, Ontario

Lecturer, Department of General Psychiatry, University of Toronto

Toronto, Ontario

Address for correspondence: tom.hastingsMD@gmail.com

Phil Tibbo, MD, FRCPC

Professor and Dr Paul Janssen Chair in Psychotic Disorders, Department of Psychiatry

Dalhousie University

Halifax, Nova Scotia

Director, Nova Scotia Early Psychosis Program

Halifax, Nova Scotia

Richard Williams, MD, FRCPC

Director of Schizophrenia Service, Vancouver Island Health Authority

Victoria, British Columbia

Adjunct Professor of Psychology, University of Victoria

Victoria, British Columbia

Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of British Columbia

Victoria, British Columbia



Scan to access the EPSS online

Escala de Síntomas Extrapiramidales (ESE)[©]

E. PUNTOS DE ANCLAJE

Parkinsonismo:

Expresión facial:

Ninguna = sin presencia de síntomas.

Dudosa = dudosa presencia de síntomas.

Leve = reducción leve de la expresividad facial.

Moderado = afecto aplanado, pero con cierta expresividad al contacto, mirada fija frecuente, reducción del parpadeo.

Grave = sin expresividad facial, mirada fija, reducción notable del parpadeo.

Temblor:

Ninguna = sin presencia de síntomas.

Dudosa = dudosa presencia de síntomas.

Leve = presencia infrecuente de temblor y/o movimientos de amplitud pequeña/fina.

Moderado = presencia frecuente de temblor con movimientos de amplitud moderada.

Grave = presencia continua de temblor con movimientos de amplitud de moderada a grande.

Rigidez:

Ninguna = sin presencia de síntomas.

Dudosa = dudosa presencia de síntomas.

Leve = cierta resistencia al movimiento pasivo.

Moderada = resistencia moderada al movimiento pasivo pero extremidad fácil de movilizar.

Grave = resistencia marcada al movimiento pasivo, dificultad para mover la extremidad.

Marcha:

Ninguna = sin presencia de síntomas.

Dudosa = dudosa presencia de síntomas.

Leve = reducción leve del movimiento pendular de los brazos, longitud normal del paso.

Moderada = reducción moderada del movimiento pendular de los brazos, postura rígida, longitud del paso reducida.

Grave = sin movimiento pendular de los brazos, reducción marcada de la longitud de los pasos/marcha arrastrando los pies, dificultad para girar, postura notablemente encorvada.

Acatisia:

Ninguna = sin presencia de síntomas.

Dudosa = dudosa presencia de síntomas.

Leve = inquietud motora en una extremidad, con cierto aumento en cambios de posición pero es capaz de permanecer sentado/a durante la visita.

Moderada = movimiento frecuente en una o más extremidades, cambios de posición muy frecuentes, puede pedir levantarse para caminar pero es capaz de mantenerse sentado/a durante la visita.

Grave = movimiento casi constante de más de una extremidad (por ej. haciendo botar ambas piernas), balanceo del tronco. Incapaz de mantenerse sentado/a durante la visita.

Distonía:

Ninguna = sin presencia de síntomas.

Dudosa = dudosa presencia de síntomas.

Leve = contracción muscular visible que el/la paciente es capaz de corregir con mínima afectación de su postura. El/la paciente no parece sufrir ningún malestar.

Moderada = contracción muscular notable y sostenida que el/la paciente puede corregir, pero debe hacerlo de forma repetida, con impacto en la postura. El/la paciente parece sufrir cierto malestar.

Grave = contracción muscular notable y sostenida que el/la paciente no puede corregir del todo, con afectación considerable/sostenida en su postura. El/la paciente presenta malestar notable.

Discinesia:

Dudosa = dudosa presencia de síntomas.

Leve = movimientos poco frecuentes, que el/la paciente puede suprimir durante largos periodos de tiempo.

Moderada = movimientos frecuentes y persistentes, que el/la paciente solo puede suprimir brevemente.

Grave = movimientos continuados que el/la paciente no puede suprimir por completo, ni siquiera por breves periodos de tiempo.

F. CITAS

1. Pappa S, Dazzan P. Spontaneous Movement Disorders in Antipsychotic-Naive Patients with First-Episode Psychoses: A Systematic Review. *Psychol Med.* 2009;39:1065–1076.
2. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larkin C, Callaghan EO. Quality of Life in Schizophrenia: Relationship to Sociodemographic Factors, Symptomatology and Tardive Dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94:118–124.
3. Fahn S, Elton RL, Members of the UPDRS Development Committee: Unified Parkinson's Disease Rating Scale. In: Fahn S, Marsden CD, Calne DB, Lieberman A, eds: *Recent Developments In Parkinson's Disease.* Florham Park, NJ: Macmillan Health Care Information 1987;153–163, 293-304.
4. Guy W. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology.* Washington, DC: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare. 1976:534–537.
5. Loonen AJM, Doorschot CH, van Hemert DA, Oostelbos MCJM, Sijben AES, The MASEAS Team. The Schedule for the Assessment of Drug-Induced Movement Disorders (SADIMoD): Test-Retest Reliability and Concurrent Validity. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2000;3:285–296.

G. REFERENCIAS

6. Adler LA, Angrist B, Reiter S, Rotrosen J. Neuroleptic Induced Akathisia: A Review. *J Psychopharmacology.* 1989;97:1–11.
7. Albanese A, Sorbo FD, Comella C, Jinnah HA, Mink JW, Post B, Vidailhet M, Volkman J, Warner TT, Leentjens AFG, et al. Dystonia Rating Scales: Critique and Recommendations. *Mov Disord.* 2013;28(7):874–883.
8. Barnes TR. A Rating Scale for Drug-Induced Akathisia. *Br. J. Psychiatry.* 1989;154:672–676.
9. Butler MI, Chandrakanth J. Monitoring of extrapyramidal side effects in patients on antipsychotic treatment: A completed audit cycle. *Irish journal of psychological medicine.* 2016 Sep;33(3):165-9.
10. Chouinard G, Margolese HC. Manual for the Extrapyrmidal Symptom Rating Scale (ESRS). *Schiz Res.* 2005;76:247–265.
11. Colosimo C, Martínez-Martín P, Fabbrini G, Hauser RA, Merello M, Miyasaki J, Poewe W, Sampaio C, Rascol O, Stebbins GT, et al. Task Force Report on Scales to Assess Dyskinesia in Parkinson's Disease: Critique and Recommendations. *Mov Disord.* 2010;25(9):1131–1142.
12. Cortese L, Jog M, McAuley TJ, Kotteda V, Costa G. Assessing and Monitoring Antipsychotic-Induced Movement Disorders in Hospitalized Patients: A Cautionary Study. *Can J Psychiatry.* 2004;49(1):31–36.
13. Dean CE, Russell JM, Kuskowski MA, Caligiuri MP, Nugent SM. Clinical Rating Scales and Instruments: How Do They Compare in Assessing Abnormal, Involuntary Movements? *J Clin Psychopharmacology.* 2004;24(3):298–304.
14. Fleischacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M. Compliance with Antipsychotic Drug Treatment: Influence of Side Effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;382:11-15.
15. Gervin M, Barnes TRE. Assessment of Drug-Related Movement Disorders in Schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat.* 2000;6:332–343.
16. Hawley CJ, Fineberg N, Roberts AG, Baldwin D, Sahadevan A, Sharman V. The Use of the Simpson Angus Scale for the Assessment of Movement Disorder: A Training Guide. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2003;7:249–257.
17. Hogan TP, Awad AG. Subjective Response to Neuroleptics and Outcome in Schizophrenia: A Re-Examination Comparing Two Measures. *Psychol Med.* 1992;22(2):347-352.
18. Knol W, Keijsers CJ, Jansen PA, van Marum RJ. Systematic Evaluation of Rating Scales for Drug-Induced Parkinsonism and Recommendations for Future Research. *J Clin Psychopharmacol.* 2010;30(1):57–63.
19. Margolese HC, Chouinard G, Walters-Larach V, Beauclair L. Relationship Between Antipsychotic-Induced Akathisia and Tardive Dyskinesia and Suicidality in Schizophrenia: Impact of Clozapine and Olanzapine. *Acta Psychiatr Belg.* 2001;101:128-144.
20. Mathews M, Gratz S, Adetunji B, George V, Mathews M, Basil B. Antipsychotic-Induced Movement Disorders: Evaluation and Treatment. *Psychiatry.* 2005 (March):36-41.
21. Simpson GM, Angus JWS. A Rating Scale for Extrapyrmidal Side Effects. *Acta Psychiatr Scand.* 1970;212:11–19.
22. Stomski NJ, Morrison P, Meyer A. Antipsychotic medication side effect assessment tools: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2016 May;50(5):399-409.

Credit to Translation Team

Antoni Serrano-Blanco, MD, PhD

Associate Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of Barcelona, Barcelona (Spain). Deputy Director of Mental Health, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat (Spain). PI, PRISMA Research Group, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Spain); CIBERESP, ISCIII, Madrid (Spain)

Elena Rubio-Abadal, MD, PhD

Psychiatrist, Viladecans Mental Health Center, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat (Spain) Researcher at MERITT Research group, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Spain)

Mònica Sánchez-Autet, MD, PhD

Psychiatrist, Ciutat Vella Mental Health Center, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat (Spain) Researcher at MERITT Research group, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Spain)

Marta Domínguez del Campo, RN, MSc, MHNS

Nurse, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat (Spain) Mental Health Department, Campus Docent Sant Joan de Déu Private Foundation, University of Barcelona, Sant Boi de Llobregat (Spain). DAFNIS group, Campus Docent Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Sant Boi de Llobregat (Spain) Researcher at MERITT Research group, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Spain)



Canadian
Consortium for
**Early Intervention
in Psychosis**