



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

PRIMER EPISODIO PSICÓTICO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA Y SU EVOLUCIÓN AL ALTA

Autor/es

Alberto Matías Sanfrutos

Director/es

José Luis Día Sahún

Miguel Martínez Roig

Facultad de Medicina de Zaragoza

Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina

Curso 2015-2016

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	pág. 4
1.1 Epidemiología	pág. 4
1.2. Justificación del estudio	pág. 5
1.3. Definición y marco conceptual de los primeros episodios psicóticos	pág. 6
1.4. Conocimiento actual del manejo de primeros episodios psicóticos	pág.9
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	pág.13
2.1. HIPÓTESIS	pág.13
2.2. OBJETIVOS	pág.13
3. MATERIAL Y MÉTODOS	pág.14
3.1. Material	pág.14
3.1.1. Pacientes	pág.14
3.1.1.1. <i>Universo poblacional</i>	pág.14
3.1.1.2. <i>Universo muestral</i>	pág.15
3.1.2. Datos recogidos y variables a estudio	pág.16
3.2. Métodos	pág.22
3.2.1. Recogida de datos	pág.22
3.2.2. Análisis descriptivo y estadístico	pág.22

4. RESULTADOS	pág.23
4.1. Estudio descriptivo	pág.23
4.1.1. Variables epidemiológicas	pág.23
4.1.2. Variables relacionadas con el ingreso en UCE	
4.1.3. Variables relacionadas con el tratamiento recibido durante el ingreso en UCE	
4.1.4. Variables relacionadas con el seguimiento durante los 6-7 años posteriores al alta	
4.2. Análisis estadístico	pág.44
5. DISCUSIÓN	pág.46
6. CONCLUSIONES	pág.50
7. BIBLIOGRAFÍA	pág.51

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EPIDEMIOLOGÍA

* Epidemiología. Aspectos generales.

Las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos psicóticos en general, difieren bastante en función de la metodología empleada a la hora de calcularlas, la base teórica desde la que se parte, y la población estudiada¹.

El estudio multicéntrico internacional puesto en marcha por la OMS en 1992 mostró una incidencia para la esquizofrenia y otros trastornos del clúster esquizofrénico de 7-14/100000 habitantes/año, siendo esta incidencia comparable en diversas poblaciones^{2,3}. Sin embargo, una revisión de 158 estudios de 32 países en 2004 permitió estimar una media de incidencia anual de 15,2/100000 habitantes, con mayor incidencia en países desarrollados donde se observó una incidencia anual de 7,7-43/100000 habitantes⁴.

Respecto a la prevalencia de esquizofrenia, una revisión sistemática de 188 estudios publicados entre 1965 y 2002 sobre prevalencia de trastornos psicóticos en 46 países muestra valores que oscilan entre 4 y 7/1000 habitantes y año⁵.

* Epidemiología de los primeros episodios psicóticos.

Si se intentan considerar los datos epidemiológicos pertenecientes a los primeros episodios psicóticos, no se cuenta con cifras sólidas en lo que a incidencia y prevalencia se refiere, debido fundamentalmente a la variabilidad de criterios diagnósticos existentes en psiquiatría, así como a la dificultad para establecer una fecha de inicio clara del episodio, siendo el pródromo insidioso el modo de acontecer más frecuente en estos casos, y siendo dicho inicio muy inespecífico con respecto al cuadro que dará a lugar posteriormente⁶.

Se puede, por otra parte, realizar una aproximación epidemiológica a partir de estudios de cohortes y revisiones sistemáticas que se han realizado acerca de dicha cuestión en diversas poblaciones.

Una revisión sistemática de 83 estudios en población inglesa que engloba pacientes de entre 16 y 64 años durante los últimos 60 años⁷, revela una tasa de incidencia anual de primeros episodios psicóticos tipificados de esquizofrénicos de 15,2/ 100000 habitantes, así como una tasa de incidencia anual de primeros episodios psicóticos de tipo afectivo de 12,4/100000 habitantes.

Por otro lado, el estudio CAMFEPS realizado en Irlanda tras 8 años de seguimiento entre 1995 y 2003⁸ revela una tasa de incidencia anual de primer episodio psicótico de 31,6 casos/100000 habitantes; la incidencia anual de esquizofrenia es 7/100000 habitantes; para trastorno esquizofreniforme es 1,8/100000 habitantes; y para primer episodio de psicosis afectiva la incidencia anual es de 11,6/100000 habitantes.

En cuanto a datos epidemiológicos referentes a la población española, un estudio realizado en población cántabra reveló una incidencia anual de primeros episodios psicóticos, para edades comprendidas entre los 15 y los 54 años, de 1,9/10000 habitantes⁹.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Atendiendo a los conocimientos que se tienen actualmente sobre los primeros episodios psicóticos del clúster esquizofrénico, se pueden inferir una serie de datos fundamentales que resultan reveladores a la hora de avalar el afán investigador dentro del terreno de esta área especializada de la psiquiatría¹⁰.

Así, aproximadamente un 20% de los pacientes a los que se les diagnostique de un primer episodio psicótico de tipo esquizofrénico no tendrá recaídas a lo largo de un período de 5 años si se les realiza un seguimiento ambulatorio estrecho.

Por otra parte, en más del 80% de los casos en los que se dé una primera recaída, se producirá una nueva recaída posteriormente, de modo que resulta

perentorio el hecho de poder prevenir las recaídas en la medida de lo posible una vez acaecido el primer episodio psicótico.

Si se tiene en cuenta que el período crítico en el cual es mayor el riesgo de recaída tras acontecer el primer episodio psicótico, abarca aproximadamente los 5 años posteriores a dicho primer episodio¹¹, es de importancia capital la prolongación del tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico de dichos pacientes a lo largo de dicho período crítico para disminuir la tasa de recaídas evitando que se produzca un posible segundo brote¹².

Resulta pues de un marcado interés científico el estudio de las diversas variables que tienen que ver con el momento en el que la psicosis eclosiona en el sujeto, dado que puede permitir establecer las bases para poder identificar a aquellos pacientes que futuriblemente padecerán un cuadro con un curso más crónico y con un mayor número de recaídas¹³, así como a otros paciente en los que la evolución será más benigna y con una mejor evolución clínica y un número de recaídas menor, pudiendo plantear planes de tratamiento más específicos e individualizados en función de las características intrínsecas del primer episodio psicótico y de las variables definitorias del mismo (uso de sustancias, expresión psicopatológica del cuadro, características sociodemográficas, ajuste premórbido, etc.)¹⁴

1.3 DEFINICIÓN Y MARCO CONCEPTUAL DE LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

La expresión episodio psicótico hace referencia a un conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de síntomas positivos, fundamentalmente delirios y alucinaciones, así como síntomas negativos, cognitivos y afectivos¹⁵.

Cuando nos referimos a primeros episodios psicóticos entendidos desde el paradigma de la psiquiatría actual, podemos dividirlos en dos grandes subgrupos:

- Primer episodio psicótico del espectro esquizofrénico: el 90% de dichos episodios vienen caracterizados por trastornos pertenecientes a lo que hemos dado en llamar clúster esquizofrénico o espectro

esquizofrénico, un constructo que englobaría entidades nosológicas situadas entre los epígrafes F20 y F29 de la clasificación CIE-10, esto es, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizotípico, el trastorno psicótico breve, el trastorno por ideas delirantes y las psicosis atípicas¹⁶.

- Primer episodio psicótico del espectro afectivo (con síntomas psicóticos): el 10% restante de dichos primeros episodios psicóticos estarían situados dentro de aquellos cuadros de tipo afectivo con sintomatología psicótica, englobando aquí a la depresión unipolar con síntomas psicóticos y el trastorno bipolar con síntomas psicóticos, así como psicosis reactivas breves y trastornos psicóticos secundarios a otra condición mórbida¹⁶. (Tabla 1)

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos psicóticos aplicando distintos criterios nosológicos

<i>Clasificación</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
DSM-IV-TR	Esquizofrenia	358	54,2
	T. Esquizofreniforme	61	9,2
	T. Psicótico breve	57	8,6
	T. Delirante	27	4,1
	Psicosis atípicas	32	4,8
	T. Esquizoafectivo	37	5,6
	T. Del humor con síntomas psicóticos	88	13,3

CIE-10	Esquizofrenia	419	63,5
	T. Psicóticos agudos transitorios	66	10
	T. Delirante	27	4,1
	Psicosis atípicas	23	3,5
	T. Esquizoafectivo	66	10
	T. Del humor con síntomas psicóticos	61	9,2
(Peralta y Cuesta, 2009)			

Si se parte de la teorización que ha ido labrándose desde los alienistas clásicos, la esquizofrenia, o mejor dicho, el síndrome o clúster esquizofrénico, vendría definido por todos aquellos síntomas que se derivan de la unión de una amplia diversidad de factores predisponentes de diversa índole (biológicos, genéticos, sociales, psíquicos, etc.), unos síntomas que conformarían una entidad nosológica que se puede interpretar desde diversos prismas y a través de diversos niveles explicativos (psíquico, neurobiológico, vincular, etc.), sin ser estos niveles excluyentes unos con otros.

La esquizofrenia constituiría pues una vía final de expresión de numerosos cuadros y trastornos diversos, con sus etiologías, formas de presentación psicopatológica y curso evolutivo intrínsecos a cada uno de ellos. De este hecho deviene la gran complejidad fenotípica y patoplástica del cuadro, surgiendo la necesidad de identificar subgrupos de pacientes paradigmáticos encuadrables en sistemas endofenotípicos que permitan trazar el diagnóstico más ajustado, así como el pronóstico y el plan terapéutico más eficaz para cada caso particular que se presente en la práctica clínica¹⁰.

En el día a día de la práctica asistencial, cuando el clínico se enfrenta a un primer episodio psicótico, generalmente no puede establecer un diagnóstico de esquizofrenia como tal a priori, dado que se necesitan una serie de criterios (como por ejemplo el temporal en la esquizofrenia como tal, con 6 meses de sintomatología activa o más) que no siempre están presentes, o quedan desdibujados en el pródromo inespecífico del comienzo de la psicosis, o en la explosividad sintomática generada por el consumo de sustancias de abuso.

Es por ello que en muchas ocasiones, el primer episodio es tipificado cuando ingresa como breve, inespecífico, o secundario al consumo de sustancias tóxicas, y queda pendiente, en función de la evolución posterior, su inclusión o no dentro del clúster esquizofrénico, dado que puede que el episodio se resuelva espontáneamente con una restitución *ad integrum* sin que exista mayor problemática a posteriori, o puede por el contrario que dicho primer episodio sea el comienzo de un cuadro patológico de tórpida evolución y curso crónico con un pronóstico menos benévolo, incluíble dentro del clúster de la esquizofrenia, siendo este concepto de estabilidad diagnóstica de la psicosis aguda el tema principal de numerosos estudios¹⁷.

1.4 CONOCIMIENTO ACTUAL DEL MANEJO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS.

* Recomendaciones Generales.

Resulta fundamental en el abordaje de los primeros episodios psicóticos el establecimiento de un plan de tratamiento integral y que incluya la colaboración de todos los profesionales de los diversos recursos y dispositivos que van a estar en contacto con la persona afecta.

En todo abordaje de un primer episodio psicótico son necesarios los siguientes elementos, los cuales vienen recogidos en la Guía de Práctica Clínica de 2004 de la American Psychiatric Association para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y esquizofrenia incipiente¹⁸:

- Evaluación de los síntomas y establecimiento de un diagnóstico:
Deben realizarse las evaluaciones diagnósticas necesarias y

pertinentes del modo más exhaustivo posible, dado que el diagnóstico tiene grandes repercusiones a la hora de plantear el tratamiento.

- Desarrollo de un plan de tratamiento: Debe establecerse un plan terapéutico en base al diagnóstico emitido, así como a las circunstancias psicosociales del paciente; este tratamiento puede variar a lo largo del proceso asistencial en función de la gravedad del cuadro y de la información que se vaya adquiriendo.
- Establecimiento de una buena alianza terapéutica: Una correcta alianza médico-paciente resulta fundamental a la hora de promover una buena adherencia al tratamiento y de este modo prevenir recaídas.
- Psicoeducación para el paciente y su familia: Es necesario que tanto el paciente como sus familiares sean capaces de conocer las características fundamentales de lo que significa haber padecido un primer brote psicótico. El hecho de poder reconocer los síntomas prodrómicos ayuda a que se puedan poner los medios adecuados para de esta manera frenar posibles recaídas.
- Tratamiento de las enfermedades comórbidas: Se deben evaluar todos los trastornos psiquiátricos, sociales y médicos que coexistan con el cuadro psicótico, dado que es frecuente la comorbilidad en este tipo de pacientes. Cabe destacar el abuso de sustancias concomitante al trastorno mental grave, lo que a día de hoy se ha dado a llamar patología dual.
- Circunstancias y funcionamiento social del paciente: Los profesionales al cuidado del paciente que ha tenido un primer episodio psicótico deben velar para que el paciente cuente con unas dignas condiciones de vida, fomentando su participación en la vida familiar y comunitaria, así como favoreciendo una adecuada fuente

de ingresos para el correcto mantenimiento de la unidad familiar a la que pertenece el paciente. Estas áreas también influyen activamente en el curso de la enfermedad y por tanto no deben dejarse de lado.

- Integración de los tratamientos de distintos médicos: La existencia de patología comórbida muchas veces implica la participación de varios profesionales en un mismo caso. Dado que se trata de pacientes frágiles, a veces con problemas para organizar su tiempo, se debe realizar un esfuerzo de coordinación entre los diversos médicos implicados en el proceso terapéutico.
- Documentación del tratamiento: Es precisa una correcta recopilación de los tratamientos ensayados con el paciente que ha pasado por un primer episodio psicótico y una correcta informatización de los mismos para que puedan ser consultados desde cualquier dispositivo de la red de salud mental. Esto facilita al profesional en gran medida que pueda elegir los tratamientos más adecuados cuando sea necesario pautarlos.

* Recomendaciones psicofarmacológicas.

Las recomendaciones difieren sensiblemente en función del tipo de episodio que se quiera tratar:

- Primer episodio psicótico del clúster esquizofrénico: Las recomendaciones que se pueden extraer de la literatura abogan por la utilización a dosis bajas de un antipsicótico de segunda generación en monoterapia¹⁹. Esto no excluye el uso combinado con otro antipsicótico de primera generación en caso de que exista resistencia al tratamiento, lo cual no suele estar recomendado en las guías de práctica clínica en casos poco respondedores²⁰, pero se suele pautar en la clínica debido al carácter incisivo de estas medicaciones con los casos más graves. Lo indicado en caso de refractariedad sería cambiar a otro antipsicótico de segunda generación, y en caso de no respuesta optar por el uso de Clozapina²¹. Por otro lado, respecto a

la vía de administración de la medicación, los fármacos en formulaciones de liberación prolongada por vía intramuscular están también indicadas en el primer episodio psicótico, siendo preferibles aquellos de segunda generación²².

- Primer episodio psicótico del espectro afectivo²³:
 - o Episodio maníaco o mixto con síntomas psicóticos en trastorno bipolar: La recomendación es iniciar el tratamiento con un estabilizador del humor al que se puede añadir un antipsicótico de segunda generación.
 - o Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos: En este caso se recomienda usar un antidepresivo junto con dosis bajas de un antipsicótico de segunda generación. En caso de refractariedad se puede plantear un cambio de antidepresivo, añadir lamotrigina, o en última instancia usar Terapia Electroconvulsiva.
 - o Episodio depresivo con síntomas psicóticos en trastorno bipolar: Es recomendable utilizar un estabilizador del ánimo junto con un antipsicótico de segunda generación. El uso de antidepresivos en este caso es controvertido²⁴.

En líneas generales, y recogiendo todo lo que se ha descrito respecto al tratamiento, se puede concluir estableciendo que el tratamiento ideal para el primer episodio psicótico es el uso de un antipsicótico de segunda generación en monoterapia, ya sea en formulación por vía oral, o bien en formulación intramuscular de liberación prolongada. Este tratamiento puede tener ligeras modificaciones en el caso de que nos encontremos con un primer episodio psicótico de tipo afectivo (estabilizador, antidepresivo, etc.).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

Se plantea la hipótesis de la existencia de relación entre el tratamiento psiquiátrico recibido durante el primer ingreso en pacientes con un primer episodio psicótico, y la evolución del paciente definida por el diagnóstico final pasados 6-7 años de evolución.

2.2 OBJETIVOS

* Objetivo principal.

-Estudio de asociación entre el tratamiento durante el primer ingreso en pacientes con primer episodio psicótico y la evolución del cuadro a posteriori.

* Objetivos secundarios

-Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de los pacientes que ingresan en una unidad psiquiátrica de corta estancia diagnosticados de un primer episodio psicótico.

-Análisis de los tratamientos administrados durante dicho primer ingreso.

-Evaluación de las variables relacionadas con la evolución del paciente, teniendo en cuenta en este punto el número de reingresos, el mantenimiento del seguimiento en consultas ambulatorias de salud mental, el tratamiento que siguieron durante la evolución, y por último el diagnóstico final, pudiendo tratarse de un Trastorno Mental Grave de tipo psicótico o no.

-Estudio de la relación entre el tratamiento durante el primer ingreso y el número de reingresos a lo largo de la evolución.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 MATERIAL

3.1.1 PACIENTES

3.1.1.1 UNIVERSO POBLACIONAL

Los pacientes incluidos en este trabajo proceden en su mayoría del Área 1 del mapa sanitario de Aragón (Figura 1) que recoge el Sector Zaragoza I, el cual incluye población urbana de los barrios de la margen izquierda de la ciudad, cuya población es atendida en los Centros de Salud Actur Norte, Actur Sur y Actur Oeste, Picarral, Santa Isabel, Alfajarín, Arrabal, Bujaraloz, La Jota, Luna, Parque Goya, Villamayor y Zuera.

Dado que los pacientes muchas veces son trasladados de la Unidad de Corta Estancia que les corresponde por sector, también se incluyen aquellos pacientes trasladados de los sectores Zaragoza II y Zaragoza III.

Figura 1. Mapa Sanitario de Aragón



3.1.1.2 UNIVERSO MUESTRAL

La muestra que se ha recogido comprende todos los pacientes que ingresaron en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Royo Villanova de Zaragoza diagnosticados de un primer episodio psicótico desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2010.

Los pacientes recogidos para la muestra tienen un diagnóstico de un trastorno del clúster de la esquizofrenia, o bien un diagnóstico del espectro afectivo con sintomatología psicótica, siendo este su primer ingreso hospitalario por dicha razón. Dichos pacientes pueden estar en seguimiento en consultas de su Centro de Salud Mental de referencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mayoría de edad (>18 años)
- Primer ingreso hospitalario por episodio psicótico
- Diagnóstico al alta de un trastorno encuadrable dentro del clúster esquizofrénico o del espectro afectivo con síntomas psicóticos, incluyendo también casos en los que el cuadro ha sido desencadenado por el uso de sustancias abuso.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 18 años
- Diagnóstico de enfermedad orgánica del Sistema Nervioso Central, incluyéndose aquí cuadros de demencia de cualquier filiación, Traumatismo Craneoencefálico, tumoraciones, epilepsia, etc., así como cuadros con cualquier noxa somática neurológica responsable de la sintomatología del paciente.

3.1.2 DATOS REGISTRADOS Y VARIABLES A ESTUDIO

De cada uno de los pacientes incluidos en el estudio se recogen los datos que a continuación se detallan, estableciéndose de este modo las siguientes variables:

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

- Edad: la edad del paciente cuando ingresa en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Se considerará variable cuantitativa discreta. Para el posterior análisis de los datos se determina la variable cualitativa “grupo de edad”, dividiendo a los pacientes en tres grupos diferenciados en función de su edad:
 - o Entre 18 y 40 años
 - o Entre 41 y 64 años
 - o >65 años

- Sexo: Se dividirá en femenino o masculino, constituyéndose como variable cualitativa dicotómica

VARIABLES RELACIONADAS CON EL INGRESO EN UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

- Antecedentes psiquiátricos: Se establece como variable cualitativa nominal dicotómica, en función de la presencia o ausencia de antecedentes personales de patología psiquiátrica, excluyéndose aquí el pródromo del cuadro psicótico que motivó el ingreso, el cual ya viene recogido en el apartado correspondiente al tiempo de evolución de la sintomatología.

- Consumo de sustancias de abuso: La variable que engloba el consumo de sustancias de abuso es una variable cualitativa nominal dicotómica, la cual establece el consumo o la ausencia de consumo

de sustancias de abuso durante la semana previa al ingreso, entendiéndose por sustancia de abuso cualquier droga ilegal que se utilice con fines lúdicos, recreativos o de otra índole.

- Consumo abusivo de alcohol: Para tipificar el consumo abusivo de alcohol se utilizará una variable cualitativa dicotómica según la cual determinaremos que existe un consumo abusivo de alcohol si se consumen 28 UBEs o más a la semana o 4 UBEs o más al día en el caso de los hombres, o bien 17 UBEs o más a la semana o 2 UBEs o más al día en el caso de las mujeres (1 UBE –Unidad Básica Estándar- equivale a 10 gramos de alcohol).

- Número de días de ingreso: Variable cuantitativa discreta que recoge el número de días que han transcurrido desde el ingreso del paciente en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría hasta el alta hospitalaria.

- Voluntariedad del ingreso: Se establece mediante una variable cualitativa nominal dicotómica si el ingreso se realizó con carácter voluntario o bien fue necesaria la intervención del Juzgado de Primera Instancia para la realización del ingreso con carácter involuntario.

- Sector sanitario de procedencia: A través de esta variable cualitativa se indica el sector sanitario del cual procede el paciente que ingresa en la Unidad de Corta Estancia:
 - o Sector I: Hospital Royo Villanova
 - o Sector II: Hospital Universitario Miguel Servet
 - o Sector III: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

- Tiempo de evolución del cuadro: Se considera el tiempo durante el cual ha habido sintomatología psicótica activa previa al ingreso en Unidad de Corta Estancia. Para su consideración en el estudio, se determina la variable cualitativa “tiempo de evolución”, dividiendo a los paciente en 4 grupos diferenciados en función de la duración de los síntomas psicóticos previo al ingreso en planta:
 - o < 1 mes
 - o Entre 1 mes y 6 meses
 - o Entre 6 meses y 12 meses
 - o > 12 meses

VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO DURANTE EL INGRESO EN UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

- Tipo de Neuroléptico utilizado: Se distribuye a los pacientes en función del tratamiento con neurolépticos utilizado según una variable cualitativa nominal que permita establecer qué pacientes no recibieron tratamiento con neurolépticos, los que recibieron tratamiento con Neurolépticos Típicos, lo que recibieron tratamiento con Neurolépticos Atípicos y los que recibieron una combinación de Neurolépticos Típicos y Atípicos.
- Número de neurolépticos utilizado: Se determina mediante una variable cualitativa nominal dicotómica el número de neurolépticos utilizado durante el ingreso, dividiendo a los pacientes en aquellos a los que se les administró neurolépticos en monoterapia, y aquellos a los que se les administró una politerapia de neurolépticos.
- Vía de administración de los neurolépticos: Se distribuye a los pacientes en función del tratamiento con neurolépticos utilizado según una variable cualitativa nominal que permita establecer a qué pacientes se les administró el tratamiento con Neurolépticos por vía oral, los pacientes a los que se les administró el tratamiento con Neurolépticos por vía intramuscular en su versión de liberación

prolongada (Depot), y los pacientes a los que se les administró una combinación de Neurolépticos por vía oral y Neuroléptico Depot por vía intramuscular.

- Uso de antidepresivos: Se determina el uso o no de antidepresivos durante el ingreso mediante una variable cualitativa nominal dicotómica.

- Uso de estabilizadores del ánimo: Se determina el uso o no de estabilizadores del ánimo durante el ingreso mediante una variable cualitativa nominal dicotómica.

- Tratamiento total durante el ingreso: Se distribuye a los pacientes en ocho grupos diferentes en función del tratamiento total recibido durante el ingreso en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría, atendiendo a las diversas combinaciones de fármacos posibles:
 - o Sin tratamiento
 - o Tratamiento con neurolépticos
 - o Tratamiento con antidepresivos
 - o Tratamiento con Estabilizadores del ánimo
 - o Tratamiento con Neurolépticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos.
 - o Tratamiento con antidepresivos y estabilizadores del ánimo
 - o Tratamiento con neurolépticos y antidepresivos
 - o Tratamiento con neurolépticos y estabilizadores del ánimo.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL SEGUIMIENTO DURANTE LOS 6-7 AÑOS POSTERIORES AL ALTA TRAS EL PRIMER INGRESO

- Número de reingresos: Se establece mediante una variable cuantitativa discreta el número de reingresos en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría durante los 6-7 años posteriores tras el primer ingreso por el primer episodio psicótico.

- Diagnóstico final: Mediante una variable cualitativa nominal dicotómica se divide a los pacientes en aquellos que en el momento actual, 6-7 años tras el primer ingreso, tienen un diagnóstico de Trastorno Mental Grave con síntomas psicóticos, y aquellos que no tienen dicho diagnóstico. Dentro del trastorno mental grave con síntomas psicóticos se incluirían los siguientes cuadros pertenecientes al clúster esquizofrénico (la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizotípico, el trastorno por ideas delirantes y las psicosis atípicas), así como el trastorno bipolar con síntomas psicóticos y la depresión unipolar con síntomas psicóticos.

- Tratamiento total en la actualidad: Se distribuye a los pacientes en ocho grupos diferentes en función del tratamiento total que reciben en el momento actual, una vez han transcurrido entre 6 y 7 años desde su ingreso en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría, atendiendo a las diversas combinaciones de fármacos posibles:
 - o Sin tratamiento
 - o Tratamiento con neurolépticos
 - o Tratamiento con antidepresivos
 - o Tratamiento con Estabilizadores del ánimo
 - o Tratamiento con Neurolépticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos.
 - o Tratamiento con antidepresivos y estabilizadores del ánimo
 - o Tratamiento con neurolépticos y antidepresivos
 - o Tratamiento con neurolépticos y estabilizadores del ánimo.

- Seguimiento en consulta especializada: Se establece mediante una variable cualitativa nominal dicotómica si los pacientes continúan en seguimiento en consulta especializada de psiquiatría en el momento actual, tras los 6-7 años posteriores al primer ingreso por el primer episodio psicótico. El no seguimiento en el momento actual implica la no valoración del período de evolución de dicho paciente por falta de

datos que nos permitan realizar el análisis estadístico (tratamiento actual y diagnóstico actual).

3.2 MÉTODOS

3.2.1 RECOGIDA DE DATOS

Se obtiene una muestra de 57 pacientes que ingresan en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Royo Villanova de Zaragoza durante un período de 2 años, desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2010, a través de las historias clínicas localizados en los archivos de dicha unidad de hospitalización.

De cada paciente recogido se obtienen los datos comentados en el apartado anterior a partir de su Historia Clínica (variables epidemiológicas, tratamiento recibido durante el ingreso, días de ingreso, tiempo de evolución del cuadro, etc.), así como la información perteneciente a su evolución hasta el momento actual, la cual se obtiene a través de la red de datos Intranet y a través del contacto directo con los profesionales que llevan el caso a su cargo en los respectivos Centros de Salud Mental de Zaragoza, diseñando de este modo una base de datos que determinaba un protocolo de recogida de las variables de cada paciente usando para dicho fin y su posterior análisis el paquete estadístico SPSS versión 22.0 Chicago IL.

3.2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y ESTADÍSTICO

El presente trabajo se trata de un estudio de tipo observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes que ingresan en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

En primer lugar se realiza un estudio descriptivo de todas las variables que se han recogido para el trabajo.

El estudio se refiere a las variables cualitativas nominales mediante el cálculo de frecuencias y valores absolutos con gráficos y tablas explicativas realizadas mediante el programa de análisis estadístico SPSS 22.0, utilizándose para la realización de las tablas el programa Microsoft Office Excel 2007.

Las variables cuantitativas discretas se han expresado utilizando la media y los valores mínimo y máximo entre los que oscilan los datos.

El análisis estadístico posterior se ha realizado entre variables cualitativas relacionadas con el tratamiento con neurolépticos utilizados durante el ingreso y la evolución posterior expresada en función del número de reingresos y el diagnóstico actual. La asociación estadística entre las variables se ha analizado mediante la realización de una tabla de contingencia de las variables y la prueba Chi cuadrado de Pearson, siendo significativo en caso de que $p > 0,05$

4. RESULTADOS

4.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO

4.1.1 VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

Las variables epidemiológicas que se han recogido en el estudio son el sexo y la edad de los pacientes, estableciéndose para la edad tres grupos diferenciados para clasificar a los pacientes: paciente joven (hasta 40 años), paciente de mediana edad (de 41 a 64 años incluidos ambos) y paciente anciano (mayor de 65 años).

La edad media de los pacientes que ingresan en planta de psiquiatría diagnosticados de primer episodio psicótico es de 35,70 años. El rango de edades oscila entre los 18 años del paciente más joven hasta los 74 años del más anciano. La n total del estudio es de 57 pacientes. (Tabla 1)

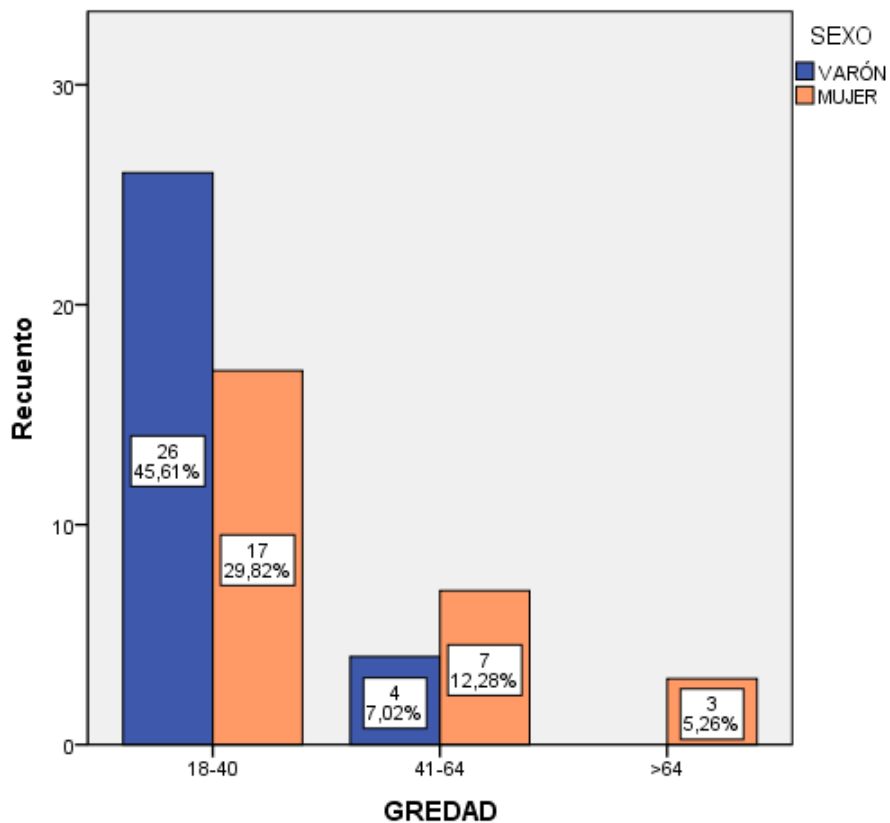
Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	57	18	74	35,70	13,630

Los datos relativos a la variable sexo aparecen combinados con la variable grupo de edad en la Figura 1.

El grupo que presenta un mayor número de ingresos en planta por un primer episodio psicótico es el de varones jóvenes de entre 18 y 40 años, habiéndose estudiado 26 varones (45,61%) de entre 18 y 40 años, 17 mujeres (29,82%) del mismo grupo de edad, 4 varones (7,02%) de entre 41 y 64 años, 7 mujeres (12,28%) del mismo estrato etario, y 3 mujeres (5,26%) de más de 65 años, sin haber varones de este grupo de edad en la muestra (Figura 1)

Figura 1. Número de pacientes por sexo y edad

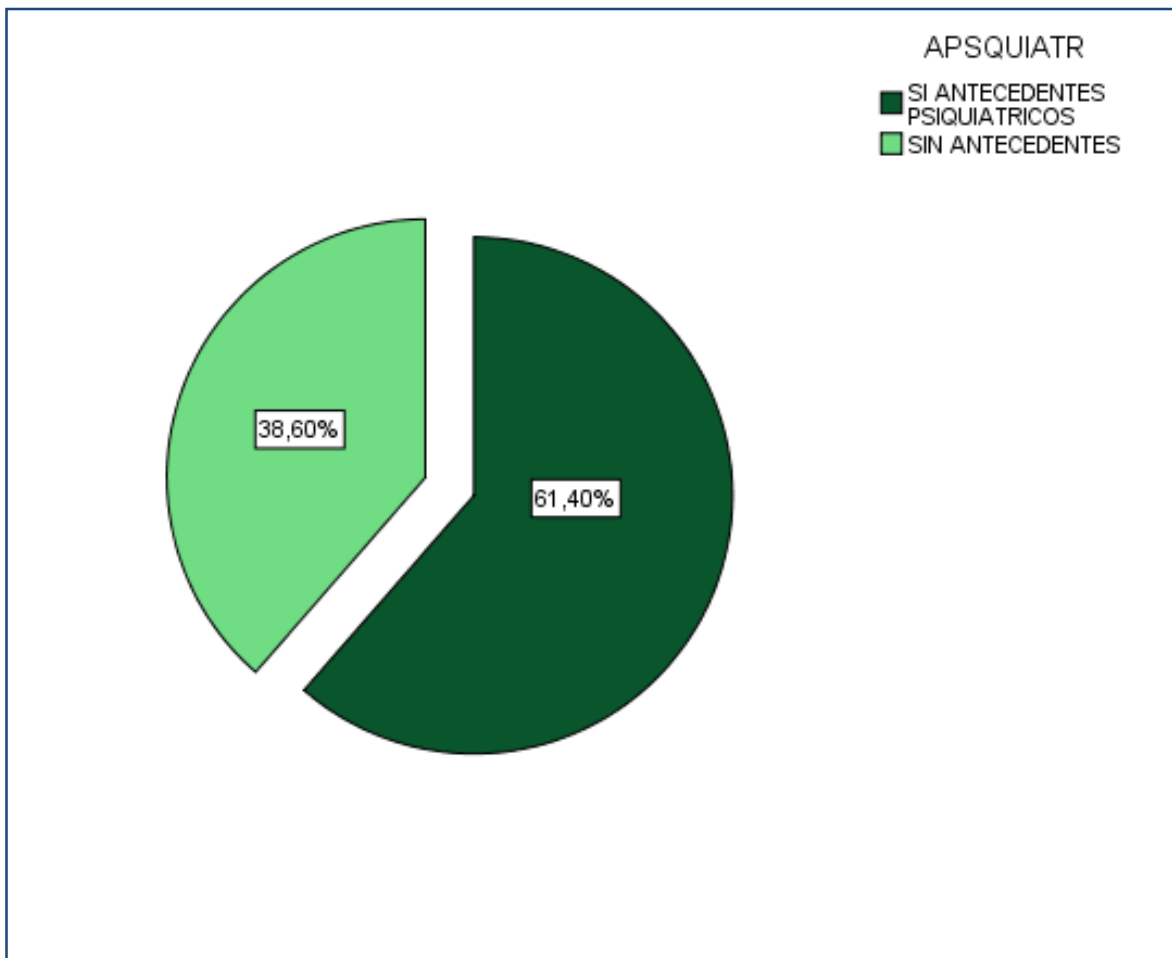


Del total de pacientes estudiados, 43 pacientes tenían entre 18 y 40 años, 11 pacientes tenían entre 41 y 64 años, y 3 pacientes tenían 65 años o más.

4.1.2 VARIABLES RELACIONADAS CON EL INGRESO EN UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Del total de pacientes ingresados en Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría con diagnóstico de primer episodio psicótico, 35 pacientes (61,40%) sí tienen antecedentes personales de tipo psiquiátrico al ingreso, mientras que los 22 restantes (38,60%) no tienen antecedentes psiquiátricos (Figura 2)

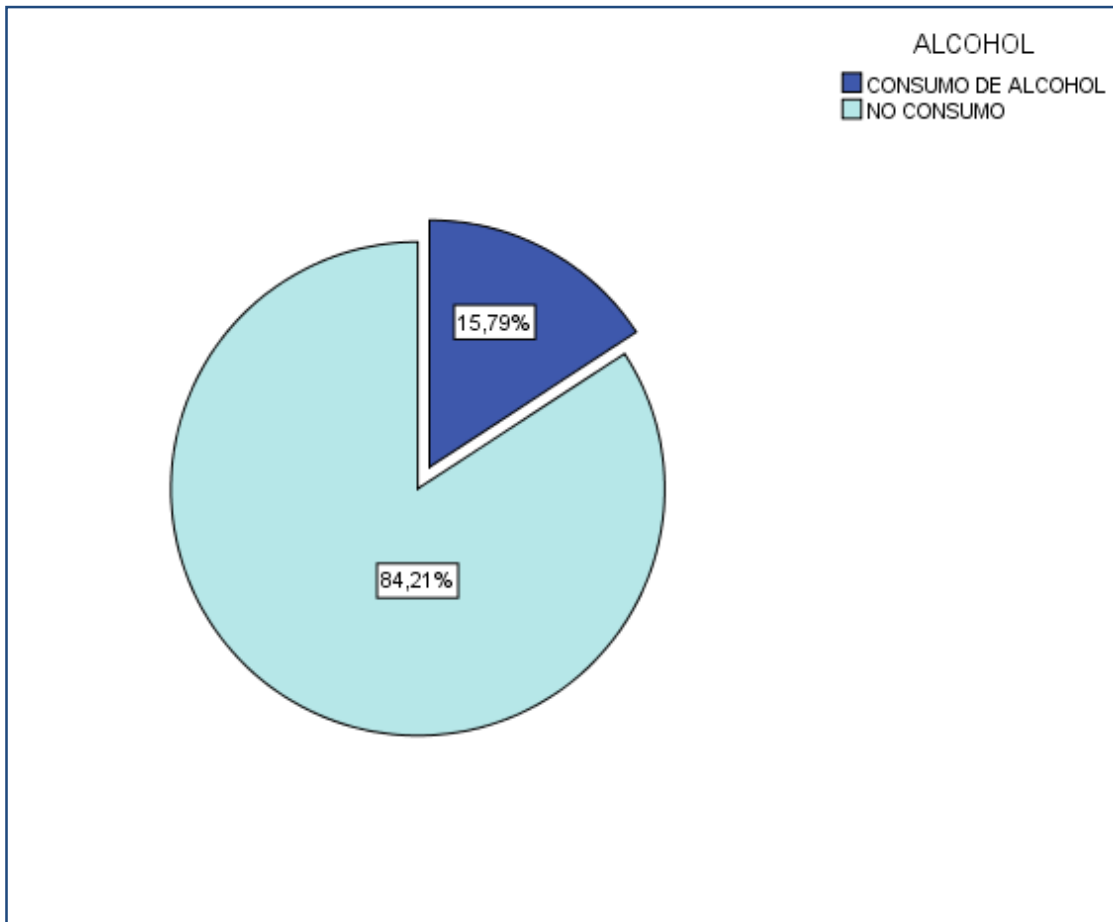
Figura 2. Porcentaje de pacientes con antecedentes y sin antecedentes psiquiátricos



Respecto al consumo de alcohol entre los pacientes que ingresan con un primer episodio psicótico, se observa que 9 pacientes (15,79%) presentan un

consumo de alcohol abusivo, mientras que 48 pacientes (84,21%) no presentan dicho patrón de consumo abusivo durante los días previos al ingreso (Figura 3).

Figura 3. Porcentaje de pacientes con consumo abusivo de alcohol.



Además del consumo de alcohol, también se tiene en cuenta el consumo de sustancias ilegales entre los pacientes de la muestra, obteniéndose que 20 pacientes del total (35,09%) sí han consumido sustancias ilegales durante la semana previa al ingreso, mientras que 37 paciente (64,91%) no consumieron ese tipo de sustancias en ese lapso temporal (Figura 4)

Por otra parte se ha calculado en el estudio la combinación de datos pertenecientes a las variables consumo de alcohol, consumo de sustancias ilegales y presencia o no de antecedentes psiquiátricos previos, observándose en este caso que 4 pacientes (7,02%) del total de la muestra recogida presentan consumo de alcohol, consumo de sustancias ilegales y además antecedentes de patología psiquiátrica previa al ingreso; 1 paciente (1,75%) de la muestra presenta consumo de alcohol y antecedentes de patología

psiquiátrica, pero no consumo de sustancias ilegales; 3 pacientes (5,26%) presentan consumo de alcohol y sustancias ilegales pero no tienen antecedentes psiquiátricos previos al episodio; 20 pacientes (35,09%) de la muestra no presentan consumo de alcohol ni de sustancias ilegales, pero sí presentan antecedentes de patología psiquiátrica previos; 10 pacientes (17,54%) presentan consumo de sustancias sin que exista consumo de alcohol concomitante, y además tienen registrados antecedentes de patología psiquiátrica previos; 5 pacientes (8,77%) presentan consumo de sustancias ilegales sin consumir alcohol y sin tener antecedentes de enfermedad psiquiátrica; finalmente 13 pacientes (22.81%) no consumen alcohol ni sustancias ni presentan antecedentes psiquiátricos previos al ingreso (Figura 5)

Figura 4. Porcentaje de pacientes con consumo de sustancias ilegales

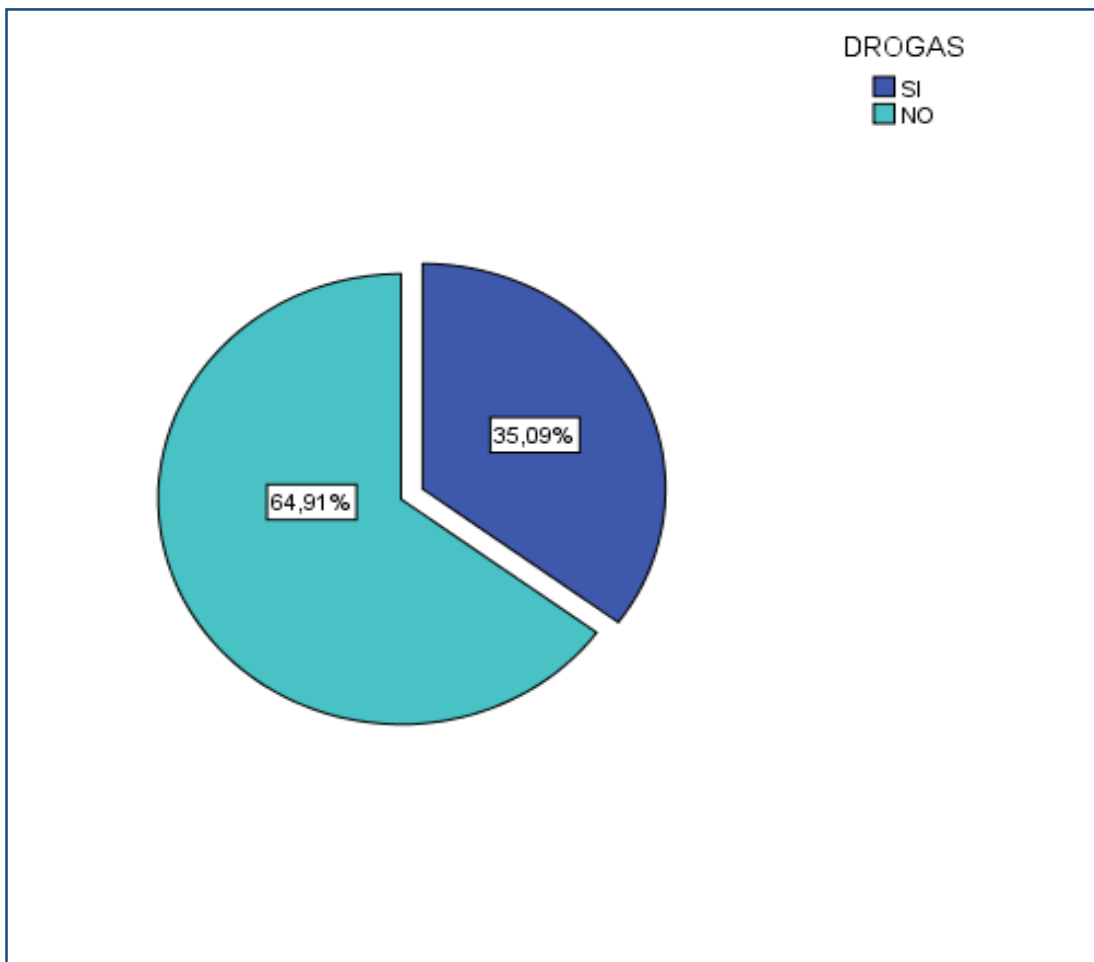
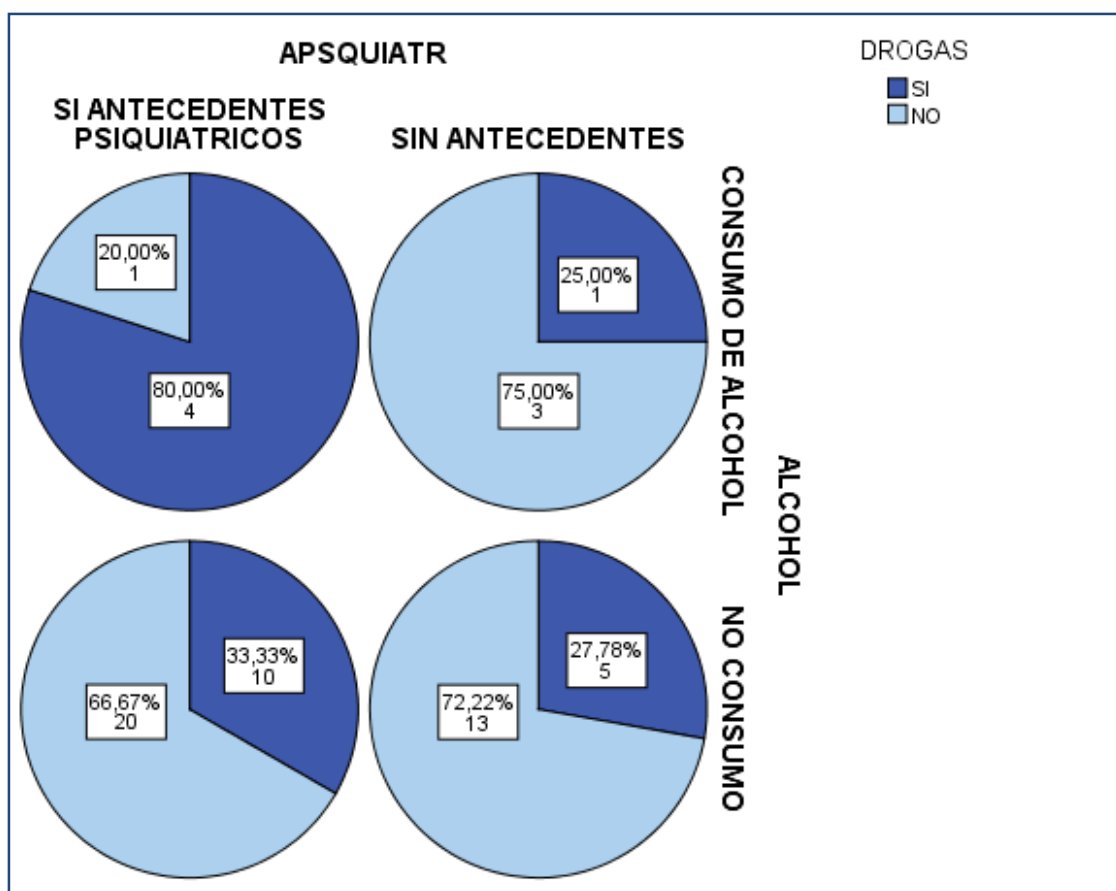


Figura 5. Porcentaje de pacientes según consumo de alcohol, sustancias ilegales y antecedentes psiquiátricos previos.



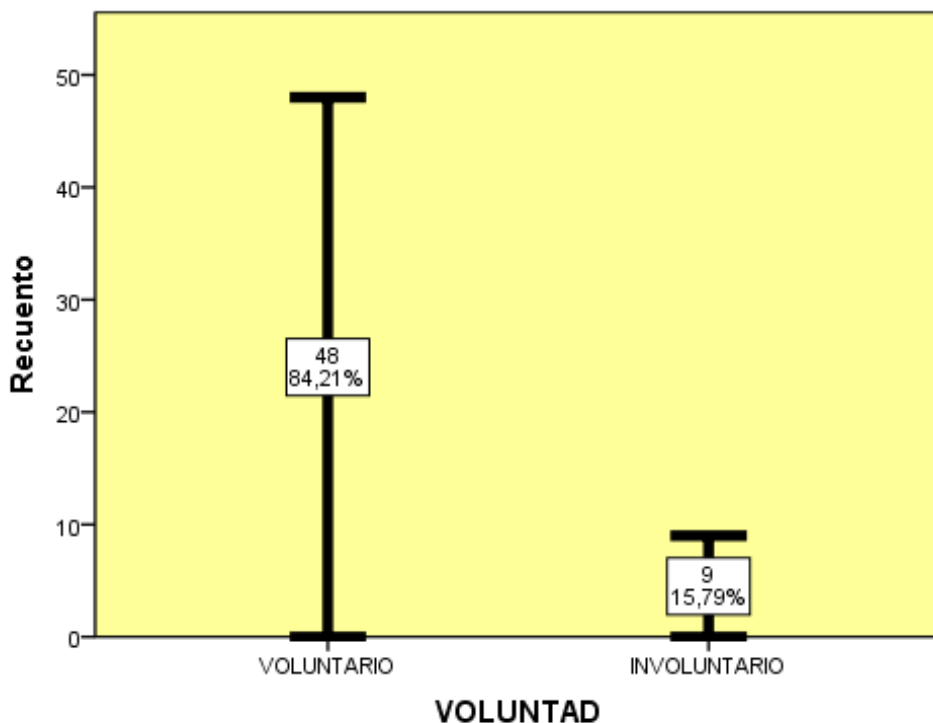
Los datos pertenecientes a la variable “días de ingreso” aparecen reflejados en la Tabla 2. El valor de la estancia mínima es de 2 días, mientras que el máximo es de 47 días, habiendo de este modo una media de 15,19 con una desviación estándar de 9,257 (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la variable Días de Ingreso

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
DIASINGRESO	57	2	47	15,19	9,257

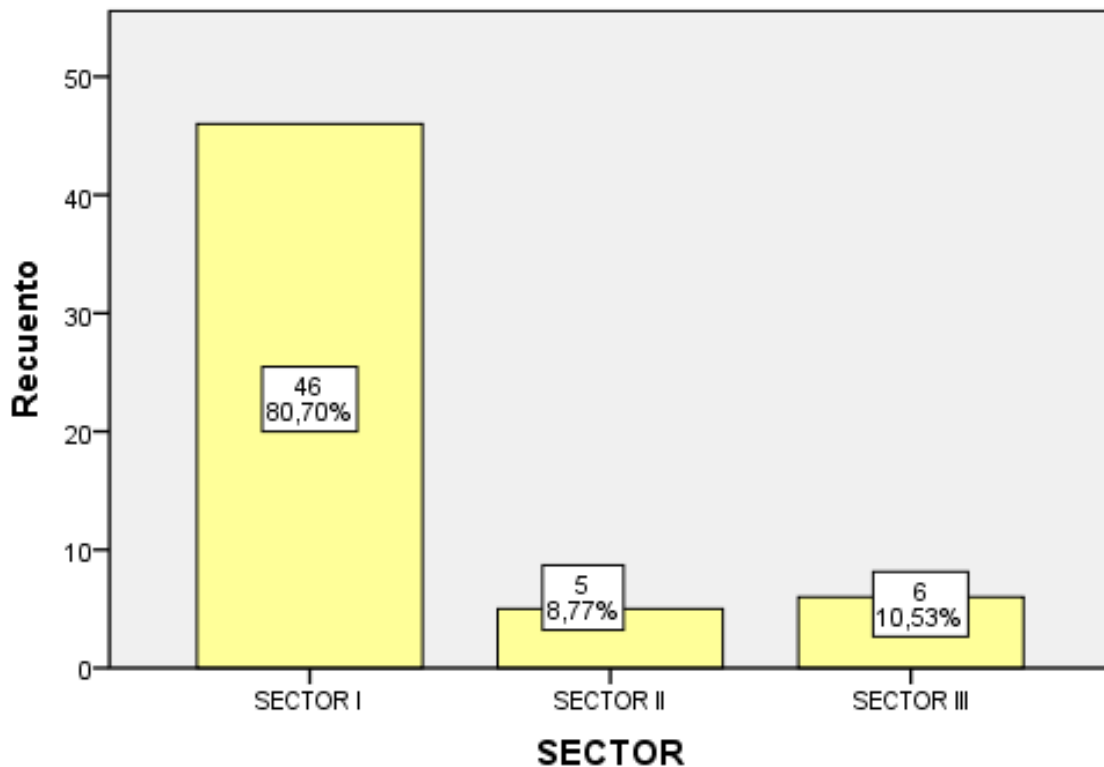
Respecto a la variable que recoge el carácter voluntario o involuntario del ingreso hospitalario, podemos establecer en función de los datos recogidos que 48 pacientes de la muestra (84,21%) ingresaron en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Royo Villanova de Zaragoza de manera voluntaria a causa de su cuadro psicótico de base, mientras que los 9 restantes (15,79%) ingresaron de manera involuntaria, y fue necesaria la comunicación y petición de autorización de ingreso al Juez (Figura 6)

Figura 6. Porcentaje de pacientes con ingreso voluntario e involuntario



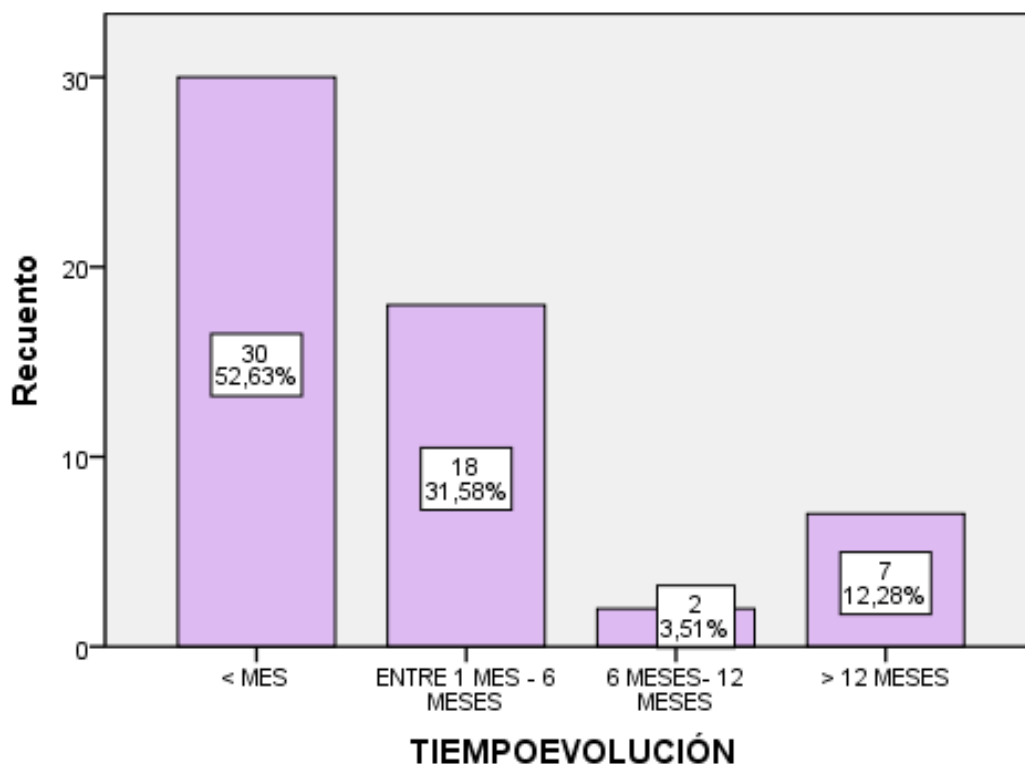
Se puede determinar a través de los datos recogidos en torno al sector de procedencia de los pacientes, que 46 pacientes de la muestra (80,70%) proceden del sector sanitario I cuyo hospital de referencia es el Hospital Royo Villanova, donde se realiza el estudio; 5 pacientes (8,77%) pertenecen al sector II, perteneciente al Hospital Universitario Miguel Servet; finalmente 6 pacientes (10,53%) ingresaron procedentes del sector III, cuyo hospital de referencia es el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (Figura 7).

Figura 7. Porcentaje de pacientes en función de su sector sanitario de procedencia



Por último, dentro del apartado de variables correspondientes al ingreso, al margen del tratamiento que analizaremos más adelante, se estudia la variable correspondiente al tiempo de evolución de los síntomas, constatándose que en 30 pacientes de la muestra (52,63%) hay una evolución de la sintomatología de menos de un mes de duración, en 18 pacientes (31,58%) la evolución se sitúa entre el mes y los 6 meses, en 2 pacientes (3,51%) se observa una evolución de los síntomas de entre 6 y 12 meses, y finalmente hay 7 pacientes en la muestra (12,28%) cuyo tiempo de evolución de la sintomatología psicótica se sitúa por encima de los 12 meses de duración (Figura 8).

Figura 8. Porcentaje de pacientes según el tiempo de evolución de los síntomas



4.1.3 VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO DURANTE EL INGRESO EN UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

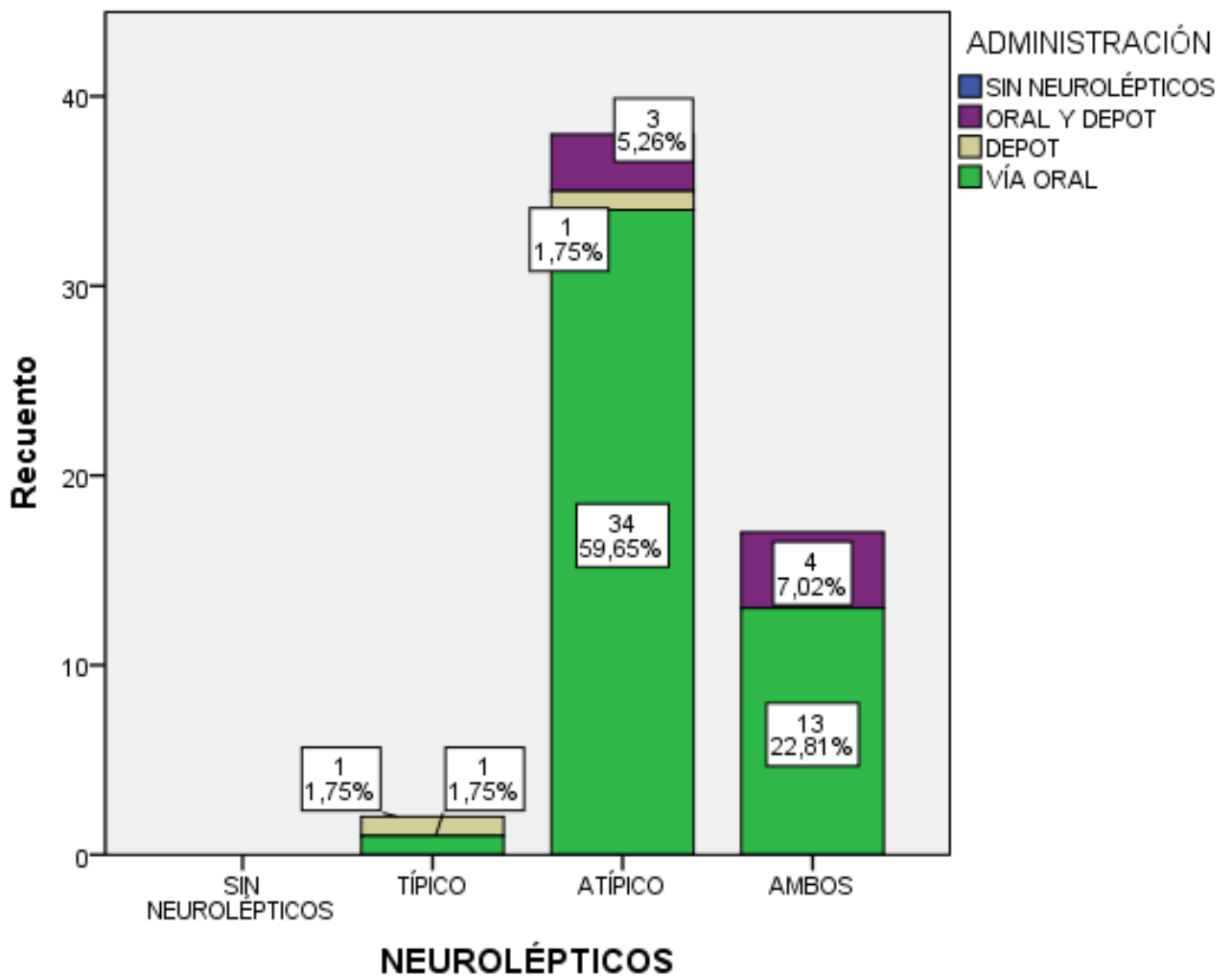
Se estudia el tratamiento con neurolépticos recibido durante el ingreso, estableciéndose que un total de 2 pacientes de la muestra (3,5%) recibieron tratamiento con neurolépticos típicos, de los cuales 1 paciente (1,75%) lo recibió por vía oral, y el paciente restante que representa también el 1,75% de la muestra, recibió el tratamiento con neuroléptico típico en formulación Depot de liberación prolongada.

Respecto al tratamiento con neurolépticos atípicos, 38 pacientes (66,66%) recibieron un tratamiento con neurolépticos atípicos, de los cuales 34 (59,65%) lo recibieron por vía oral, 1 paciente (1,75%) recibió el tratamiento con neurolépticos atípicos en su versión intramuscular tipo Depot, y 3 pacientes

(5,26%) recibieron una combinación de neurolépticos atípicos por vía oral y por vía intramuscular de liberación prolongada.

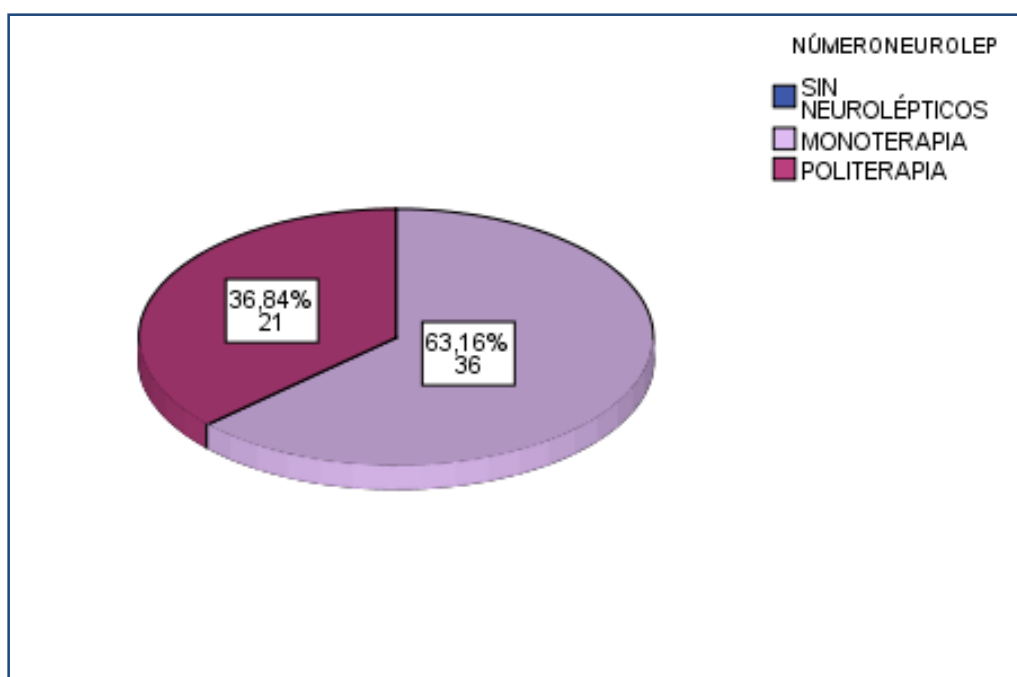
Finalmente, se puede observar cómo 17 de los pacientes de la muestra (29,83%) recibieron un tratamiento que combina neurolépticos típicos con neurolépticos atípicos; 13 de estos pacientes (22,81%) recibieron el tratamiento por vía oral, mientras que 4 pacientes (7,02%) recibieron una combinación de neurolépticos por vía oral y por vía intramuscular tipo Depot (Figura 9).

Figura 9. Porcentaje de pacientes en función del tipo de neuroléptico utilizado y su vía de administración



Si se analiza la variable correspondiente al número de neurolépticos utilizado durante el ingreso, se puede observar cómo a 36 de los pacientes de la muestra estudiada (63,16%) se les pautó tratamiento con un solo neuroléptico, mientras que en los 21 restantes (36,84%) se utiliza una combinación de 2 o más neurolépticos (Figura 10).

Figura 10. Porcentaje de pacientes en función del número de neurolépticos utilizado



Respecto al uso de antidepresivos durante el ingreso, se observa cómo 40 pacientes de los 57 de la muestra (70,18%) no recibieron tratamiento con antidepresivos, mientras que el resto, 17 pacientes (29,82%) sí recibieron este tipo de tratamiento durante el ingreso.

Por otra parte, se analiza también la pauta de estabilizadores del ánimo utilizada durante el ingreso, observándose cómo 48 pacientes de la muestra (84,21%) no recibieron tratamiento con estabilizadores, mientras que 9 pacientes (15,79%) sí que recibieron dicho tratamiento.

Ambos tratamientos, de antidepresivos y estabilizadores del ánimo, se pueden observar en las figuras 11 y 12 a continuación.

Figura 11. Porcentaje de pacientes en función de la utilización de antidepresivos durante el ingreso

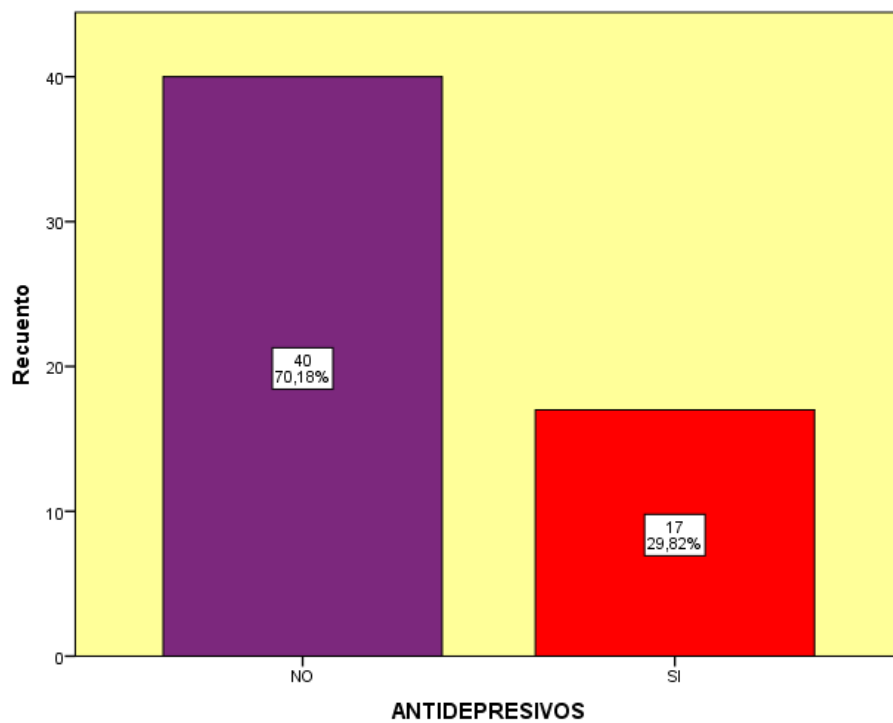
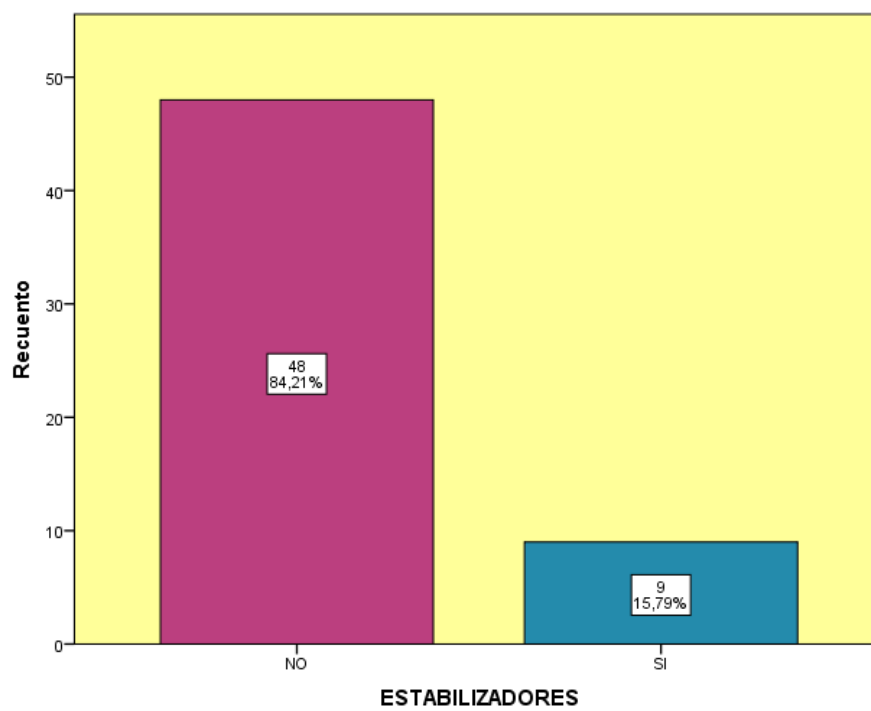


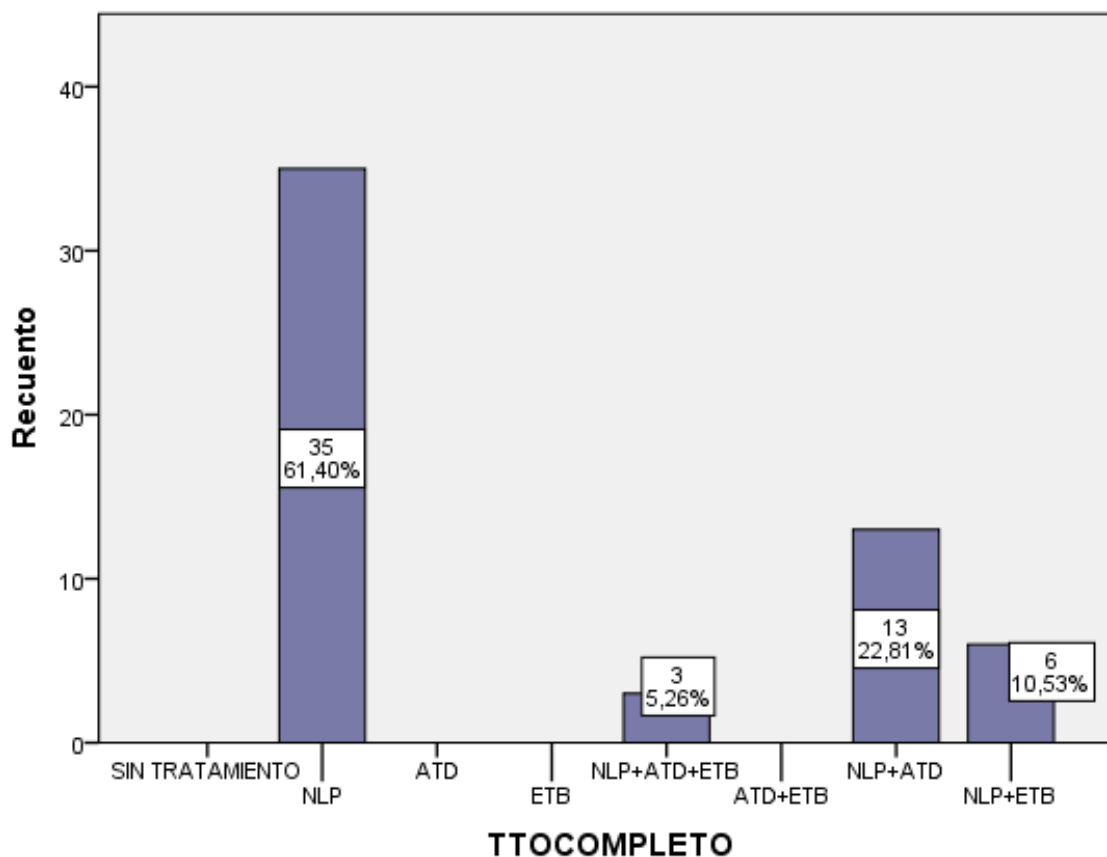
Figura 12. Porcentaje de pacientes en función de la utilización de estabilizadores del ánimo durante el ingreso.



Se analiza el tratamiento total recibido durante el ingreso de cada uno de los pacientes, obteniéndose los siguientes resultados referentes a dicha información. En primer lugar se observa que ningún paciente estuvo sin tratamiento durante el ingreso, así como ningún paciente recibió tratamiento únicamente con antidepresivos, únicamente con estabilizadores del ánimo, o con una combinación de antidepresivos y estabilizadores del ánimo.

Se observa también que 35 pacientes de la muestra (61,40%) recibieron tratamiento sólo con neurolépticos; a 13 pacientes (22,81%) se les pautó durante el ingreso una combinación de neurolépticos y antidepresivos, 6 pacientes (10,53%) recibieron un tratamiento a base de neurolépticos junto con estabilizadores del ánimo, y finalmente 3 pacientes de la muestra (5,26%) tuvieron un tratamiento que abarcaba tres tipos de fármaco diferentes, neurolépticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo (Figura 13).

Figura 13. Porcentaje de pacientes distribuidos en función del tipo de tratamiento recibido durante el ingreso



Se complementa la información antes observada mediante una valoración del tratamiento total recibido durante el ingreso, atendiendo también al subtipo de neuroléptico utilizado en cada caso (típico, atípico o ambos) en combinación con el resto de tipos farmacológicos.

De tal manera, se observa que 2 pacientes del total de la muestra (3,51%) recibieron tratamiento durante el ingreso con neurolépticos típicos únicamente, sin recibir tratamiento ni con antidepresivos ni con estabilizadores del ánimo; por otro lado, hay 10 pacientes (17,54%) que recibieron una combinación de neurolépticos típicos y atípicos, sin recibir tratamiento ni con antidepresivos ni estabilizadores del ánimo; se puede verificar cómo también hay 22 pacientes de la muestra (38,60%) a los que se le pautó un tratamiento con neuroléptico atípico, sin recibir tampoco tratamiento con antidepresivo ni estabilizador del ánimo.

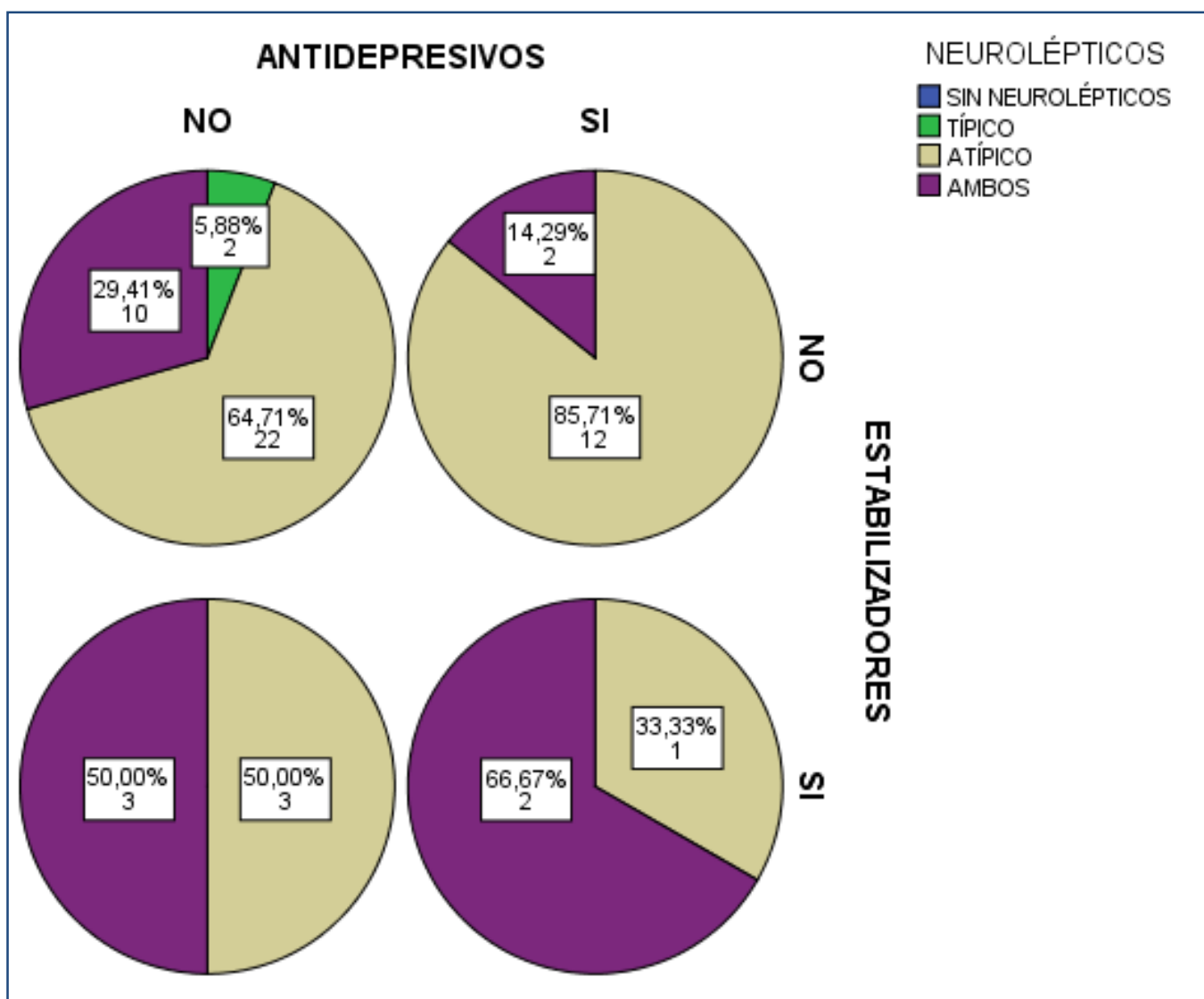
Se observan 2 pacientes (3,51%) que recibieron tratamiento con una combinación de neurolépticos típicos y atípicos, se les puso una pauta de medicación antidepresiva, pero por otra parte no recibieron tratamiento con estabilizadores del ánimo; 12 de los pacientes estudiados en la muestra (21,05%) recibieron un tratamiento compuesto por neurolépticos atípicos y antidepresivos, sin recibir tratamiento con estabilizadores del ánimo.

Del total de la muestra, hubo 3 pacientes (5,26%) que recibieron tratamiento con una combinación de neurolépticos típicos y atípicos y estabilizadores del ánimo, sin medicación antidepresiva por otro lado; otros 3 pacientes (5,26%) también recibieron tratamiento con estabilizadores y sin medicación antidepresiva, aunque el tratamiento con neurolépticos fue a base de neurolépticos atípicos únicamente.

Finalmente, se observa cómo hay 2 pacientes (3,51%) de la muestra con un tratamiento basado en una combinación de neurolépticos típicos y atípicos junto con medicación antidepresiva y estabilizadores del ánimo; por último hay 1 único paciente de la muestra (1,75%) que recibió tratamiento con neurolépticos atípicos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo.

Toda la información vertida acerca de la medicación neuroléptica en función de subtipos, y en combinación con el tratamiento con antidepresivos y estabilizadores del ánimo se puede observar de un modo gráfico en la Figura 14.

Figura 14. Porcentaje de pacientes según el tratamiento recibido con neurolépticos (incluidos subtipos), antidepresivos y estabilizadores del ánimo.

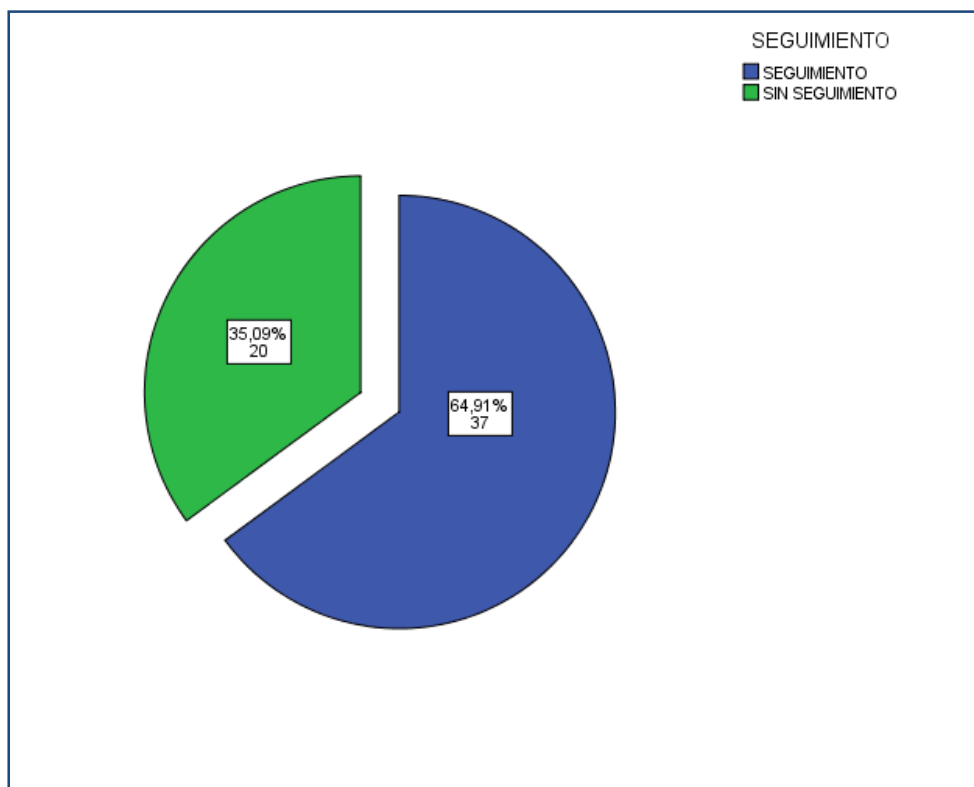


4.1.4 VARIABLES RELACIONADAS CON EL SEGUIMIENTO DURANTE LOS 6-7 AÑOS POSTERIORES AL ALTA

En primer lugar se hace referencia al seguimiento de los pacientes tras el alta tras su ingreso motivado por el primer episodio psicótico, dado que es un dato que condiciona el resto del estudio al haber pacientes que se perdieron durante este período y de los cuales por tanto no se pueden estudiar las variables correspondientes a su evolución.

En el presente estudio se puede observar que 20 pacientes de los que inicialmente ingresaron (35,09%) no completaron el seguimiento y por tanto se perdieron a lo largo de estos 6-7 años; por otro lado, los 37 pacientes restantes (64,91%) sí cumplieron el seguimiento y por tanto se podrán estudiar de ellos el resto de variables que detallaremos en lo sucesivo (Figura 15)

Figura 15. Porcentaje de pacientes en función de si completaron el seguimiento posterior al ingreso.



Se establece también el estudio de la variable correspondiente al número de reingresos tras el alta hospitalaria a lo largo de los 6-7 años de seguimiento, recopilándose los datos que aparecen en la Tabla 3, y de modo más pormenorizado en la Figura 16.

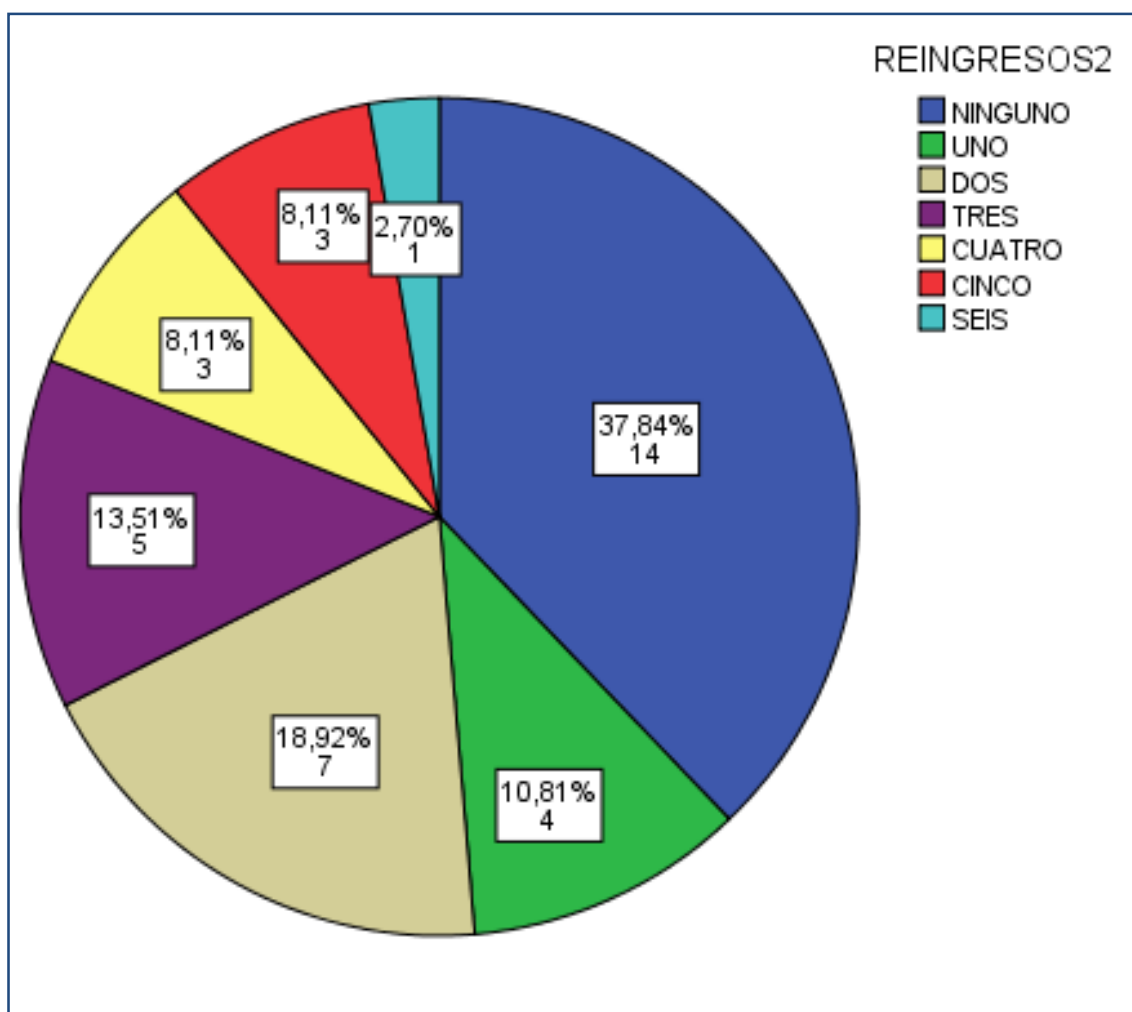
Se puede observar cómo a lo largo del seguimiento del total de 37 pacientes que continúan en seguimiento, el paciente que más reingresa lo hace un total de 6 veces, y el que menos reingresa no llega a reingresar en ningún momento del seguimiento, habiendo una media de 1,78 ingresos, con una desviación estándar de 1,813 (Tabla 3)

Tabla 3. Descriptores pertenecientes a la variable número de reingresos

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
REINGRESOS	37	0	6	1,78	1,813
N válido (por lista)	37				

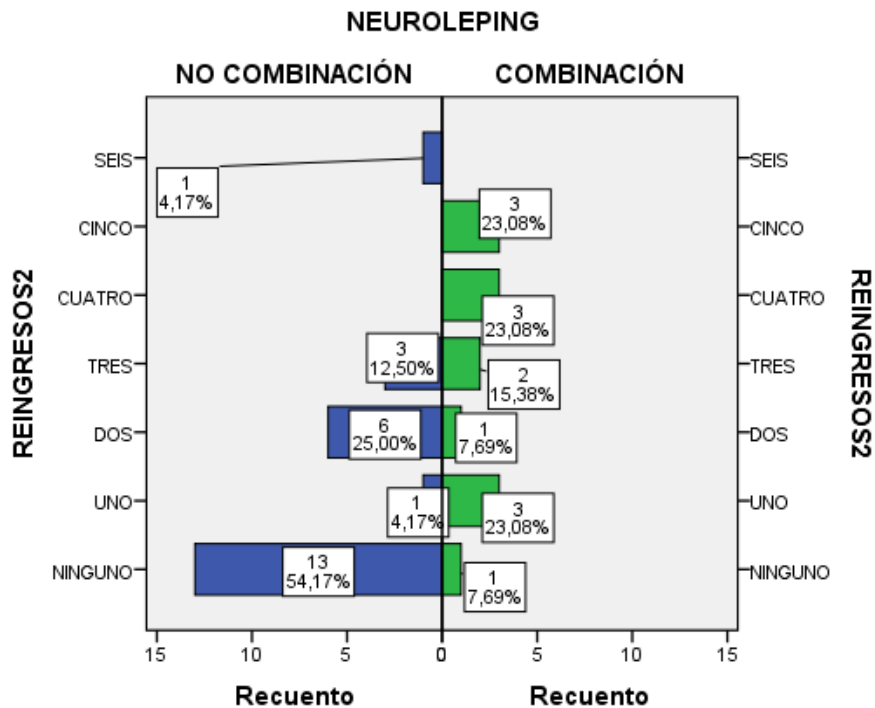
Se puede establecer que hay 14 pacientes (37,84%) del total que continúa en seguimiento que no reingresa en ningún momento de su evolución hasta la actualidad; 4 pacientes (10,81%) reingresan en una ocasión a lo largo del seguimiento de 6-7 años tras el primer ingreso; hay 7 pacientes (18,92%) que reingresan en dos ocasiones tras su primer ingreso; por otro lado, vemos cómo 5 de los pacientes en seguimiento reingresan tres veces; 3 pacientes (8,11%) reingresan un total de cuatro veces; otros 3 pacientes (8,11%) reingresan en 5 ocasiones durante el seguimiento; sólo hay un paciente (2,70%) que reingresa en seis ocasiones a lo largo de toda la evolución (Figura 16)

Figura 16. Porcentaje de pacientes en función del número de reingresos



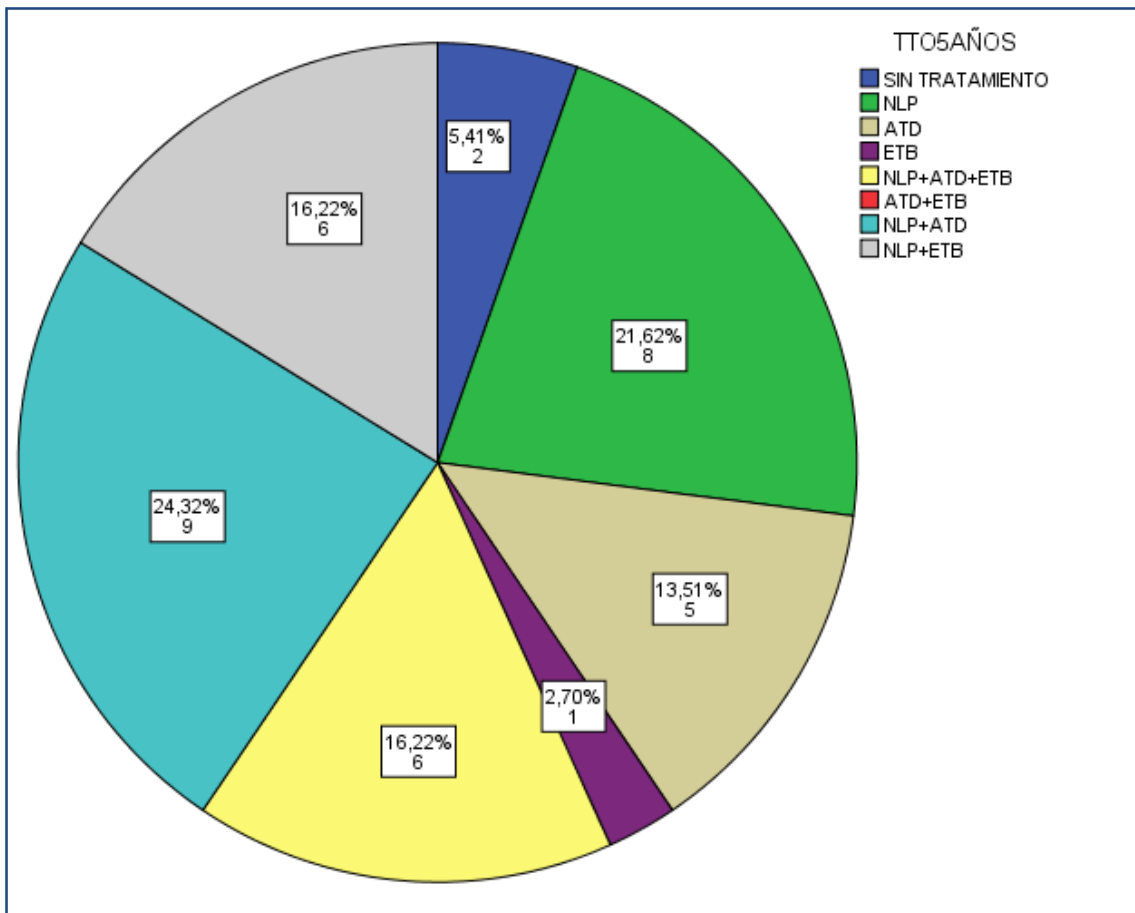
Se realiza también un estudio del número de reingresos en función del tratamiento con neurolépticos durante el primer ingreso, observándose que de los pacientes que no llevaron una combinación de neurolépticos típicos y atípicos, 13 (54,17%) no reingresaron en ninguna ocasión a lo largo de los 6-7 años de evolución, mientras que de los pacientes que sí llevaron en su primer ingreso una combinación de neurolépticos típicos y atípicos, únicamente un paciente (7,69%) no reingresó en ningún momento del seguimiento posterior (Figura 17)

Figura 17. Número de reingresos en función del tratamiento con neurolépticos en el primer ingreso



Se estudia el tratamiento total en el momento actual, tras 6-7 años de seguimiento posteriormente al primer ingreso por el primer episodio psicótico. Del total de pacientes que se siguen, 2 de ellos (5,41%) están sin ningún tipo de tratamiento en la actualidad; 8 pacientes del total (21,62%) llevan un tratamiento a base de neurolépticos; por otra parte, hay 5 pacientes del total en seguimiento (13,51%) que están en tratamiento con antidepresivos únicamente; 1 paciente de los que se han estudiado (2,70%) está en tratamiento con estabilizadores del ánimo; hay 6 paciente (16,22%) que reciben tratamiento en la actualidad con neurolépticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo; por otro lado, se observan 9 pacientes en el estudio (24,32%) que reciben tratamiento con neurolépticos y antidepresivos; son 6 los pacientes del estudio (16,22%) que reciben tratamiento con neurolépticos y estabilizadores; no existen pacientes en la muestra del seguimiento que estén en tratamiento con antidepresivos y estabilizadores del ánimo (Figura 18)

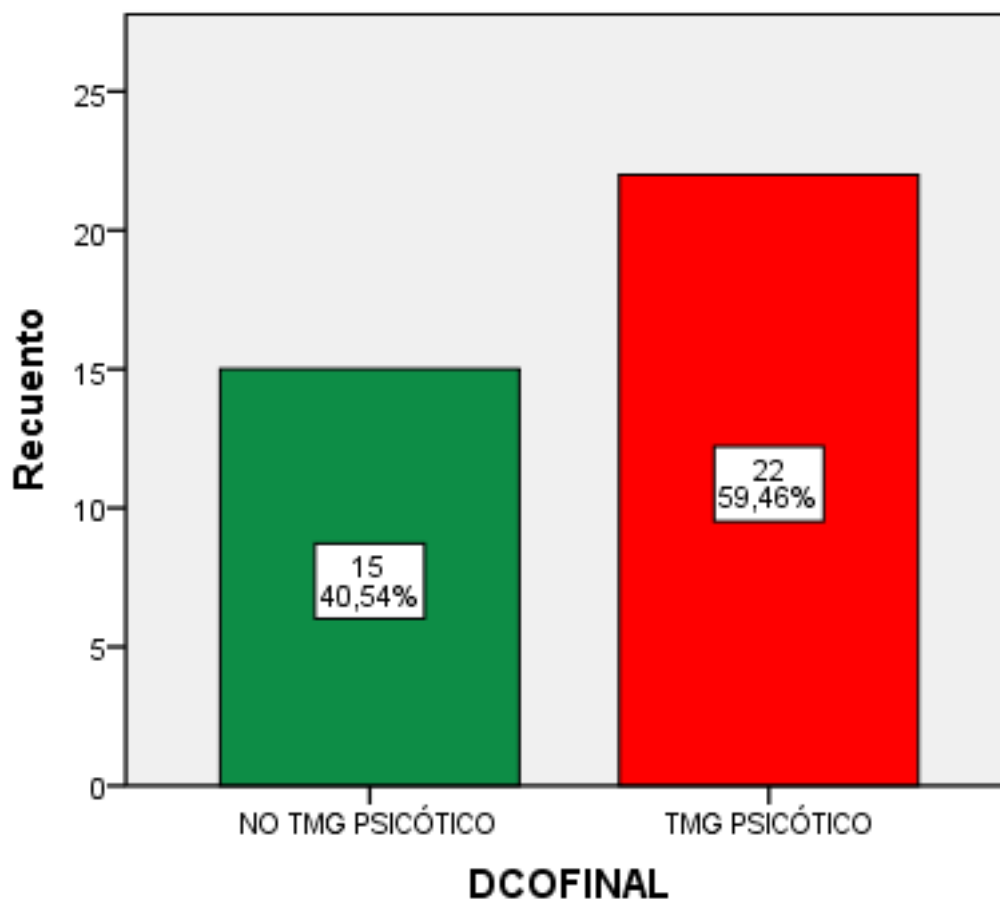
Figura 18. Porcentaje de pacientes en función del tratamiento que siguen en la actualidad



Se concluye el estudio de los resultados de las variables con la variable correspondiente con el diagnóstico actual, en función de la presencia o no de un Trastorno Mental Grave con síntomas psicóticos.

Respecto a dicha variable se puede establecer que del total de 37 pacientes que se estudiaron a lo largo de su seguimiento tras el alta hospitalaria de su primer ingreso por un primer episodio psicótico, 22 pacientes (59,46%) mantienen en el momento actual un diagnóstico compatible con el de un Trastorno Mental Grave con sintomatología psicótica, mientras que se observan 15 pacientes (40,54%) del total de sujetos en seguimiento que no tienen en el momento actual un diagnóstico compatible con un Trastorno Mental Grave con síntomas psicóticos (Figura 19)

Figura 19. Porcentaje de pacientes en función de la presencia o no de diagnóstico de Trastorno Mental Grave con síntomas psicóticos



4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

Para la realización del análisis estadístico, se establece como hipótesis nula (H_0) la independencia entre las variables correspondientes a tratamiento con neurolépticos recibido durante el ingreso (combinación de neurolépticos o bien no combinación), y la variable que viene dada por la presencia o no de trastorno mental grave con síntomas psicóticos en la actualidad, estableciéndose así que la diferencia entre las frecuencias halladas para cada una de las variables puede ser debida al azar, pasándose a considerar por tanto variables independientes. En las tablas 4 y 5 se observan los datos procesados para el análisis en sus tablas correspondientes.

Tabla 4. Datos procesados para el análisis inferencial

	Resumen de procesamiento de casos					
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
DCOFINAL * NEUROLEPING	37	64,9%	20	35,1%	57	100,0%

Se realiza el cálculo del estadístico Chi cuadrado de Pearson con el que se determina si las diferencias entre los datos de frecuencias que se han observado en la muestra y los datos esperados en la población son atribuibles al azar y por tanto se trata de variables independientes.

La totalidad de las casillas correspondientes a la tabla de contingencia cumplen con la premisa de validez, es decir, un recuento >5 en al menos más del 20% de las casillas. (Tabla 6)

Tabla 5. Tabulación cruzada de los datos

			NEUROLEPING		Total
			NO COMBINACIÓN	COMBINACIÓN	
DCOFINAL	NO TMG PSICÓTICO	Recuento	15	0	15
		% dentro de DCOFINAL	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de NEUROLEPING	62,5%	0,0%	40,5%
	TMG PSICÓTICO	Recuento	9	13	22
		% dentro de DCOFINAL	40,9%	59,1%	100,0%
		% dentro de NEUROLEPING	37,5%	100,0%	59,5%
Total	Recuento	24	13	37	
	% dentro de DCOFINAL	64,9%	35,1%	100,0%	
	% dentro de NEUROLEPING	100,0%	100,0%	100,0%	

Como se puede observar en la tabla correspondiente (Tabla Chi Cuadrado) se obtiene una significación de p igual a cero, con lo que para el nivel de significación habitual del 5% ($p < 0,05$), se rechazaría la hipótesis nula que

establece la independencia entre las variables correspondientes al tratamiento con neurolépticos durante el primer ingreso y el posterior diagnóstico de trastorno mental grave con síntomas psicóticos en la evolución o no, de tal manera que hay menos de un 5% de probabilidad de poder atribuir al azar las diferencias encontradas, por lo que existiría una asociación estadísticamente significativa entre las variables de estudio (Tabla 6).

Tabla 6. Chi Cuadrado de Pearson

Pruebas de chi-cuadrado ^c						
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	13,665 ^a	1	,000	,000	,000	
Corrección de continuidad ^b	11,195	1	,001			
Razón de verosimilitud	18,206	1	,000	,000	,000	
Prueba exacta de Fisher				,000	,000	
Asociación lineal por lineal	13,295 ^d	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	37					

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. Para la tabulación cruzada 2x2, se proporcionan resultados exactos, en lugar de resultados Monte Carlo.

d. El estadístico estandarizado es 3,646.

Se acepta la Hipótesis alternativa (H_1) que establece la dependencia entre las variables correspondientes al tratamiento en el ingreso con neurolépticos típicos y atípicos en combinación o no, y la presencia o ausencia de diagnóstico de trastorno mental grave con síntomas psicóticos en la actualidad.

Con una significación p igual a cero, se rechaza la hipótesis nula, de tal manera que con un intervalo de confianza del 95% se puede asegurar que existe una relación de dependencia entre las variables estudiadas, y que dicha relación no se debe al azar.

5. DISCUSIÓN

* Magnitud e impacto de los primeros episodios psicóticos

Según un estudio de Oliva-Moreno, en España se estima una prevalencia de esquizofrenia de 0,8%, así como una tasa de incidencia anual de 0,2%²⁵.

El debut esquizofrénico en forma de primer episodio psicótico es un fenómeno que genera un gran impacto sociosanitario y laboral, lo cual se traduce en un gran gasto para las arcas del Estado, como se puede ver en los siguientes datos que se ofrecen²⁵.

Según el citado estudio, el coste sanitario de la esquizofrenia supuso en 2002 el 2,7% (1000 millones de euros aproximadamente) del gasto sanitario total de España (38.653 millones de euros). Dentro del coste sanitario, los ingresos hospitalarios fueron el principal elemento del gasto (70%), siendo el gasto farmacológico el 24% de dicho gasto.

El coste directo de la esquizofrenia, supuso el 53% del gasto total que se observó para dicho síndrome, siendo el 47% restante el coste indirecto, que representa el gasto derivado del cuidado de los pacientes por personal no especializado, alcanzando en este caso un valor estimado de 925 millones de euros, que sumados a los costes anteriormente destacados, generan un total de 1970 millones de euros de gasto.

Si se tienen en cuenta los aspectos de productividad, hay que añadir 127,5 millones de euros de gastos (fallecimiento prematuro, incapacidad laboral permanente y transitoria, etc.). Añadiendo los gastos procedentes del impacto laboral estimado por parte de la esquizofrenia, la cifra total estimada del coste de dicha enfermedad ascendería a 2098 millones de euros aproximadamente en el año 2002.

*Factores predictores de una mala evolución.

Como se puede observar, la esquizofrenia y todos los cuadros afines suponen un gran impacto socioeconómico así como una sobrecarga para los familiares y cuidadores que se hacen cargo del enfermo (sobreentendiéndose que la gravedad del cuadro ya supone una carga importante en todos los aspectos para el paciente que sufre la enfermedad), de tal manera que resulta interesante la posibilidad de localizar aquellos cuadros más graves y que presumiblemente tendrán una evolución más tórpida, grave y cronicada, para de este modo evitar un curso excesivamente problemático en el que abunden los reingresos y la polimedicación indiscriminada para el control de los síntomas.

Se han realizado varios estudios con el fin de determinar variables que predigan una peor evolución de los cuadros que debutan con un primer episodio psicótico, lo cual se traduce en una sintomatología más discapacitante, así como en una peor adherencia al seguimiento ambulatorio, con el consiguiente aumento de la tasa de abandono del tratamiento farmacológico (como es el caso de los tratamientos al ingreso que predicen una mayor tasa de abandono, generalmente por un peor perfil de efectos secundarios^{26,27}, siendo necesaria un correcto manejo de las opciones psicofarmacológicas para evitar el impacto negativo de este hecho²⁸.

De entre las variables más estudiadas y con una mayor relación con una evolución más tórpida, destacan el consumo comórbido de sustancias así como un pobre soporte socio-familiar, efectos secundarios de las medicaciones utilizadas, intensidad de la sintomatología, etc.^{29,30,31,32}

En el caso del presente estudio, se ha centrado la atención en las variables durante el ingreso que pudieran guardar relación con un diagnóstico de gravedad (trastorno mental grave con síntomas psicóticos) tras 6-7 años posteriormente al primer episodio psicótico. Dado que en la práctica clínica habitual, dichos diagnósticos de gravedad no se realizan en el primer ingreso, sino que se aplican observando el caso de manera longitudinal y con más perspectiva, generalmente reciben diagnósticos durante dicho ingreso del tipo “cuadro psicótico agudo polimorfo”, “psicosis secundaria al uso de sustancias”,

y otras denominaciones que permiten dejar la puerta abierta a la posterior observación para de esta manera poder filiar el trastorno de un modo más fiable. Es tras meses de evolución o incluso años, cuando se puede establecer un diagnóstico de Esquizofrenia con mayor seguridad (no se debe olvidar que se trata de un diagnóstico con numerosas implicaciones en muchos sentidos, de manera que no se puede establecer de un modo poco consistente), y contar con una serie de variables que puedan predecir en cierta medida este curso resulta interesante^{33,34}.

En el presente estudio se establece cómo el hecho de haber recibido un tratamiento con neurolépticos durante el primer episodio psicótico (ya sea en combinación de típico con atípico o no) es una variable que guarda relación con la variable relativa a la presencia o no de diagnóstico de Trastorno Mental Grave de tipo psicótico durante el seguimiento.

Además, se podría hipotetizar con la idea de que los pacientes que recibieron una combinación de neurolépticos típicos y atípicos durante el ingreso tienen mayor probabilidad de que se les diagnostique a posteriori un trastorno mental grave con síntomas psicóticos, dado que en la muestra estudiada observamos cómo el 100% de los pacientes que recibieron esta combinación de fármacos, tuvieron posteriormente dicho diagnóstico, siendo necesarias próximas investigaciones para dilucidar este hecho, dado que la muestra estudiada en este estudio es pequeña para sacar este tipo de conclusiones que sí se vislumbran.

*Reducción del impacto negativo de la Esquizofrenia desde el primer episodio

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados hasta ahora, se puede establecer la necesidad de favorecer la investigación en torno a las variables que predigan qué primeros episodios psicóticos tienen una mayor probabilidad de recibir en un futuro un diagnóstico de Esquizofrenia.

La localización de casos más susceptibles de evolucionar a un cuadro esquizofrénico de un modo tórpido y con un curso más accidentado, permitiría establecer planes de tratamiento más exhaustivos que favorezcan un correcto seguimiento de dichos casos evitando su pérdida, disminuyendo de esta manera el número de reingresos y el uso de medicación excesiva, haciendo de este modo que el impacto social, económico y emocional de la enfermedad psicótica sea menor en la medida de lo posible.

6. CONCLUSIONES

- 1) La edad media de los pacientes que ingresan en planta de psiquiatría diagnosticados de primer episodio psicótico es de 35,70 años. El rango de edades oscila entre los 18 años del paciente más joven hasta los 74 años del más anciano.
- 2) El grupo que presenta un mayor número de ingresos en planta por un primer episodio psicótico es el de varones jóvenes de entre 18 y 40 años (45,61%) seguido de las mujeres jóvenes del mismo grupo de edad (29,82%).
- 3) Se ha obtenido el dato de que 20 pacientes del total (35,09%) sí han consumido sustancias ilegales durante la semana previa al ingreso.
- 4) El 66,66% recibió un tratamiento con neurolépticos atípicos, el 29,83% recibió un tratamiento que combina neurolépticos típicos con atípicos, y el resto recibió tratamiento con neurolépticos típicos.
- 5) Respecto a los reingresos, de los pacientes que no llevaron una combinación de neurolépticos típicos y atípicos el 54,17% no reingresó en ninguna ocasión a lo largo de la evolución, mientras que de los pacientes que sí llevaron una combinación de neurolépticos típicos y atípicos, el 7,69% no reingresó en ningún momento del seguimiento.
- 6) En el presente estudio se establece una asociación estadísticamente significativa entre la variable correspondiente al tratamiento con neurolépticos (en combinación de típico + atípico, o sin dicha combinación) y el diagnóstico posterior de Trastorno Mental Grave de tipo psicótico durante el seguimiento.
- 7) Se hipotetiza con la idea que va más allá de la asociación establecida, de que los pacientes que recibieron una combinación de neurolépticos típicos y atípicos durante el ingreso tienen mayor probabilidad de que se les diagnostique un trastorno mental grave con síntomas psicóticos, dado que en la muestra estudiada observamos cómo el 100% de los pacientes que recibieron esta combinación de fármacos obtuvieron posteriormente dicho diagnóstico, siendo necesarias próximas investigaciones para dilucidar este hecho.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Tizón J, Ferrando J, Artigue J, Parra B, Parés A, Gomà M et al. Psicosis y diferencias sociales: Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2010;30(2).
- 2) Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl.* 1992;20:1-97.
- 3) Sartorius N, Jablensky A, Korten A, et al. Early manifestations and first-contact incidents of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med.* 1986;16:909-28.
- 4) McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology - the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111(1):4-11.
- 5) Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2(5):413-33.
- 6) Jackson H, McGorry P, Dudgeon P. Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode psychosis: Prevalence and specificity. *Comprehensive Psychiatry.* 1995;36(4):241-250.
- 7) Kirkbride J, Errazuriz A, Croudace T, Morgan C, Jackson D, Boydell J et al. Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses in England, 1950–2009: A Systematic Review and Meta-Analyses. *PLoS ONE.* 2012;7(3):e31660.
- 8) Omer S, Kirkbride J, Pringle D, Russell V, O'Callaghan E, Waddington J. Neighbourhood-level socio-environmental factors and incidence of first episode psychosis by place at onset in rural Ireland: The Cavan–Monaghan First Episode Psychosis Study [CAMFEPS]. *Schizophrenia Research.* 2014;152(1):152-157.

- 9) Vázquez-Barquero JL, Cuesta Núñez MJ, de I, V, Herrera CS, Gaité L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91(3):156-62.
- 10) Segarra R, Gutiérrez M, Eguíluz JI. Curso y pronóstico de la esquizofrenia. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de Psiquiatría*, 2ª edición. Ed. Ars Médica, Barcelona, 2010. p. 1077-107
- 11) <http://svenskpsykiatri.se/Kunskapsdokument/Early%20Intervention%20in%20Psychosis%20for%20Psychiatrists-1.pdf>
- 12) Alvarez-Jimenez M, Parker A, Hetrick S, McGorry P, Gleeson J. Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin.* 2011;37(3):619-630.
- 13) Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick S, Bendall S, Killackey E, Parker A et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research.* 2012;139(1-3):116-128.
- 14) Segarra Echebarría R, Eguíluz Uruchurtu I, Zabala Rabadán A, Gutiérrez Fraile M. *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis.* Madrid: Médica Panamericana; 2013.
- 15) Bernardo M, Bioque M, Leal C. Primeros episodios psicóticos. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de Psiquiatría*, 2ª edición. Ed. Ars Médica, Barcelona, 2010. p. 1063-73.
- 16) Peralta V, Cuesta M. Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA. *Manual de Psiquiatría.* Ed. Grupo ENE S.A., Madrid, 2009. P 267-83.
- 17) Pedrós A, Martí J, Gutiérrez G, Tenías JM, Ruescas S. [Two-year diagnostic stability and prognosis in acute psychotic episodes]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(5):245-51.

- 18) Lehman AF. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia [monografía en Internet]. American Psychiatric Association; 2004. Disponible en:http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SchizPG-Complete-Feb04.pdf 
- 19) Gardner D, Murphy A, O'Donnell H, Centorrino F, Baldessarini R. International Consensus Study of Antipsychotic Dosing. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(6):686-693.
- 20) Lambert M, Naber D, Huber C. Management of incomplete remission and treatment resistance in first-episode psychosis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2008;9(12):2039-2051.
- 21) Samara M, Dold M, Gianatsi M, Nikolakopoulou A, Helfer B, Salanti G et al. Efficacy, Acceptability, and Tolerability of Antipsychotics in Treatment-Resistant Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(3):199.
- 22) Subotnik K, Casaus L, Ventura J, Luo J, Helleman G, Gretchen-Doorly D et al. Long-Acting Injectable Risperidone for Relapse Prevention and Control of Breakthrough Symptoms After a Recent First Episode of Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):822.
- 23) Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I, Sánchez-Moreno J. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2006;93(1-3):13-17.
- 24) Pacchiarotti I, Bond D, Baldessarini R, Nolen W, Grunze H, Licht R et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force Report on Antidepressant Use in Bipolar Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(11):1249-1262
- 25) Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Osuna-Guerrero R, Montejo-González A, Duque-González B. The costs of schizophrenia in Spain. *The European Journal of Health Economics*. 2006;7(3):179-184.

- 26) Lacro J, Dunn L, Dolder C, Leckband S, Jeste D. Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(10):892-909.
- 27) Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Lacro J, Dolde C. A Prospective Study of Risk Factors for Nonadherence With Antipsychotic Medication in the Treatment of Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(07):1114-1123.
- 28) Leucht S, Winter-van Rossum I, Heres S, Arango C, Fleischhacker W, Glenthøj B et al. The Optimization of Treatment and Management of Schizophrenia in Europe (OPTiMiSE) Trial: Rationale for its Methodology and a Review of the Effectiveness of Switching Antipsychotics. *Schizophrenia Bulletin*. 2015;41(3):549-558.
- 29) Doyle R, Turner N, Fanning F, Brennan D, Renwick L, Lawlor E et al. First-Episode Psychosis and Disengagement From Treatment: A Systematic Review. *PS*. 2014;65(5):603-611.
- 30) Conus P, Lambert M, Cotton S, Bonsack C, McGorry P, Schimmelmann B. Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research*. 2010;117(2-3):290.
- 31) Schimmelmann B, Conus P, Schacht M, McGorry P, Lambert M. Predictors of Service Disengagement in First-Admitted Adolescents With Psychosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(8):990-999.
- 32) Leclerc E, Noto C, Bressan R, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;(ahead):000-000.
- 33) Schubert K, Clark S, Baune B. The use of clinical and biological characteristics to predict outcome following First Episode Psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;49(1):24-35.

34) Peña J, Segarra R, Ojeda N, García J, Eguiluz J, Gutiérrez M. Do the same factors predict outcome in schizophrenia and non-schizophrenia syndromes after first-episode psychosis? A two-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*. 2012;46(6):774-781.