Artículo de Investigación

Trastorno psicótico agudo en nuestro medio

Dulcinea Vega; Héctor Hernández Suárez; Francisco Acosta; Alejandro Álvarez.

Resumen

Los trastornos agudos y transitorios (TPAT) son aquellos trastornos psicóticos que presentan remisión en un plazo de uno a tres meses según la clasificación diagnóstica. Si bien históricamente se les ha otorgado un buen pronóstico, la tendencia actual es a equipararlos al primer episodio de un TMG. No obstante, no existen suficientes estudios evolutivos en nuestro medio, por lo que es objetivo de este trabajo el observar la evolución de un grupo de pacientes con TAT tras recibir el alta hospitalario, e identificar los factores que influyen en el pronóstico de los mismos, con la finalidad de elaborar un Programa terapéutico que los aborde.

Material y métodos

Se lleva a cabo un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes con diagnóstico de TPAT que ingresaron en la Unidad de Internamiento Breve del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil desde enero de 2013 a junio de 2015. Las variables sociodemográficas y clínicas al ingreso se obtuvieron del informe de alta de la UIB y se siguió la evolución de los pacientes a través de la historia clínica de su USM mediante un Cuestionario Estructurado de Seguimiento (CES).El estudio de independencia entre las variables ambulatorias y las variables pronósticas (cambio diagnóstico, remisión sintomatológica, reingreso, abandono de tratamiento y calidad de vida) se realizó por medio del test de la Ji-cuadrado empleando el programa SPSS versión 20.0.

Resultados

El 38.5% de los pacientes con TPAT cambian de diagnóstico, mayoritariamente hacia esquizofrenia (48.6%), manteniendo la estabilidad del TPAT en un 61.5%. La remisión sintomatológica sólo la consigue el 28.6% y hasta un 31.9% reingresan. La tasa de abandono de tratamiento alcanza el 41,1%. La calidad de vida se considera inadecuada en el 67.0% de los pacientes. Como factores de riesgo más comunes asociados a las anteriores variables pronósticas encontramos el abuso de sustancias y la presencia de ideas/intentos de suicidio mientras que como factores asociados a un mejor pronóstico funcionalidad laboral, actividades rehabilitadoras y una adecuada calidad de vida.

Conclusiones

Se recomienda un Programa Terapéutico enfocado en los factores de riesgo identificados y modificables en nuestro medio (subprograma de patología dual, detección y abordaje de ideas suicidas y actividades rehabilitadoras).

Abstract

Acute and transient psychotic disorders (ATPD) are psychotic disorders with complete recovery in a one to three month period according to diagnosis classification. Historically, ATPD were considered disorders with good prognosis but the overall view that prevails nowadays is to consider first psychotic episodes as the initial state of a severe mental disorder, without enough evolutive surveys in our region. For this reason, the objective of this study was to observe the evolutive of a group of patients with ATPD at hospital discharge and identify aspects which determine its prognosis in order to recommend a Treatment Programme which approach these factors.

Methods and Materials

A retrospective descriptive study with ATPD patients admit in the Brief Admit Unit (UIB) of CHUIMI from January 2013 to June 2015 was designed. Socio-demographic and clinical variables were obtained with UIB admission report and evolution patients throughout their clinical history in the MHU through a structured follow up questionnaire (CES). Independence study was carried out with χ 2 test among the different prognosis variables (diagnosis change, symptomatology remission, readmission, treatment interruption and quality of life) and the outpatient care variables using SPSS programme version 20.0.

Results

The 38.5% of ATPD patients suffer a diagnosis change being schizophrenia the most frequent (48.6%) so 61.5% of patients conserve their initial diagnosis. Only 28.6% of patients present symptomatology remission and 31.9% readmit. Treatment interruption rate observed is 41.1%. Furthermore 67.0% of patients consider its quality of life non-suitable. Risk factors more common associated with prognosis variables are drugs abuse and presence of autolytic ideas or attempts whereas labour functionality, rehabilitation activities and quality of life were associated with a better prognosis.

Conclusions

Therapeutic Programme which approach modifiable factors identified in our study was recommended (Dual Pathology subprogramme, detection and treatment of autolytic ideas and rehabilitation activities).

Introducción

Definición

La psiquiatría a lo largo de su historia ha empleado distintos términos para referirse a los cuadros psicóticos agudos. En la guía DSM se habla de trastorno psicótico breve si la duración es menor de un mes, y trastorno esquizofreniforme si es mayor de un mes pero menor a seis[1]. En cambio en la CIE en su décima revisión[2] emplea el concepto **Trastorno psicótico agudo y Transitorio (TPAT)**, refiriéndose a aquellos trastornos psicóticos de reciente comienzo (menos de 2 semanas) desde un estado no psicótico a otro con sintomatología delirante o alucinatoria, así como alteraciones conductuales y otros síntomas posibles como lenguaje disgregado. Puede haber cambios emocionales o síntomas afectivos ocasionalmente en primer plano, pero sin llegar a configurar un episodio maníaco o depresivo. Cuando la sintomatología es rápidamente cambiante se usa el subtipo "polimorfo". Es posible que haya habido presencia de estrés agudo previo o no y la evolución será a una recuperación completa en un plazo de uno a tres meses[2]. Para la OMS un posible acontecimiento estresante cercano en el tiempo juega un papel fundamental, aunque hay autores que ponen en duda este hecho[3].

Prevalencia y características clínicas

La prevalencia de los TPAT varía de 3.9 a 9.6 por 100.000 habitantes[4], y resulta dos veces más frecuente en mujeres que en hombres[5]. Los primeros episodios psicóticos tienen una prevalencia en pacientes de 18 años de 17.6 por 10.000 habitantes[6] y el 9.0% de los pacientes con un primer episodio psicótico en población estadounidense es diagnosticado de un trastorno psicótico agudo[5]. Marneros y Pillman[3] muestran que estos trastornos son más frecuentes en países en desarrollo que en los países industrializados. Los TPAT se diferencian de la esquizofrenia, entre otras cosas, en la mayor frecuencia en mujeres, la edad de inicio más tardía (aunque pueden iniciarse a cualquier edad son más frecuentes entre los 30 y 50 años) y el mejor nivel premórbido de funcionamiento e interacción social. También se sabe que el nivel de funcionamiento tras el episodio y la evolución es más favorable en el TPAT que en la esquizofrenia[3,]

Revisión histórica

Históricamente se distinguen dos tendencias a la hora de valorar la evolución de estos cuadros psicóticos. Por un lado nos encontramos los que defienden la existencia de trastornos psicóticos agudos que se resuelven completamente aunque con posibilidad de recidiva. Para otros autores[7] el trastorno psicótico agudo es el preludio de una enfermedad mental de mayor gravedad y, en muchos casos crónica o recurrente.

Situación actual

Aquellos que defienden la existencia del trastorno psicótico agudo como entidad diferenciada y de muy buen pronóstico, estableciendo la necesidad de protocolos de

tratamiento farmacológico y seguimiento, creen que la anterior es la "corriente que parece predominar en los últimos tiempos en los que se han empezado a considerar como muy poco frecuentes estos cuadros de resolución completa, considerando los primeros episodios psicóticos como el estadío inicial de un proceso psicótico crónico de tipo esquizofrénico, con lo que ello implica, por ejemplo, a nivel de estigma o de necesidad de tratamiento antipsicótico de forma indefinida, con el riesgo de efectos secundarios y, no lo olvidemos tampoco, el coste económico que ello conlleva[8]". La detección precoz y la disminución del tiempo de psicosis sin tratar son uno de los objetivos primordiales en el abordaje de los primeros episodios en tanto que está ampliamente demostrado que estos factores se relacionan con un buen pronóstico en caso de desarrollar un TMG. Así mismo, es clara la eficacia de Programas Terapéuticos como del Tratamiento Psicológico Integrado (intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas como terapia complementaria al tratamiento farmacológico y psiquiátrico) en tanto que mejoran la adherencia farmacológica, la satisfacción y calidad de vida de los pacientes y el funcionamiento social y reduce la sintomatología negativa, la tasa de recaídas y el tiempo de hospitalización[7]. Por otro lado, se conocen variables asociadas a un peor pronostico de forma significativa como son: persistencia sintomatológica, cambio de diagnóstico, inadecuada calidad de vida, reingreso y abandono de tratamiento.

Objetivos

Identificar factores que influyen en el pronóstico durante la evolución de pacientes que han sido previamente ingresados por un TPAT.
Definir el grupo de mejor pronóstico entre los que se encuentran los pacientes que mantienen estabilidad diagnóstica.
Describir el grupo de peor pronóstico y factores modificables que han intervenido en su evolución.
Establecer características de un Programa de Intervención Precoz sobre posibles factores modificables de pronóstico identificados en nuestro estudio.

Metodología

Diseño del estudio: Se lleva a cabo un estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyen todos los pacientes con diagnóstico al alta hospitalaria del CHUIMI de TPAT desde enero de 2013 a junio de 2015, según criterios de la CIE 10. El periodo de seguimiento concluyó en enero de 2016.

Participantes

Criterios de inclusión:
Inicio del cuadro psicótico en un periodo menor de dos semanas.
Presencia de sintomatología delirante o alucinatoria, así como alteraciones conductuales y otros síntomas posibles como lenguaje disgregado.
Remisión del cuadro en un período de 1 a 3 meses.

Criterios de exclusión:
Pacientes diagnosticados previamente de psicosis crónica.

Sospecha de origen orgánico como causante del cuadro.
No se excluyeron del estudio los pacientes que presentaban abuso de sustancias.

Se partió inicialmente de una muestra de 104 pacientes. Durante el seguimiento se produjeron una serie de pérdidas, quedando la muestra final definida en 91 pacientes, contabilizándose un total de 13 pérdidas.

Procedimiento
Se obtuvieron las variables sociodemográficas y clínicas al ingreso del informe de alta de la Unidad de Internamiento Breve (UIB) y se siguió la evolución de los pacientes a través de la historia clínica de su Unidad de Salud Mental (USM), en la que participan Psiquiatras, Psicólogos y DUE, mediante un Cuestionario Estructurado de Seguimiento (CES) diseñado para este estudio (ANEXO Nº1).

Variables del estudio
En la muestra final de pacientes se recogieron las siguientes variables:

1. Variables de pronóstico:
Remisión sintomatológica.
Cambio de diagnóstico.
Calidad de vida.
Reingreso.
Abandono de tratamiento.

2. Variables no pronósticas:
Variables sociodemográficas y clínicas.
Consumo de tóxicos.
Conciencia de enfermedad.
Funcionamiento laboral y rehabilitación.
Ideas/intentos autolíticas o suicidas, secundarismos al tratamiento farmacológico, psicoterapia y tipo de seguimiento durante el evolutivo.
Abandono de seguimiento y tipo de tratamiento farmacológico durante el seguimiento.

Análisis estadístico
Las variables categóricas fueron resumidas en frecuencias absolutas y porcentajes y las variables numéricas (únicamente edad en nuestro estudio) fueron expresadas como media y desviación típica. Posteriormente se llevó a cabo un estudio de independencia, mediante el test de la Ji-cuadrado entre las diferentes variables de pronóstico y las variables ambulatorias. El nivel de significación estadística que se consideró fue del 5%. Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0. para Windows.

Resultados

De las variables de ingreso destaca el mayor porcentaje de hombres (52.9%), de pacientes con antecedentes personales (66.3%) y familiares psiquiátricos (56.7%). Además, destaca el alto porcentaje de pacientes con abuso de tóxicos (61.5%) siendo el cannabis el tóxico

aislado más consumido (34.4%) así como el alto porcentaje de pacientes, 67.3%, que carecen de conciencia de enfermedad (Tablas 1 y 2). La edad media de los pacientes fue de 36.13 (DT= 13.488).

TABLA 1. VARIABLES DE INGRESO EN UIB

		n (%)
Sexo	Hombre	**55 (52.9)**
	Mujer	**49 (47.1)**
	Total	**104 (100.0)**
Estado Civil	Sin Pareja	**62 (59.6)**
	Con Pareja	**42 (40.4)**
	Total	**104 (100.0)**
Antecedentes Psiquiátricos	Si	**69 (66.3)**
	No	**35 (33.7)**
	Total	**104 (100.0)**
Patologías Concomitantes	Si	**34 (32.7)**
	No	**70 (67.3)**
	Total	**104 (100.0)**
Antecedentes Familiares Psiquiátricos	Si	**59 (56.7)**
	No	**45 (43.3)**
	Total	**104 (100.0)**

TABLA 2. VARIABLES DE INGRESO EN UIB

		n (%)
Abuso Tóxicos	Si	**64 (61.5)**
	No	**40 (38.5)**
	Total	**104 (100.0)**
Tipo Tóxico	Alcohol	**5 (7.8)**
	THC	**22 (34.4)**
	Tabaquismo	**8 (12.5)**
	Policonsumo	**29 (45.3)**
	Total	**64 (100.0)**

Tratamiento Farmacológico	Oral	**91 (87.5)**
	Depot/Combinado	**13 (12.5)**
	Total	**104 (100.0)**
Diagnóstico Comórbido Eje 1	Si	**35 (33.7)**
	No	**69 (66.3)**
	Total	**104 (100.0)**
Diagnóstico Comórbido Eje 2	Si	**23 (22.1)**
	No	**81 (77.9)**
	Total	**104 (100.0)**
Conciencia Enfermedad	Parcial	**34 (32.7)**
	No	**70 (67.3)**
	Total	**104 (100.0)**

En cuanto al seguimiento destaca la alta tasa de abandono de tratamiento en algún momento del mismo (41.1%) y que casi el 30.0% de los pacientes abandonasen el seguimiento con la USM. Además, se observa un incremento en el número de pacientes que reciben tratamiento combinado durante el seguimiento con respecto al ingreso en UIB (26.4% y 12.5% respectivamente). Resaltamos también la alta prevalencia de secundarismos al tratamiento farmacológico presente en más del 50% de los pacientes.

Existe un descenso en el número de pacientes que abusan de tóxicos con respecto al ingreso disminuyendo del 61.5% al 38.5%. El cannabis sigue siendo el tóxico aislado más consumido con un 34.3%. La esquizofrenia es con gran diferencia el diagnóstico más frecuente entre aquellos pacientes que cambian de diagnóstico durante el seguimiento con un 48.6% seguido del trastorno esquizoafectivo (14.3%). Por otra parte, resulta preciso indicar el alto porcentaje de reingresos pues hasta el 31.9% de los pacientes vuelve a ingresar al menos en una ocasión. La remisión sintomatológica presente es escasa ya que el 71.4% de los pacientes continúa presentando sintomatología en el seguimiento siendo en la mayor parte de los casos síntomas positivos (38.5%), afectivos (21.5%) o la combinación de ambos (20 %). En la Tabla 5 se observan estos datos.

TABLA 3. VARIABLES DE USM

		n (%)
Abandono Tratamiento	Si	**39 (41.1)**
	No	**56 (58.9)**
	Total	**95 (100.0)**

Abandono Seguimiento	Si	**27 (28.4)**
	No	**68 (71.6)**
	Total	**95 (100.0)**
Tipo Abandono Seguimiento	Al Alta	**4 (14.8)**
	Antes de 6 meses	**11 (40.7)**
	Después de 6 meses	**12 (44.4)**
	Total	**27 (100.0)**
Tratamiento Seguimiento	Oral	**67 (73.6)**
	Depot/Combinado	**24 (26.4)**
	Total	**91 (100.0)**
Secundarismos	Si	**46 (50.5)**
	No	**45 (49.5)**
	Total	**91 (100.0)**

TABLA 4. VARIABLES USM

		n (%)
Abuso Seguimiento	Si	**35 (38.5)**
	No	**56 (61.5)**
	Total	**91 (100.0)**
Tipo Tóxico Seguimiento	Alcohol	**4 (11.4)**
	THC	**12 (34.3)**
	Tabaquismo	**3 (8.6)**
	Policonsumo	**16 (45.7)**
	Total	**35 (100.0)**
Reingreso	Si	**29 (31.9)**
	No	**62 (68.1)**
	Total	**91 (100.0)**
Nº Reingresos	1	**18 (62.1)**
	2	**8 (27.6)**
	3	**2 (6.9)**

	4	**1 (3.4)**
	Total	**29 (100.0)**
Cambio Diagnóstico	Si	**35 (38.5)**
	No	**56 (61.5)**
	Total	**91 (100.0)**
Nuevo Diagnóstico	Esquizofrenia	**17 (48.6)**
	T. Esquizoafectivo	**5 (14.3)**
	Depresión	**4 (11.4)**
	T. Bipolar	**1 (2.9)**
	T. Personalidad	**2 (5.6)**
	T. Esquizofreniforme	**1 (2.9)**
	Otros	**5 (14.3)**
	Total	**35 (100.0)**

TABLA 5. VARIABLES DE LA USM

		n (%)
Psicoterapia	Si	**21 (23.1)**
	No	**70 (76.9)**
	Total	**91 (100.0)**
Tipo Seguimiento	Psiquiatra	**38 (41.7)**
	Psiquiatra y Psicólogo	**20 (22.0)**
	Psiquiatra y DUE	**33 (36.3)**
	Total	**91 (100.0)**
Remisión sintomatológica	Positivos	**25 (38.5)**
	Negativos	**3 (3.1)**
	Afectivos	**14 (21.5)**
	Positivos y Negativos	**9 (13.8)**
	Positivos y Afectivos	**13 (20.0)**
	Negativos y Afectivos	**2 (3.1)**
	Total	**65 (100.0)**

Funcionalidad Laboral	Si	34 (37.4)
	No	57 (62.6)
	Total	91 (100.0)
Rehabilitación	Si	11 (12.1)
	No	80 (87.9)
	Total	91 (100.0)
Ideas / Intentos automáticos	Si	23 (25.3)
	No	68 (74.7)
	Total	91 (100.0)
Calidad de vida	Adecuada	30 (33.0)
	No Adecuada	61 (67.0)
	Total	91 (100.0)

Las variables que consideramos con carácter pronóstico en el estudio se cruzaron con el resto de variables del estudio obteniéndose como resultados estadísticamente significativos los siguientes:

En relación a la remisión sintomatológica (Tabla 6) destaca que el 37.3% de los que siguen un tratamiento oral tienen remisión sintomatológica frente al 4.2% que han tomado depot/combinado. De los pacientes seguidos a nivel ambulatorio remiten el 42.1% de los que son seguidos exclusivamente por psiquiatras, el 35.0% de aquellos que han tenido seguimiento común por psiquiatra y psicólogo y el 9,1% de los que el seguimiento común fue realizado por psiquiatra y DUE. Además, el 86.0% de los pacientes que no trabajan siguen presentando síntomas frente al 47.1% de los que trabaja y el 72.7% de los pacientes que han acudido a actividades de rehabilitación han remitido en sus síntomas frente al 22.5% de los que no han acudido a rehabilitación.

TABLA 6. VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS CON REMISIÓN SINTOMATOLÓGICA

		Remisión Sintomatológica			p-Valor
		Si	No	Total	
		n (%)	n (%)	n	
Tratamiento Seguimiento	Oral	25 (37.3)	42 (62.7)	67	0.002
	Depot/Combinado	1 (4.2)	23 (95.8)	24	
Cambio Diagnóstico	Si	1 (2.9)	34 (97.1)	35	<0.001
	No	25 (44.6)	31 (55.4)	56	

Tipo Seguimiento	Psiquiatra	16 (42.1)	22 (57.9)	38	0.007
	Psiquiatra y Psicólogo	7 (35.0)	13 (65.0)	20	
	Psiquiatra y DUE	3 (9,1)	30 (90.9)	33	
Funcionalidad Laboral	Si	18 (52,9)	16 (47.1)	34	<0.001
	No	8 (14.0)	49 (86.0)	57	
Rehabilitación	Si	8 (72.7)	3 (27.3)	11	<0.001
	No	18 (22.5)	62 (77.5)	80	

En cuanto al cambio de diagnóstico (Tabla 7) el 19.4% de los pacientes que presentan diagnóstico comórbido del eje 1 han cambiado de diagnóstico frente al 48.3% de los que no tienen este diagnóstico y el 45.6% de los que continúan en seguimiento sufren un cambio de diagnóstico mientras que sólo ocurre en el 17.4% de los pacientes que abandonan el seguimiento. Además, los pacientes que presentan abuso de tóxicos sufren un cambio de diagnóstico en un 22.9% llegando a un 48.2% entre los que no consumen. Sólo el 23.5% de los pacientes que trabajan han sufrido un cambio de diagnóstico llegando hasta el 47.4% de los que no trabajan. Se observa también que el 9.1% de aquellos que acuden a actividades rehabilitadoras presentan un cambio de diagnóstico frente al 42.5% de los que no acuden a estas actividades. Por último, se aprecia cómo el 20% que presentan una adecuada calidad de vida cambian de diagnóstico frente al 47.5% en los que la calidad de vida es inadecuada.

TABLA 7. VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS CON CAMBIO DIAGNÓSTICO.

		Cambio Diagnóstico			p-Valor
		Si	No	Total	
		n (%)	n (%)	n	
Diagnóstico Comórbido Eje 1	Si	6 (19.4)	25 (80.6)	31	0.007
	No	29 (48.3)	31 (51.7)	60	
Abandono Seguimiento	Si	4 (17.4)	19 (82.6)	23	0.016
	No	31 (45.6)	37 (54.4)	68	
Abuso Seguimiento	Si	8 (22.9)	27 (77.1)	35	0.016
	No	27 (48.2)	29 (51.8)	56	
Funcionalidad Laboral	Si	8 (23.5)	26 (76.5)	34	0.024
	No	27 (47.4)	30 (52.6)	57	
Rehabilitación	Si	1 (9.1)	10 (90.9)	11	0.033
	No	34 (42.5)	46 (57.5)	80	

Calidad de Vida	Adecuada	6 (20.0)	24 (80.0)	30	0.011
	No Adecuada	29 (47.5)	32 (52.5)	61	

Las variables que resultaron estadísticamente significativas con la calidad de vida pueden observarse en la Tabla 8. El 40.3% de los pacientes con tratamiento oral tienen una adecuada calidad de vida frente al 12.5 de los que llevan tratamiento depot/combinado. De los pacientes que reingresan hasta en 82.8% tienen una calidad de vida no adecuada frente al 59.7% de los que no reingresan. Los pacientes en seguimiento con DUE y psiquiatría presentan una calidad de vida no adecuada en un 84.8%, porcentaje superior al que presentan los pacientes seguidos por psiquiatría únicamente (60.5%) o por psiquiatras y psicólogos conjuntamente (50%). Además el 92.3% de los pacientes que muestran remisión de síntomas tiene una adecuada calidad de vida frente al 9.2% de los que continúan con síntomas. La calidad de vida es adecuada en el 72.7% de los pacientes que ha acudido a actividades rehabilitadoras, mientras que solamente el 27.5% de los que no tienen rehabilitación presentan una adecuada calidad de vida. Asimismo, el 64.7% de los que presentan funcionalidad laboral tienen una adecuada calidad de vida pero en sólo el 14.0% de los que no trabajan su calidad de vida es buena.

TABLA 8. VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS CON CALIDAD DE VIDA

		Calidad de Vida			p-Valor
		Adecuada	No Adecuada	Total	
		n (%)	n (%)	n	
Tratamiento Seguimiento	Oral	27 (40.3)	40 (59.7)	67	0.013
	Depot/Combinado	3 (12.5)	21 (87.5)	24	
Reingreso	Si	5 (17.2)	24 (82.8)	29	0.029
	No	25 (40.3)	37 (59.7)	62	
Tipo Seguimiento	Psiquiatra	15 (39.5)	23 (60.5)	38	0.017
	Psiquiatra y Psicólogo	10 (50.0)	10 (50.0)	20	
	Psiquiatra y DUE	5 (15.2)	28 (84.8)	33	
Remisión Sintomatológica	Si	24 (92.3)	2 (7.7)	26	<0.001
	No	6 (9.2)	59 (90.8)	65	
Funcionalidad Laboral	Si	22 (64.7)	12 (35.3)	34	<0.001
	No	8 (14.0)	49 (86.0)	57	
Rehabilitación	Si	8 (72.7)	3 (27.3)	11	0.003
	No	22 (27.5)	58 (72.5)	80	

Ideas/Intentos autolíticos	Si	3 (13.0)	20 (87.0)	23	0.019
	No	27 (39.7)	41 (60.3)	68	

La Tabla 9 muestra que el 59.4% de los pacientes con diagnóstico comórbido del eje 1 abandona el tratamiento mientras que solo lo hace el 31.7% de quienes no presentan este diagnóstico. De los pacientes que abusan de tóxicos durante el seguimiento hasta un 57.1% abandona el tratamiento mientras que únicamente el 26.8% de los que no consumen lo hacen. Por último, se aprecia cómo el 17.4% de los que presentan ideas/intentos autolíticos o suicidas abandona el tratamiento, porcentaje inferior a aquellos que no presentan estas ideas, que abandonan en un 45.6%.

TABLA 9. VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS CON ABANDONO DE TRATAMIENTO

		Abandono Tratamiento			p-Valor
		Si	No	Total	
		n (%)	n (%)	n	
Diagnóstico Comórbido Eje 1	Si	19 (59.4)	13 (40.6)	32	0.010
	No	20 (31.7)	43 (68.3)	63	
Abandono Seguimiento	Si	23 (85.2)	4 (14.8)	27	<0.001
	No	16 (23.5)	52 (76.5)	68	
Abuso Seguimiento	Si	20 (57.1)	15 (42.9)	35	0.004
	No	15 (26.8)	41 (73.2)	56	
Ideas/Intentos autolíticos	Si	4 (17.4)	19 (82.6)	23	0.016
	No	31 (45.6)	37 (54.4)	68	

Según los datos que se presentan en la Tabla 10 el 41,1% de los pacientes que presentan abuso de tóxicos reingresa mientras que solamente lo hace el 17,1 de los pacientes que no consumen. Lo mismo sucede con el consumo durante el seguimiento pues el 54,3% de los que consumen reingresan y únicamente lo hacen el 17,9% de los que no consumen. Los pacientes que toman tratamiento oral reingresan en un 25.4% mientras que lo hacen la mitad de los pacientes que tienen tratamiento depot/combinado. Los pacientes que son seguidos por psiquiatría presentan un porcentaje superior de no reingreso hospitalario (81.6%) al de los pacientes evaluados por psiquiatra y psicólogo (75.0%) y por psiquiatría y DUE (48,5%) por lo que el seguimiento por psiquiatría o psiquiatría y psicología se asocia a un menor reingreso que el seguimiento por psiquiatría y DUE. Los pacientes que remiten sintomatológicamente no reingresan en un 88.5%, porcentaje superior a aquellos que aún presentan clínica (60.0%). Por último, el 52.2% de los pacientes con ideas autolíticas reingresa mientras que sólo lo hace el 25.0% de los pacientes que no presentan estas ideas.

TABLA 10. VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS CON REINGRESO

		Reingreso			p-Valor
		Si	No	Total	
		n (%)	n (%)	n	
Abuso Tóxicos	Si	23 (41.1)	33 (58.9)	56	0.017
	No	6 (17.1)	29 (82.9)	35	
Abuso Seguimiento	Si	19 (54.3)	16 (45.7)	35	<0.001
	No	10 (17.9)	46 (82.1)	56	
Tratamiento Seguimiento	Oral	17 (25.4)	50 (74.6)	67	0.026
	Depot/Combinado	12 (50.0)	12 (50.0)	24	
Tipo Seguimiento	Psiquiatra	7 (18.4)	31 (81.6)	38	0.009
	Psiquiatra y Psicólogo	5 (25.0)	15 (75.0)	20	
	Psiquiatra y DUE	17 (51.5)	16 (48.5)	33	
Remisión Sintomatológica	Si	3 (11.5)	23 (88.5)	26	0.008
	No	26 (40.0)	39 (60.0)	65	
Ideas/Intentos suicidio	Si	12 (52.2)	11 (47.8)	23	0.016
	No	17 (25.0)	51 (75.0)	68	

DISCUSION

1. Remisión sintomatológica

En nuestros pacientes la remisión sintomática se asocia favorablemente a funcionalidad laboral, actividad rehabilitadora y no cambio de diagnóstico (p<0.001), resultados que se comparten con la bibliografía al uso, siendo más controvertidas las asociaciones de remisión clínica con tratamiento oral (p=0.002) y seguimiento exclusivo con psiquiatra (p=0.007). La remisión sintomatológica en nuestro estudio fue del 28.6%, cifra que contrasta a la que encuentran Turola et al.[11] en un estudio italiano con pacientes esquizofrénicos en el que más del 75% de los pacientes mostró ausencia de síntomas o síntomas leves durante el seguimiento y solamente un 5.3% de los pacientes mostraban síntomas severos. En nuestro estudio resultó significativa también la relación entre persistencia sintomatológica y cambio de diagnóstico (p<0.001). Pudiera parecer incongruente la relación entre mejoría sintomatológica entre aquellos con tratamiento exclusivo con Psiquiatra en relación a aquellos con un seguimiento más multidisciplinar, combinando seguimiento con Psiquiatra y DUE. Estos hallazgos podrían explicarse por el hecho de que únicamente se envía a seguimiento combinado con DUE a aquellos pacientes con sintomatología más grave que requieren un seguimiento más estrecho que se facilita por esta combinación o donde se

sospecha una falta de adherencia al tratamiento y precisan tratamiento farmacológico combinado con depot, administrado por DUE.

2. Cambio de diagnóstico

Conociendo que con mayor frecuencia este cambio se produce hacia una entidad de mayor gravedad y cronicidad (siendo el cambio más frecuente a Esquizofrenia), obtenemos que se asocia a la ausencia de actividad rehabilitadora (p=0.033) e imposibilidad de funcionalidad laboral (p=0.024), así como con inadecuada calidad de vida (p=0.011), asociaciones validadas en otros estudios como exponemos a continuación. Más controvertida es la asociación desfavorable entre cambio diagnóstico y adherencia al seguimiento (p=0.016), ausencia de comorbilidad (p=0.007) y abstinencia a sustancias (p=0.016), siendo éstos demostrados factores de mal pronóstico en la bibliografía al uso.
En nuestro estudio el 61.5% de los pacientes no cambió de diagnóstico durante el seguimiento, cifras similares a las encontradas por A.Pedrós[10] en el seguimiento durante cinco años de pacientes con psicosis aguda mostrando una estabilidad diagnóstica para el trastorno psicótico breve del 53,8%. En nuestro estudio el sexo no influye en el cambio diagnóstico (p=0,642) mientras que en el de Pedrós[10] existe una mayor tendencia en los hombres al desarrollo de una enfermedad psicótica crónica aunque sin significación estadística. La edad no parece influir en la estabilidad diagnóstica así como tampoco Gutiérrez[9] encuentra ningún de relación entre la edad y el sexo y el cambio de diagnóstico. En nuestro estudio el 48,6 % de los pacientes que cambiaron de diagnóstico lo hicieron hacia esquizofrenia, siendo éste el diagnóstico más frecuente.

3. Calidad de vida

Los resultados ponen de manifiesto que la calidad de vida es adecuada cuando se asocia con remisión sintomatológica (p<0.001), ausencia de ideas/intentos de suicidio (p=0.019), ausencia de reingresos (p=0.029), apuntando en general a asociaciones clásicas según la bibliografía al uso con mejor evolución clínica así como con mejoría funcional, también validada con las asociaciones a actividad rehabilitadora (p=0.003) y funcionalidad laboral (p=<0.001)[10,12]. Nuevamente son más confusas las asociaciones desfavorables entre adecuada calidad de vida con seguimiento con psiquiatra y DUE (p=0.017) y tratamiento depot/combinado (p=0.013). Nuestros datos muestran que los pacientes manifiestan peor calidad de vida con seguimiento conjunto por psiquiatría y DUE y aquellos que recibieron tratamiento depot.

4. Abandono tratamiento

En los resultados se destaca que el abandono de tratamiento presenta mayor asociación entre los que abusan de sustancias (p=0.004) y los que presentan comorbilidad (p=0.010), siendo ésta como ya vimos mayoritaria con Trastorno Mental con Abuso de tóxicos. También presenta una asociación más contradictoria con los que no presentan ideas suicidas (p=0.016). En lo que se refiere a esta última asociación con las ideas/intentos suicidio, se constata con la bibliografía que entre las consecuencias descritas de la falta de adherencia al tratamiento se encuentra el mayor riesgo de suicidio. Otras consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico son el reingreso hospitalario, mayor

tiempo para conseguir la remisión sintomatológica, peor pronóstico, pérdida de trabajo, abuso de tóxicos y baja satisfacción con la calidad de vida[13]. Nuevamente entendemos nuestro resultado contradictorio pudiera ser un sesgo que viene propiciado porque se fomenta mediante citas frecuente y rescate de abandonos a aquellos pacientes que presentan este factor de riesgo. Identificar la causa de falta de adherencia es el primer paso para establecer una adecuada intervención encaminada a reducirla.

5. Reingresos

Una de las variables pronósticas más significativa es el Reingreso hospitalario. Nuestros resultados destacan asociación de los reingresos con el consumo de tóxicos en el primer ingreso ($p=0.017$) y en el seguimiento ($p<0.001$), con mantenimiento de los síntomas ($p=0.008$) y con ideación/intento de suicidio ($p=0.016$). Nuevamente existe asociación más controvertida con mayor reingreso cuando están en seguimiento por psiquiatría y DUE ($p=0.009$) y tratamiento depot/combinado ($p=0.026$). El porcentaje de pacientes que reingresa en nuestro estudio es del 31.9% cifras similares a las encontradas por Gutiérrez[9] en el seguimiento de pacientes con psicosis agudo durante dos años observando que el 39,2% de los pacientes presentó al menos un nuevo episodio psicótico. Nuevamente la asociación controvertida entre mayor reingreso en aquellos pacientes con seguimiento y tratamiento combinado lo explicamos por el sesgo en la selección de pacientes más graves y de peor adherencia en estos grupos.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo era identificar los factores que determinan la estabilidad diagnóstica y el pronóstico en nuestro grupo de pacientes con diagnóstico al ingreso de TPAT y, a la vez, determinar cuáles de estos factores eran susceptibles de ser modificados. En base a ello podemos concluir que:

1. El grupo de buen pronóstico en nuestra muestra es significativo. Existe una mayoría de pacientes que mantiene el diagnóstico inicial de TPAT y valida la estabilidad del mismo. Además, parece influir positivamente la adecuada calidad de vida y presencia de actividades rehabilitadoras y funcionalidad laboral. Estos resultados nos ayudan a mantener una visión positiva sobre los TPAT y que, si bien necesitan un seguimiento adecuado, estamos conforme con autores que intentan esclarecer sus características diferenciales desde el inicio para evitar de este modo la sobremedicación de los pacientes y otras intervenciones inadecuadas, así como pronósticos pesimistas.
2. Existe otro grupo de pacientes, inicialmente diagnosticados de TPAT, cuyo primer ingreso va a marcar el primer episodio de un TMG, con mayor frecuencia de Esquizofrenia. Además del cambio diagnóstico, otras variables destacables y asociadas a un pronóstico menos favorecedor serían la alta persistencia de sintomatología clínica, el frecuente abandono de tratamiento, los reingresos hospitalarios y la inadecuada calidad de vida. Entre los aspectos modificables que se asocian comúnmente a estos factores estarían el abuso de sustancias y la aparición de ideas/intentos autolíticos. Es en este grupo de pacientes donde creemos que debemos aunar esfuerzos para conseguir un seguimiento y tratamiento óptimos.
3. El Programa de Intervención Precoz debe abordar, fundamentalmente, los siguientes aspectos: Actividades Rehabilitadoras y Programa de Apoyo al Empleo, Detección y tratamiento de ideas suicidas y subprograma de Patología Dual.

PROPUESTAS DE FUTURO:

Partiendo de esta información recomendamos un Programa Terapéutico para Primeros Episodios Psicóticos (PPE) Tratamiento Integral y Multidisciplinar, con subprogramas adaptados a los factores de riesgo identificados:
Psicoeducación de pacientes y familia: informar sobre qué es un primer episodio psicótico, reconocimiento de síntomas, manejo de la conciencia de enfermedad, prevención de recaídas, hábitos de vida saludables (sueño, sexualidad y alimentación) y valorar y fomentar calidad de vida.
Actividades Rehabilitadoras: Entrenamiento en habilidades sociales, recuperación funcional y Programas de Apoyo al Empleo.
Lograr la más óptima remisión sintomatológica a través de tratamiento Psicoterapéutico para abordar síntomas resistentes (Tratamiento cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones), detección y abordaje de ideas/intentos de suicidio y fomentando la adherencia farmacológica.
Subprograma de Patología Dual, este subprograma sería uno de los que más beneficiaría al pronóstico de nuestros pacientes tal y como hemos especificado en el estudio de las variables relacionadas con el pronóstico.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). 4a ed. Barcelona: Masson; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). 10a ed. Madrid: Meditor; 1992
3. Marneros A, Pillman F. Acute and transient psychotic disorders. Ψυχιατρική. 2002; 13: 276-86.
4. Farooq S. Is Acute and Transient Psychotic Disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. Psychiatria Danubina. 2012; 24 (3): 311-15.
5. Segarra Echebarría R, Eguíluz Uruchurtu I, Zabala Rabadán A, Gutiérrez Fraile M, Arranz Martín B, Balanzá-Martínez V et al. Abordaje Integral de las Fases Iniciales de las Psicosis: una visión crítica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
6. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red-CIBER; 2015.
7. Vega P, Barbeito S, Alberich S, Ruiz de Azúa S, Fernández M, Zorrilla I et al. Intervención Temprana en Primeros Episodios Psicóticos. Psiquiatría.com [revista en Internet] 2011 [acceso 3 de febrero de 2016]; 15. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/1238/1144
8. Vispe Astola A, Hernández González M, Ruiz-Flores Bistuer M, Valdecasas Campelo J. De la psicosis aguda al primer episodio psicótico. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2015; 35 (128): 731-48.
9. Pedrós A, Martí J, Gutiérrez G, Tenías JM, Ruescas S. Estabilidad diagnóstica y pronóstico a 2 años de episodios psicóticos agudos. Actas Esp Psiquiatr. 2009; 37 (5): 245-51.
10. Pedrós A, Tenías JM. Estudio de seguimiento a cinco años de la psicosis aguda: evolución diagnóstica y adaptación psicosocial. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012; 32 (114): 261-70.

11. Turola MC, Comellini G, Galuppi A, Nanni MG, Carantoni E, Scapoli C. Schizophrenia in real life: courses, symptoms and functioning in an Italian population. International Journal of Mental Health Systems. 2012; 6 (22).
12. Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M, Ruggero C et al. Diagnostic Stability Revisited: Shifts during the Decade Following First-Admission for Psychosis. Am J Psychiatry. 2011; 168 (11): 1186-94.
13. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez C. Medication adherence in schizophrenia. WJP. 2012; 2 (5): 74-82