



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Factores asociados con el número de reingresos en pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico primario que reciben tratamiento con antipsicóticos.

Alumno: Forcén Muñoz, Luis Alberto

Tutor: José María Rico Gomis

(Firma tutor aquí)

Curso: 2021/2022

RESUMEN

Introducción y objetivo: Los pacientes diagnosticados de trastorno psicótico primario precisan de rehospitalizaciones a pesar del tratamiento con antipsicóticos. El objetivo de este estudio es valorar los posibles factores asociados a un mayor número de ingresos en los pacientes diagnosticados de trastorno psicótico y tratados con antipsicóticos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de corte transversal unicéntrico. Se extrajeron datos de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Reina Sofía entre marzo de 2020 y febrero de 2021. Se realizó un análisis estadístico de los datos, explorando la posible asociación entre las variables recogidas y el número de ingresos previos en los últimos 5 años.

Resultados: Se obtuvieron un total de 80 pacientes. El 37,5% tuvieron 3 o más ingresos en los últimos 5 años. Se asociaron de forma estadísticamente significativa con un mayor número de ingresos la falta de trabajo ($p=0,011$), el no consumo de cocaína ($p=0,043$), la politerapia antipsicótica ($p=0,026$), el tratamiento con inyectables de larga duración ($p=0,011$) y un menor tiempo de reingreso ($p=0,001$). Quedaron cerca de la significación la dependencia ($p=0,055$) y el consumo de cannabis ($p=0,067$). No se encontró asociación con el resto de variables.

Conclusiones: Los pacientes con más ingresos no trabajaban, eran menos independientes, consumían cannabis, recibían tratamiento con politerapia antipsicótica y/o inyectables de larga duración, y tuvieron un reingreso en un menor periodo de tiempo.

Palabras clave: Trastorno psicótico, antipsicótico, hospitalización.

ABSTRACT

Background and objective: Patients diagnosed with primary psychotic disorder require rehospitalization despite treatment with antipsychotics. The objective of this study is to assess the possible factors associated with a higher number of admissions in patients diagnosed with psychotic disorder and treated with antipsychotics.

Methods: Single-center, cross-sectional, retrospective, observational study. Data were extracted from the medical records of the patients who were admitted to the Psychiatry service of the Reina Sofía General University Hospital between March 2020 and February 2021. A statistical analysis of the data was carried out, exploring the possible association between the variables collected and the number of previous admissions in the last 5 years.

Results: A total of 80 patients were obtained. 37.5% had 3 or more admissions in the last 5 years. Statistically significant associations with a higher number of admissions were unemployment ($p=0.011$), non-use of cocaine ($p=0.043$), antipsychotic polytherapy ($p=0.026$), treatment with long-acting injectables ($p=0.011$) and a shorter readmission time ($p=0.001$). Dependence ($p=0.055$) and cannabis use ($p=0.067$) were close to significance. No association was found with the rest of the variables.

Conclusions: Patients with more admissions were unemployed, were less independent, used cannabis, received treatment with antipsychotic polytherapy and/or long-acting injectables, and had a readmission in a shorter period of time.

Keywords: Psychotic disorder, antipsychotic, admission.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Justificación	7
2. HIPÓTESIS	7
3. OBJETIVOS	7
4. MATERIAL Y MÉTODOS	8
4.1 Diseño del estudio	8
4.2 Población de estudio	8
4.3 Variables	9
4.4 Intervenciones/ Procedimientos a realizar	10
4.5 Análisis de los datos	11
4.6 Aspectos éticos	12
5. RESULTADOS	12
6. DISCUSIÓN	17
6.1 Análisis de los datos y comparación con la literatura existente	17
6.2 Limitaciones y fortalezas del estudio	19
6.3 Implicaciones para la práctica clínica	19
6.4 Implicaciones para futuras investigaciones	20
7. CONCLUSIONES	20
8. BIBLIOGRAFÍA	21

1. INTRODUCCIÓN

Se define psicosis como una condición de la mente que consiste en una pérdida del contacto con la realidad, caracterizada por la presencia de delirios, alucinaciones, y pensamiento y comportamiento desorganizados. Los síntomas psicóticos pueden ser secundarios a diversas patologías tanto de origen psiquiátrico como orgánico, existiendo también una serie de “trastornos psicóticos primarios” cuya principal manifestación es la existencia de esta sintomatología. Estos trastornos son la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno psicótico breve, y los trastornos por ideas delirantes¹. Se trata de una serie de patologías que producen importante deterioro funcional, con frecuentes recaídas que repercuten negativamente en la evolución y el pronóstico, en especial la esquizofrenia². En diversos estudios se objetiva que alrededor del 50% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia requiere de al menos una hospitalización^{3,4}; datos similares se han obtenido en pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo⁵, mientras que en el caso de pacientes con diagnóstico de trastorno por ideas delirantes persistentes el porcentaje es cercano al 23%⁶. Se ha descrito que la prevalencia a lo largo de la vida de estos trastornos es de aproximadamente el 2.3%⁷.

En la mayoría de los casos en los que existen síntomas psicóticos, los antipsicóticos son uno de los grupos de fármacos más empleados, especialmente para el tratamiento sintomático de la clínica en las fases agudas o de agitación. Por otra parte, han demostrado eficacia para prevenir recaídas y recurrencias de episodios psicóticos en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, por lo que son considerados el principal tratamiento de mantenimiento en estas patologías^{3,5,6,8}.

Sin embargo, su eficacia no es total, de tal manera que los pacientes tratados con antipsicóticos siguen presentando recurrencias, alteraciones conductuales, etc., que en muchas ocasiones conllevan hospitalizaciones y atenciones en urgencias, con el impacto que esto supone a nivel clínico y social³. Algunos pacientes incluso precisan de múltiples hospitalizaciones, lo que se ha llamado como “fenómeno de puerta giratoria”. Este fenómeno se ha definido de diversas maneras, variando en el número de reingresos y en el intervalo de tiempo en el que ocurren: algunos autores requieren 3 o 4 reingresos en un periodo de entre 5 a 10 años, mientras que otros requieren 3 o más ingresos en un periodo de 12 meses^{9,10}. Además de la repercusión en el pronóstico, estos pacientes requieren de un importante gasto

sanitario. Algunos estudios calculan que consumen entre un 20% y un 30% de los recursos económicos de los servicios de salud mental, aunque representan menos de un 10% de los pacientes¹⁰. Otro estudio analizó los patrones de ingreso de 16,226 pacientes durante un periodo de 62 años (desde 1931 al 1993), de estos pacientes, el 62.5% ingresaron solamente una vez y el 37.5% precisaron de reingresos. Durante el periodo de estudio se documentaron 34,950 ingresos, de los cuales un 53.6% fueron reingresos. Es decir, aunque solo un tercio de los pacientes precisaron de reingreso, la mitad de todos los ingresos fueron reingresos⁹. Debido a todo esto, es importante detectar factores que se asocian a un mayor riesgo de hospitalización.

Se ha propuesto que una de las principales razones de recaída y rehospitalización sea la baja adherencia terapéutica que estos pacientes tienen al tratamiento psicofarmacológico. Se ha descrito que hasta un 40% de los pacientes muestra baja adherencia al tratamiento, lo que podría aumentar el riesgo de recaída de dos a cinco veces. La baja adherencia se ha asociado a diversos factores, como la edad, el soporte familiar, los regímenes de tratamiento complicados, el nivel de conciencia de enfermedad y el consumo de tóxicos¹¹. En relación a este problema, se han propuesto diversas opciones que han demostrado efectividad a la hora de mejorar la adherencia, y por tanto el curso de la enfermedad, como es el uso de antipsicóticos inyectables de larga duración (ILD) y de clozapina^{3,5,6,12,13} o el uso de técnicas como la terapia cognitivo conductual o la entrevista motivacional¹⁴.

Por otro lado, se ha observado que programas de tratamiento con enfoque multidisciplinar se han asociado a tasas más bajas de rehospitalización, con menor intensidad de síntomas y mejor calidad en cuanto a relaciones interpersonales¹⁵.

Otro factor que se ha objetivado como relevante a la hora de aumentar el riesgo de hospitalización en pacientes psicóticos es el consumo de tóxicos. Es conocido que los Trastornos por uso de sustancias (TUS) son más frecuentes en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otras patologías del espectro psicótico¹⁶. De igual manera, los pacientes que presentan consumo de tóxicos tienen peor evolución clínica, con mayor sintomatología, mayor riesgo de recaídas y rehospitalizaciones y peor recuperación funcional. De una manera más específica, se ha asociado el consumo de cannabis, cocaína y anfetaminas a una peor evolución y a un mayor riesgo de hospitalización^{17,18}.

Además, se han descrito otros factores clínicos y epidemiológicos, que influyen en el curso de los trastornos mentales y de la posibilidad de que los pacientes que los padecen requieran más o menos hospitalizaciones. Diversos estudios relacionan factores como el género masculino, la edad joven, la presencia de comorbilidades médicas, el ser soltero, separado o divorciado; el vivir solo, el escaso soporte social, la dificultad en el autocuidado, el desempleo, un bajo nivel educativo, el bajo nivel socioeconómico o un mayor número de ingresos previos con un mayor riesgo de ingreso en unidades de psiquiatría. En la mayoría de estos estudios se señala que el subgrupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia son los que presentan un mayor riesgo de reingreso, junto con los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad^{9,10,19-23}.

1.1 Justificación

Existen pocos estudios que se centren en pacientes diagnosticados de trastorno psicótico. Dada la frecuencia de estas patologías, la morbilidad y el gasto sanitario que suponen, y el hecho de que a pesar de introducir tratamiento psicofarmacológico muchos pacientes presentan recaídas que conllevan rehospitalizaciones, con el consiguiente impacto tanto a nivel clínico como económico, consideramos necesario realizar estudios que identifiquen posibles factores sobre los que intervenir.

2. HIPÓTESIS

Existen factores clínicos y sociodemográficos que se asocian con un mayor número de ingresos en los pacientes diagnosticados de trastorno psicótico primario y que siguen tratamiento con antipsicóticos.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal: Describir los factores clínicos y sociodemográficos asociados con un mayor número de ingresos hospitalarios en los últimos 5 años en pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico primario y que siguen tratamiento con antipsicóticos.

Objetivos secundarios:

- Explorar la posible asociación entre factores como el tipo de convivencia, la actividad laboral o el estado civil con el número de ingresos.
- Explorar la posible asociación entre el consumo de tóxicos en general y el consumo de determinados tóxicos y el número de ingresos.
- Explorar la posible asociación entre el tipo de fármaco (oral vs. inyectable de larga duración), el uso de polifarmacia, y el número de ingresos.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de corte transversal unicéntrico.

4.2 Población de estudio

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico primario que ingresaron en la Unidad de Corta Estancia del Servicio de Psiquiatría del HGURS entre el 1 de marzo de 2020 y el 28 de febrero de 2021 y que cumplían con los criterios de selección.

Se definió trastorno psicótico primario como aquel caracterizado principalmente por delirios, alucinaciones y pensamiento y conducta desorganizados sin una causa orgánica. Por tanto, incluye los diagnósticos del DSM-5 de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante y otro trastorno psicótico especificado o no especificado; excluyendo los diagnósticos de trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico inducido por enfermedad médica, así como los diagnósticos incluidos en los epígrafes de trastorno bipolar y trastornos depresivos (episodios maníacos y depresivos con síntomas psicóticos).

Criterios de inclusión

- Diagnóstico de trastorno psicótico primario.
- Mayores de 16 años.
- Tratamiento antipsicótico iniciado con un mínimo de 30 días de anterioridad.

Criterios de exclusión

- Pacientes que abandonaron el seguimiento en Salud Mental hace más de 6 meses
- Pacientes que abandonaron el tratamiento con antipsicóticos hace más de 3 meses.
- Reingreso dentro del periodo de estudio.

4.3 Variables

La variable principal del estudio fue el número de ingresos previos en los últimos 5 años. Se trata de una variable continua discreta, que para el análisis estadístico se convirtió en una variable cualitativa dicotómica, dividiendo a los sujetos del estudio en dos grupos: menos de tres ingresos en los últimos 5 años y tres o más ingresos en los últimos 5 años.

Variables secundarias:

- Sociodemográficas: Edad en el momento del ingreso. Sexo. Estado civil. Tipo de convivencia. Autonomía. Situación laboral. Nivel educativo. Nacionalidad.
- Clínicas: Diagnóstico. Tiempo desde el último ingreso. Adherencia al tratamiento. Consumo de tóxicos y tipo de tóxicos. Tiempo desde el inicio del seguimiento en Salud Mental.
- Tratamiento: Número de antipsicóticos. Antipsicótico concreto y dosis.

Para este estudio se clasificaron las distintas variables cualitativas de la siguiente forma:

- Sexo: Hombre o mujer.
- Estado civil: Soltero, Casado, Separado, Viudo, Unión consensuada.
- Tipo de convivencia: Solo, Familia propia (se incluye pareja e hijos), Padres, Familia adoptiva, Otros familiares o amigos (incluyendo familia extensa a partir de segundo grado en adelante), Instituciones o pisos protegidos, Otros.
- Independencia: Según el nivel de supervisión requerido por los pacientes. A los pacientes que vivían solos o con familia propia se les consideró independientes. A los pacientes que vivían con sus padres, familia adoptiva o en instituciones o pisos protegidos se les consideró no independientes. En el caso de los pacientes que vivían con otros familiares o amigos se examinaron las historias para determinar si precisaban de un nivel de supervisión estrecho por parte de sus convivientes.
- Situación laboral: Sí trabaja, no trabaja.
- Nivel educativo: Sin estudios, básica (ESO, otro tipo de graduado escolar), media (Grado medio/Bachiller), superior (universidad).

- Nacionalidad: Española, extranjera.
- Diagnóstico: Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, otro trastorno psicótico.
- Adherencia al tratamiento: Variable dicotómica (Sí/No). Se consideraba que sí había adherencia al tratamiento cuando el paciente realizaba una toma adecuada de la medicación oral y acudía de forma regular a sus citas en centro de salud mental, tanto para seguimiento como para administración de tratamiento inyectable de larga duración, en caso de recibirlo.
- Consumo de tóxicos: Se estableció una primera variable dicotómica acerca de la presencia de cualquier consumo (Sí/No), y posteriormente se establecieron variables dicotómicas (Si/No) para el consumo específico de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína y otros. Se consideró que había consumo ante “cualquier consumo” recogido en informe de ingreso o en informes previos, hasta un máximo de 3 meses previo al ingreso. No se recogió información sobre el grado de dependencia ni la cantidad de las sustancias consumidas.
- Monoterapia antipsicótica: No monoterapia, sí monoterapia.

En cuanto a las variables cuantitativas, se trataron de la siguiente manera:

- Edad: Variable cuantitativa discreta. En años.
- Tiempo desde el último ingreso: Variable cuantitativa discreta. Se contaron los meses desde el momento del alta del anterior ingreso.
- Tiempo desde el inicio del seguimiento en Salud Mental: Variable cuantitativa discreta. Tiempo en meses desde el primer contacto con profesionales de Salud Mental, tanto a nivel público como privado.

Cuando un mismo paciente precisó de varios ingresos durante el periodo de estudio, se incluyeron los datos una sola vez, para evitar un aumento artificial del impacto de características demográficas y clínicas asociadas a aquellos pacientes que requirieron más de un ingreso en este periodo. Se tuvieron en cuenta los datos recogidos en el primer ingreso que tuvo lugar durante el periodo de estudio.

4.4 Intervenciones/ Procedimientos a realizar

Se extrajeron datos de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Corta Estancia del servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Reina

Sofía (HGURS) entre marzo de 2020 y febrero de 2021. La recogida de datos se realizó a partir de la Historia Clínica Electrónica (programas SELENE y ÁGORA), a partir de la información reflejada en el informe de ingreso; cuando fue preciso, se realizaron búsquedas en informes previos y en los datos de la historia correspondientes a los Centros de Salud Mental y otros recursos, en caso de ser accesibles desde nuestro hospital. Posteriormente se realizó un análisis estadístico de los datos, explorando la posible asociación entre las variables recogidas y el número de ingresos previos en los últimos 5 años.

4.5 Análisis de los datos

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico mediante el programa SPSS. Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), mientras que las cuantitativas se expresaron como media y desviaciones estándar si eran paramétricas, mientras que las no paramétricas se expresaron como mediana y rango intercuartílico. Para el análisis descriptivo se omitieron los datos perdidos. Para contrastar la normalidad de las variables continuas se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnoff.

Se evaluó la asociación de cada variable con la variable principal, utilizando el contraste de hipótesis mediante Chi-Cuadrado o Test exacto de Fisher para variables cualitativas y la T-Student (si variables paramétricas) o U de Mann-Whitney (para no paramétricas) para variables cuantitativas. Todos los cálculos fueron realizados con una significación del 5%.

Se evaluó la fuerza de la asociación para las variables cualitativas calculando la Odds ratio con sus correspondientes intervalos de confianza.

Cálculo tamaño muestral

Como no se encontró evidencia científica sobre la pregunta de investigación de este estudio, este se planteó como un estudio piloto para determinar en un futuro cuántos pacientes se necesitarían para obtener resultados precisos.

La muestra inicial de la que se disponía cuando se decidió realizar el presente estudio era de 80 pacientes.

4.6 Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Evaluación de Trabajos Académicos de Investigación del Área VII de Salud (Murcia Este). Todos los datos de los pacientes fueron incluidos en una base de datos creada a propósito del estudio, donde cada paciente quedaba anonimizado con un código numérico.

5. RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 80 pacientes, con una edad media de 45 años, un 67,5% de hombres y un 32,5% de mujeres. El 37,5% tuvieron 3 o más ingresos en los últimos 5 años. El 61,3% de los pacientes estaba soltero, y el 47,5% vivía con sus padres; teniendo en cuenta el tipo de convivencia, el 56,3% se categorizaron en el grupo de “no independientes”. El 87,5% no trabajaba, y la mayoría de los pacientes (42%) tenían estudios básicos. El 91,2% tenía la nacionalidad española. Los datos de variables sociodemográficas están recogidos más detalladamente en la tabla 1.

De todas estas variables, la única que mostró una asociación estadísticamente significativa con un mayor número de ingresos en los últimos 5 años fue el trabajo ($p=0,011$), con un 20% de los pacientes que se encontraban en el grupo de menos de 3 ingresos trabajando, frente a un 0% en el grupo de 3 ingresos o más. Cabe destacar también la variable “independencia”, que quedó muy cerca de la significación ($p=0,055$), con un 48% de pacientes en el grupo de menos de 3 ingresos considerados no independientes, frente a un 70% en el otro grupo (tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Variable	Total (N=80), <i>n</i> (%)	Menos de 3 ingresos (n=50; 62,5%), <i>n</i> (%)	3 ingresos o más (n=30; 37,5%), <i>n</i> (%)	Nivel de significación (p) ^a
Edad (años), media \pm DS	44,51 \pm 13,72	45,42 \pm 13,35	43 \pm 14,43	0,45 ^b
Sexo				0,712
Hombre	54 (67,5%)	33 (66%)	21 (70%)	
Mujer	26 (32,5%)	17 (34%)	9 (30%)	
Estado civil				0,345 ^c

Soltero	49 (61,3%)	29 (58%)	20 (66,7%)	
Casado	9 (11,3%)	7 (14%)	2 (6,7%)	
Separado	13 (16,3%)	10 (20%)	3 (10%)	
Viudo	3 (3,8%)	2 (4%)	1 (3,3%)	
Unión consensuada	6 (7,5%)	2 (4%)	4 (13,3%)	
Convivencia				0,236 ^e
Solo	15 (18,8%)	9 (18%)	6 (20%)	
Familia propia	15 (18,8%)	12 (24%)	3 (10%)	
Padres	38 (47,5%)	21 (42%)	17 (56,7%)	
Familia adoptiva	0 (0,0%)	0	0	
Otros familiares o amigos	7 (8,8%)	6 (12%)	1 (3,3%)	
Instituciones o pisos protegidos	5 (6,3%)	2 (4%)	3 (10%)	
Independencia				0,055
Independientes	35 (43,8%)	26 (52%)	9 (30%)	
No independientes	45 (56,3%)	24 (48%)	21 (70%)	
Trabajo				0,011 ^c
No trabajo	70 (87,5%)	40 (80%)	30 (100%)	
Sí trabajo	10 (12,5%)	10 (20%)	0 (0%)	
Estudios (n=69)				0,912
Sin estudios	13 (18,9%)	7 (16,7%)	6 (22,2%)	
Básicos	29 (42%)	18 (42,9%)	11 (40,7%)	
Medios	15 (21,7%)	10 (23,8%)	5 (18,5%)	
Superiores	12 (17,4%)	7 (16,7%)	5 (18,5%)	
Nacionalidad				0,706 ^e
Española	73 (91,2%)	45 (90%)	28 (93,3%)	
Extranjera	7 (8,8%)	5 (10%)	2 (6,7%)	

DS: desviación típica

^aTest Chi-cuadrado salvo otra especificación

^bTest de T-Student

^cTest exacto de Fisher

El diagnóstico más frecuente fue el de esquizofrenia, con un 51,2%. La adherencia al tratamiento se consideró “buena” en el 58,2% de los pacientes. El 57,7% de los pacientes presentaba consumo de tóxicos, siendo los más frecuentes el tabaco (47,4%), el alcohol (24,4%) y el cannabis (28,2%). El 42,5% de los pacientes se encontraba en monoterapia antipsicótica, y el 45% recibía tratamiento con inyectables de larga duración. El tiempo de evolución tuvo una mediana de 13 años, con un rango intercuartílico de 6,75 a 24 años. El tiempo desde el último ingreso tuvo una mediana de 14,5 meses, con un rango intercuartílico de entre 6 y 60,25 meses. Los datos correspondientes a variables clínicas se encuentran recogidos más detalladamente en la tabla 2.

De las variables clínicas, mostraron asociación estadísticamente significativa con el número de ingresos el consumo de cocaína, con un 20,8% de pacientes con consumo activo en el grupo de menos de 3 ingresos frente a un 3,3% en el grupo de 3 o más ingresos ($p=0,043$), el recibir monoterapia antipsicótica, con un 52% y un 26,7% respectivamente, ($p=0,026$), el recibir tratamiento con inyectables de larga duración, con un 34% frente a un 63,3% ($p=0,011$), y el tiempo desde el último ingreso, con una mediana de 45 meses y un rango intercuartílico de 7 a 94,5 meses en el grupo de menos ingresos, frente a una mediana de 7 meses y un rango intercuartílico de 5,25 a 17,75 meses en el otro grupo ($p=0,001$). Además, el consumo de cannabis arrojó una p muy próxima a la significación ($p=0,067$), con un 20,8% en el grupo de menos ingresos frente a un 40%. Por último, aunque el diagnóstico no mostrara asociación estadísticamente significativa, sí destaca un claro mayor porcentaje de Tr. Psicótico breve en el grupo de menos de 3 ingresos frente al otro grupo (28% vs 3,3%), así como mayor porcentajes de esquizofrenia y Tr. Esquizoafectivo en el grupo de 3 ingresos o más (46% vs 60% y 14% vs 23,3% respectivamente).

Tabla 2. Variables clínicas.

Variable	Total (N=80), n (%)	Menos de 3 ingresos (n=50; 62,5%), n (%)	3 ingresos o más (n=30; 37,5%), n (%)	Nivel de significación (p) ^a
Diagnóstico				0,119 ^b
Esquizofrenia	41 (51,2%)	23 (46%)	18 (60%)	
Tr. Esquizofreniforme	1 (1,3%)	1 (2%)	0	

Tr. Esquizoafectivo	14 (17,5%)	7 (14%)	7 (23,3%)	
Tr. Psicótico Breve	15 (18,8%)	14 (28%)	1 (3,3%)	
Tr. Delirante	6 (7,5%)	3 (6%)	3 (10%)	
Otro Tr. Psicótico	3 (3,8%)	2 (4%)	1 (3,3%)	
Adherencia al tratamiento (n=79)				0,803
Mala	33 (41,8%)	21 (42,9%)	12 (40%)	
Buena	46 (58,2%)	28 (57,1%)	18 (60%)	
Tóxicos (n=78)				0,885
No consumo	33 (42,3%)	20 (41,7%)	13 (43,3%)	
Sí consumo	45 (57,7%)	28 (58,3%)	17 (56,7%)	
Tabaco	37 (47,4%)	25 (52,1%)	12 (40%)	0,298
Alcohol	19 (24,4%)	12 (25%)	7 (23,3%)	0,868
Cocaína	11 (14,1%)	10 (20,8%)	1 (3,3%)	0,043 ^b
Cannabis	22 (28,2%)	10 (20,8%)	12 (40%)	0,067
Heroína	3 (3,8%)	3 (6,3%)	0 (0%)	0,281 ^b
Otros	1 (1,3%)	1 (2,1%)	0 (0%)	1,00 ^b
Monoterapia antipsicótica				0,026
Sí	34 (42,5%)	26 (52%)	8 (26,7%)	
No	46 (57,5%)	24 (48%)	22 (73,3%)	
Tratamiento con inyectable de larga duración				0,011
No	44 (55%)	33 (66%)	11 (36,7%)	
Sí	36 (45%)	17 (34%)	19 (63,3%)	
Tiempo de evolución (años) mediana (RI) (n=78)	13 (6,75 - 24)	14,33 (6 - 24)	17 (8,17 - 22,5)	0,429 ^c

Tiempo desde el último ingreso (meses) mediana (RI) (n=62)	14,5 (6 - 60,25)	45 (7 - 94,5)	7 (5,25 - 17,75)	0,001 ^c
---	------------------	---------------	------------------	--------------------

RI: rango intercuartílico

^aTest Chi-cuadrado salvo otra especificación

^bTest exacto de Fisher

^cTest de la U de Mann Whitney

En la tabla 3 se muestra la magnitud de la asociación obtenida en el análisis univariante de las variables cualitativas que obtuvieron una significación estadística, o bien quedaron muy próximas a la misma. La magnitud de la asociación se expresa mediante la Odds Ratio. Los pacientes que recibían tratamiento con politerapia antipsicótica y los que recibían tratamiento con inyectables de larga duración tenían más probabilidades de haber precisado 3 o más ingresos en los últimos 5 años, con unas OR de 2,97 (IC=1,12-7,95) y 3,35 (IC=1,30-8,63) respectivamente. El consumo de cocaína se asoció con una menor probabilidad de haber requerido 3 o más ingresos, con una OR de 0,13 (IC=0,02-1,08), con un intervalo de confianza no significativo, a pesar de haber obtenido en los test estadísticos una $p < 0,05$. El ser considerado “no independiente” y el consumo de cannabis se asociaron con una mayor probabilidad de 3 o más ingresos, aunque de forma no estadísticamente significativa, con unas OR respectivas de 2,53 (IC=0,92-6,95) y 2,53 (IC=0,97-6,59). Por último, no se pudo calcular la OR para la variable “Trabajo”, dado que el número de pacientes que trabajaban y que habían precisado de 3 o más ingresos era 0.

Tabla 3. Factores asociados con 3 o más ingresos en los últimos 5 años.

	OR	(95% IC)
Independencia		
Independientes	1	
No independientes	2,53	(0,97-6,59)
Trabajo		no realizable

Cocaína

No	1	
Sí	0,13	(0,02-1,08)

Cannabis

No	1	
Sí	2,53	(0,92-6,95)

Monoterapia antipsicótica

Sí	1	
No	2,97	(1,12-7,95)

Tratamiento con inyectable de larga duración

No	1	
Sí	3,35	(1,30-8,63)

OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confianza

6. DISCUSIÓN

6.1 Análisis de los datos y comparación con la literatura existente

Dado que no hay unos criterios universales para definir el fenómeno de “puerta giratoria”, es difícil extraer conclusiones definitivas acerca de los factores que influyen en este fenómeno; y los distintos y en ocasiones contradictorios resultados encontrados en la literatura pueden estar relacionados con diferentes criterios para cada estudio.

En este estudio, el 37,5% de los pacientes tuvieron 3 o más ingresos en los últimos 5 años, datos parecidos a los obtenidos en otros estudios que establecieron criterios similares para definir a los pacientes que requerían de ingresos frecuentes^{20,22}.

Variables sociodemográficas

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el género y el número de ingresos recientes, resultados similares a la mayoría de los estudios^{19,20,22,24}, aunque algunos sí objetivan asociación⁹. En cuanto a la edad, existe una mayor controversia, existiendo estudios que, como el presente, no encontraron asociación^{22,24}; mientras que otros

muchos sí describieron un mayor riesgo de múltiples ingresos frecuentes en pacientes jóvenes^{9,19,20}.

Tampoco se encontró relación con el estado civil o el tipo de convivencia, al contrario que en otros estudios, que sí describieron un mayor número de ingresos en los solteros^{9,19,22}. Sin embargo, sí que se objetivó un mayor número de ingresos recientes en el grupo de pacientes considerados “no independientes”, así como para los pacientes que no trabajaban; lo que es consistente con otros estudios previos, que establecían asociación tanto con el desempleo, como con el vivir en recursos residenciales o con menor puntuación en escalas de funcionalidad^{19,20,22}; esto podría ser debido a que los pacientes más graves alcanzaron un nivel menor de funcionalidad. No se encontró correlación con la nacionalidad. En cuanto al nivel de estudios, no se encontró asociación, siendo este un aspecto no estudiado en publicaciones previas.

Variables clínicas

No se estableció asociación significativa entre el diagnóstico y el número de ingresos recientes, aunque observando los datos sí se aprecia una mayor proporción de Esquizofrenia y Tr. Esquizoafectivo entre los pacientes con más ingresos, y una mayor proporción de pacientes con Tr. Psicótico Breve en el otro grupo. Esto concordaría con estudios previos, aunque la mayoría de los mismos incluyen pacientes con diagnósticos que no son solamente del espectro de la psicosis, como depresión o trastorno bipolar^{9,22}. Por otra parte, no se encontró asociación con la adherencia al tratamiento, lo cual contrasta con los hallazgos de la mayoría de estudios, que relacionan la poca adherencia a una peor evolución clínica^{11,25}, esto podría ser debido a la dificultad que supone el evaluar adecuadamente la adherencia al tratamiento en la entrevista clínica.

En cuanto al consumo de tóxicos, en este estudio no se encontró asociación entre el consumo en general y el número de ingresos, al contrario que en otros^{9,20,23}. Sin embargo, estos estudios no analizaron el impacto de cada tipo de tóxico por separado. En este trabajo, no se encontró asociación entre el consumo de tabaco o alcohol con los ingresos, mientras que el consumo de cannabis sí se asoció con un mayor número de ingresos; por su parte, el consumo de cocaína se asoció con un menor riesgo de ingreso. Estos datos son comparables a los obtenidos por Thomsen et al.¹⁷, que encontraron asociación entre el consumo de cannabis y el riesgo de reingreso, mientras que no la encontraron para el consumo de alcohol o cocaína. El hecho de que la cocaína apareciera como factor protector podría explicarse por la

mayor proporción de pacientes con consumo de cocaína que recibieron el diagnóstico de Tr. Psicótico Breve, hecho ya descrito en otras publicaciones²⁶.

El recibir politerapia antipsicótica se asoció a un mayor número de ingresos recientes, lo cual puede explicarse por el hecho de ser más frecuentemente utilizada en pacientes más graves²⁷. El uso de tratamiento inyectable de larga duración también se asoció a un mayor número de ingresos, lo cual podría explicarse por el mismo motivo y por el hecho de ser un estudio transversal. Para poder ver el efecto de estos tratamientos sería necesario realizar estudios prospectivos, los cuales han demostrado que el uso de inyectables reduce el número de ingresos^{3,5,6,12}.

No se encontró asociación con el tiempo de evolución de la enfermedad. Por último, los pacientes que tuvieron un reingreso en menor periodo de tiempo presentaron más probabilidad de precisar de múltiples ingresos, de manera similar a como mostraron Gastal et al. en su estudio⁹.

6.2 Limitaciones y fortalezas del estudio

La principal limitación es el diseño del estudio, ya que al tratarse de estudio transversal no permite establecer causalidad.

Otra de las limitaciones de este trabajo es la escasa muestra obtenida debido al corto periodo de estudio, lo cual limita la capacidad de establecer asociaciones estadísticamente significativas.

Por otra parte, se trata de un estudio retrospectivo en el que se depende de los datos recogidos en la historia clínica electrónica por personal no implicado en el estudio, con posibilidad de incurrir en un sesgo de información, así como de datos perdidos. Además, como ya se ha comentado previamente, la existencia de distintas definiciones del “fenómeno de puerta giratoria” o de “paciente con múltiples ingresos” dificulta la comparación de los datos obtenidos con los de otros estudios.

En cuanto a las fortalezas, se trata de un estudio fácilmente replicable y de escaso coste, por lo que se podría aumentar la muestra tanto aumentando el periodo de estudio como recogiendo datos de otros hospitales. También se han obtenido los datos de todos los pacientes atendidos en el período de estudio, para evitar así, sesgos de selección.

6.3 Implicaciones para la práctica clínica

Este estudio aporta información acerca de qué variables sociodemográficas y clínicas pueden influir en el número de ingresos de los pacientes con diagnóstico de trastorno

psicótico que se encuentran recibiendo tratamiento psicofarmacológico, lo cual permite formular hipótesis para guiar futuras investigaciones y dirigir los esfuerzos tanto clínicos como organizativos para modificar estos aspectos, y así poder reducir el número de ingresos, con el consiguiente impacto tanto económico como en la calidad de vida de los pacientes. Concretamente, se refleja la importancia de la autonomía, el trabajo y el consumo de cannabis; mientras que aspectos como el mayor uso de politerapia antipsicótica y de tratamiento inyectable de larga duración en los pacientes que requieren de más ingresos probablemente refleje la mayor gravedad clínica de estos pacientes.

6.4 Implicaciones para futuras investigaciones

De cara a investigaciones futuras, sería interesante realizar estudios con una mayor muestra, para poder aumentar la potencia estadística y determinar la asociación de aquellas variables que en este estudio quedaron cerca de la significación.

Por otra parte, son necesarios estudios prospectivos para determinar la causalidad de algunas de las asociaciones encontradas.

7. CONCLUSIONES

Existen variables clínicas y sociodemográficas que se asocian a un mayor número de ingresos hospitalarios en pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico primario que siguen tratamiento con antipsicóticos.

Los pacientes que no trabajaban, que no vivían de forma autónoma, que consumían cannabis, que reingresaban en un período de tiempo más corto y que recibían tratamiento con politerapia antipsicótica y/o inyectables de larga duración tenían más probabilidades de haber requerido un mayor número de ingresos en los últimos 5 años.

No se encontró correlación con el resto de variables analizadas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Marder S. Psychosis in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. Uptodate [Internet]. [citado 17 de marzo de 2022]; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation?search=PSYCHOSIS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*. mayo de 2018;31(3):246-55.
3. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, Jedenius E, et al. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 1 de julio de 2017;74(7):686-93.
4. Schennach R, Riedel M, Obermeier M, Jäger M, Schmauss M, Laux G, et al. What happens with schizophrenia patients after their discharge from hospital? Results on outcome and treatment from a «real-world» 2-year follow-up trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. septiembre de 2020;270(6):661-71.
5. Lintunen J, Taipale H, Tanskanen A, Mittendorfer-Rutz E, Tiihonen J, Lähteenvuo M. Long-Term Real-World Effectiveness of Pharmacotherapies for Schizoaffective Disorder. *Schizophr Bull*. 3 de febrero de 2021;47(4):1099-107.
6. Lähteenvuo M, Taipale H, Tanskanen A, Mittendorfer-Rutz E, Tiihonen J. Effectiveness of pharmacotherapies for delusional disorder in a Swedish national cohort of 9076 patients. *Schizophr Res*. febrero de 2021;228:367-72.
7. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. enero de 2007;64(1):19-28.
8. Psychosis in adults: Initial management - UpToDate [Internet]. [citado 17 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-initial-management?search=PSYCHOSIS&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1666823543
9. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MIS, Gameiro MA, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saúde Pública*. junio de 2000;34:280-5.

10. The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors [Internet]. [citado 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://oae.ovid.com/article/00005053-201609000-00008/HTML>
11. Valenstein M, Blow FC, Copeland LA, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, et al. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophr Bull.* 2004;30(2):255-64.
12. Marcus SC, Zummo J, Pettit AR, Stoddard J, Doshi JA. Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. *J Manag Care Spec Pharm.* septiembre de 2015;21(9):754-69.
13. García-Carmona JA, Simal-Aguado J, Campos-Navarro MP, Valdivia-Muñoz F, Galindo-Tovar A. Long-Acting Injectable Antipsychotics: Analysis of Prescription Patterns and Patient Characteristics in Mental Health from a Spanish Real-World Study. *Clin Drug Investig.* mayo de 2020;40(5):459-68.
14. Inwanna S, Duangchan C, Matthews AK. Effectiveness of Interventions to Promote Medication Adherence in Schizophrenic Populations in Thailand: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2 de marzo de 2022;19(5):2887.
15. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull.* 1 de enero de 2010;36(1):48-70.
16. Masroor A, Khorochkov A, Prieto J, Singh KB, Nnadozie MC, Abdal M, et al. Unraveling the Association Between Schizophrenia and Substance Use Disorder-Predictors, Mechanisms and Treatment Modifications: A Systematic Review. *Cureus.* 13(7):e16722.
17. Rømer Thomsen K, Thylstrup B, Pedersen MM, Pedersen MU, Simonsen E, Hesse M. Drug-related predictors of readmission for schizophrenia among patients admitted to treatment for drug use disorders. *Schizophr Res.* mayo de 2018;195:495-500.
18. San L, Bernardo M, Gómez A, Peña M. Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract.* febrero de 2013;17(1):2-9.
19. Gobbicchi C, Verdolini N, Menculini G, Cirimilli F, Gallucci D, Vieta E, et al. Searching for factors associated with the «Revolving Door phenomenon» in the psychiatric inpatient unit: A 5-year retrospective cohort study. *Psychiatry Res.* 2021;303:114080.
20. de Jong MH, Wierdsma AI, Zoeteman J, van Boeijen CA, Van Gool AR, Mulder CL. Risk factors for repeated emergency compulsory psychiatric admissions. *BJPsych Open*

[Internet]. 22 de diciembre de 2020 [citado 7 de marzo de 2022];7(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7791558/>

21. ISRCTN54234300. ThrIVe-B feasibility study.

<http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN54234300> [Internet]. 2017;

Disponible en:

<https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01886452/full>

22. Evans LJ, Harris V, Newman L, Beck A. Rapid and frequent psychiatric readmissions: associated factors. *Int J Psychiatry Clin Pract.* noviembre de 2017;21(4):271-6.

23. Jaramillo-Gonzalez LE, Sanchez-Pedraza R, Herazo MI. The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC Psychiatry.* 2014;14:161.

24. Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M, Melamed Y, Bleich A. Revolving-door Patients in Public Psychiatric Hospital in Israel: Cross Sectional Study. *Croat Med J.* diciembre de 2009;50(6):575-82.

25. Portela R, Wainberg ML, Castel S, de Oliveira HN, Ruas CM. Risk factors associated with readmissions of patients with severe mental disorders under treatment with antipsychotics. *BMC Psychiatry.* 17 de marzo de 2022;22(1):189.

26. Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Barral C, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, et al. An International Perspective and Review of Cocaine-Induced Psychosis: A Call to Action. *Subst Abuse.* 3 de julio de 2014;35(3):321-7.

27. Gallego JA, Bonetti J, Zhang J, Kane JM, Correll CU. Prevalence and Correlates of Antipsychotic Polypharmacy: A Systematic Review and Meta-regression of Global and Regional Trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res.* junio de 2012;138(1):18-28.