



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

**PERFIL CLÍNICO-ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES  
INGRESADOS POR PRIMER EPISODIO PSICÓTICO DURANTE  
2014 Y 2015**

***CLINICAL PROFILE OF FIRST PSYCHOTIC EPISODE  
INPATIENTS DURING THE PERIOD 2014-2015***

Autor/es

**Sofía Bes Miras**

Director/es

**Ricardo C. Campos Ródenas**

**Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología**

**Facultad de Medicina**

**Zaragoza, 2016**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
<i>ABSTRACT</i> .....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. La importancia de la investigación en Primeros Episodios Psicóticos.....	8
2.2. Epidemiología de los Primeros Episodios Psicóticos.....	8
2.3. La intervención en los Primeros Episodios Psicóticos.....	9
2.4. Duración de la psicosis no tratada (DUP).....	10
3. MARCO METODOLÓGICO.....	12
3.1. Objetivos.....	12
3.2. Material y métodos.....	13
3.2.1. Búsqueda bibliográfica sistematizada.....	13
3.2.2. Estudio descriptivo.....	14
3.3. Resultados.....	17
3.3.1. Búsqueda bibliográfica sistematizada en <i>PubMed</i> .....	17
3.3.2. Estudio descriptivo.....	19
3.3.3. Perfil clínico.....	19
3.3.4. Perfil asistencial.....	22
3.4. Discusión.....	26
3.4.1. Perfil clínico.....	26
3.4.1.1. Aspectos sociodemográficos.....	26
3.4.1.2. Consumo de sustancias psicoactivas.....	27
3.4.1.3. Antecedentes psiquiátricos personales.....	28
3.4.1.4. Antecedentes familiares.....	28
3.4.2. Perfil asistencial.....	29
3.4.2.1. Características del ingreso.....	29
3.4.2.2. Características del seguimiento al alta.....	30
3.4.3. Líneas futuras de actuación.....	31
3.5. Limitaciones.....	32
4. CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS.....	40

## RESUMEN

La gran importancia de investigar acerca de los Primeros Episodios Psicóticos se atribuye a su gravedad, su tendencia a debutar en jóvenes y a la gran disfunción social que con frecuencia asocian. Además, los retrasos en su detección determinan una peor respuesta al tratamiento, un mayor deterioro psicosocial y riesgo de conductas suicidas.

Es el objetivo principal de este estudio la descripción de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con Primer Episodio Psicótico, lo cual pueda ser utilizado para la creación de programas asistenciales diagnóstico-terapéuticos que permitan optimizar la calidad asistencial. Para ello se ha llevado a cabo un análisis de los pacientes ingresados por Primer Episodio Psicótico en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante 2014 y 2015.

Tras la revisión sistematizada de 18 artículos referidos a estudios similares, se ha diseñado la metodología, consistente en un estudio descriptivo de series de casos, y el conjunto básico mínimo de datos (información obtenida de los Informes de Alta).

Los pacientes ingresados en UHA con Primeros Episodios Psicóticos representaron el 7,1%, con una media de duración de 19,74 días, procediendo en su mayoría del Servicio de Urgencias (84%) y revistiendo carácter involuntario (80%). Entre los aspectos sociodemográficos estudiados, destacan por su elevada frecuencia el sexo masculino (57%), la juventud (48% entre 18 y 30 años), la procedencia de otras culturas (21%), el desempleo (54%) y la ausencia de pareja estable (69%). Con respecto a los antecedentes personales, el consumo de sustancias psicoactivas (44%), concretamente cannabis (77% de consumidores), así como la patología previa psiquiátrica no psicótica (48%) están muy representados. Al alta, destaca con respecto a otras patologías psiquiátricas la derivación al Hospital de Día (10%), así como el tratamiento por vía intramuscular de liberación prolongada (16%). El fármaco más frecuentemente pautado fue la olanzapina vía oral (62%).

Este estudio ilustra la necesidad de elaborar Guías de Práctica Clínica para contar con la información necesaria referida al diagnóstico y tratamiento de los Primeros Episodios Psicóticos que permitan la creación de programas de atención específicos.

**Palabras clave:** Primer Episodio Psicótico, programas asistenciales, perfil clínico asistencial, Unidad de Hospitalización de Adultos, duración de la psicosis no tratada.

## **ABSTRACT**

The remarkable importance of research on First Psychotic Episodes is due to the severity that they present, to their tendency to debut in youths and to the severe social dysfunction that they often imply. In addition, delays in diagnoses critically determine a worse rate of response to treatment, higher psychosocial impairment and increased risk of suicidal behaviour.

The main objective of this study is to describe the sociodemographic and clinical characteristics of patients with First Episode Psychosis, which can be used for creating diagnostic and therapeutic care programs to optimize quality of care. For this reason it has been carried out an analysis of patients admitted for First Episode Psychosis in Acute Psychiatric Unit of Psychiatry Service of the Lozano Blesa University Hospital during 2014 and 2015.

After a systematic review of 18 articles about similar studies, a methodology has been designed, consisting of a descriptive survey of a case series, and the minimum basic set of data (information obtained from discharge reports).

They represented 7.1 % of inpatients of Acute Psychiatric Unit, with an average duration of 19.74 days, coming mostly from the Emergency Room (84%) and having involuntary (80%) status. Among the sociodemographic aspects studied, the following facts must be remarked: from other cultures (21%), unemployment (54%) and no stable partner (69%). Use of psychoactive substances (44%), specifically cannabis (77% of consumers) and nonpsychotic psychiatric previous pathology (48%) are highly represented. At discharge, referral to Day Care Hospital (10%) prevails over other psychiatric disorders. It is underused the prolonged liberation intramuscular treatment (16%). The most frequently scheduled drug was orally olanzapine (62%).

This study illustrates the need to both developing Clinical Practice Guides and gathering the necessary information regarding the diagnosis and treatment of the First Psychotic Episodes. These will favour the design of specific clinical care programs for this cohort of patients.

**Keywords:** First Psychotic Episode, clinical care programs, clinical care profile, Acute Psychiatric Unit, duration of untreated psychosis.

## 1. INTRODUCCIÓN

### JUSTIFICACIÓN

Se atribuye la gran relevancia actual de investigar acerca de los estados psicóticos a diferentes aspectos entre los que destacan su gravedad, su tendencia a debutar en personas jóvenes y la gran disfunción tanto social como ocupacional y en el entorno familiar que con frecuencia generan<sup>1</sup>.

En lo referido a la importancia de centrarse en el *primer episodio* cabe destacar que es en la fase aguda donde se produce una mayor desestructuración de los procesos cognitivos del individuo, así como de su comportamiento y su función social. Es además un momento muy propicio para el estudio de los elementos que hayan podido influir en el desencadenante de la crisis<sup>2</sup>.

Así, se considera necesario identificar las variables clínicas o biológicas que modifican el curso de la enfermedad y que, desde el debut de la psicosis, permitan discriminar con cierta fiabilidad qué pacientes van a presentar un curso crónico o con alta probabilidad de recaídas y llevar así (si resultan modificables) a instaurar el tratamiento más adecuado, intensivo, y en la medida de lo posible, específico.

Ha sido demostrado que entre un 15 y un 35% de los pacientes con Primer Episodio Psicótico recaen durante el primer año y que durante los primeros años de evolución es cuando existe más riesgo de recidivas con su consecuente pronóstico<sup>3</sup>. De este modo se puede deducir que la clave del tratamiento, tanto farmacológico como psicoterapéutico, reside en el diagnóstico precoz, que necesariamente va precedido de una detección temprana.

Ante estas evidencias es importante contar con la información que se pueda obtener del periodo comprendido entre el inicio del padecimiento y el momento en el que el paciente recibe el tratamiento especializado, ya que se podrían establecer algunos de los mecanismos fisiopatológicos asociados a los trastornos psicóticos y permitiría planificar programas de detección oportuna para disminuir el impacto negativo de la psicosis no tratada en el pronóstico a largo plazo<sup>4</sup>.

## LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

El Primer Episodio Psicótico (PEP) es una situación clínica y personal compleja con múltiples formas de expresión, a menudo ambiguas, que requieren de una adecuada aproximación diagnóstica y terapéutica.

Hablar de Primer Episodio Psicótico en los tiempos que corren no es tarea fácil. Y es que a día de hoy, no se cuenta con una definición operativa y satisfactoria (desde el prisma epistemológico) del concepto “psicosis”. Resulta incluso complicado hablar de “primeros”, pues la mayor parte de los pacientes evaluados han experimentado síntomas psicóticos con anterioridad; así como hablar de “episodios” ya que muchos de los pacientes no presentarán un curso episódico, deviniendo directamente en estados defectuales graves<sup>5</sup>.

En relación al concepto de episodio psicótico, se encuentra definido en un tratado de psiquiatría español como: “*Conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de síntomas positivos (delirios y alucinaciones), negativos, cognitivos y afectivos*”<sup>6</sup>. Esta definición, a pesar de su ambigüedad, se encuentra de manera muy similar en numerosos textos tanto nacionales como internacionales.

Se encuentra una afinación mayor del concepto de psicosis en el trabajo de Vicente Molina *La psicosis. Ideas sobre la locura*<sup>7</sup> del que se puede obtener información de bastante relevancia en este sentido:

*“Síndrome clínico caracterizado por una significativa pérdida de contacto entre la realidad objetiva (externa y relacional) del paciente y sus correspondientes representaciones mentales. Los componentes principales de las psicosis son los delirios, las alucinaciones y los trastornos de la forma del pensamiento (el modo en que se asocian unas ideas con otras) y de la conducta”*<sup>7</sup>.

*“Esos síntomas principales se acompañan de otros dependiendo del cuadro en que la psicosis se dé”*<sup>7</sup>.

*“La psicosis es, pues, un estado compartido por muchos cuadros, posiblemente los más graves de entre los problemas psiquiátricos”*<sup>7</sup>.

Resulta también complicada la utilización del apelativo *primer* ya que es muy difícil establecer cuando empezó el cuadro en sí, así como determinar la primera vez que se produjeron los síntomas psicóticos, siendo en muchos casos claramente disfuncionales<sup>5</sup>.

En lo referido al término *episodio* ya ha sido comentado anteriormente que en la práctica no todos los pacientes evolucionan de manera episódica, de hecho entre el 14 y el 24%, según estudios, evolucionan directamente desde el primer episodio a estados crónicos y graves sin solución de continuidad entre ellos<sup>5</sup>.

El Primer Episodio Psicótico es en muchas ocasiones la forma de inicio de la esquizofrenia<sup>8</sup>. La última actualización de la DSM por la *American Psychiatric Association*, la DSM-V, engloba dentro del término esquizofrenia a todos aquellos pacientes que cumplen 2 o más de los denominados *síntomas característicos* a los cuales pertenecen las ideas delirantes, alucinaciones, el lenguaje desorganizado, el comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y los síntomas negativos. Desaparecen los subtipos paranoide, desorganizado, catatónico e indiferenciado que se contemplaban en la DSM-IV, pasando a ser la catatonía un especificador del concepto<sup>9</sup>.

Así, a pesar de las dificultades que presenta el término de Primer Episodio Psicótico, la investigación en este campo presenta una serie de ventajas cuyo valor hay que considerar, ya que en estudios con primeros episodios, efectos confusionales como son la medicación neuroléptica, los relacionados con la cronicidad, las recaídas o las largas estancias institucionales aún no están presentes<sup>3</sup>.

Aquí cobra importancia el concepto de la duración de la psicosis no tratada o DUP (*duration of untreated psychosis*), el cual consiste en el período que transcurre desde la aparición del primer síntoma psicótico positivo con una gravedad relevante en función de su intensidad, hasta el inicio del tratamiento antipsicótico. Ha sido un concepto ampliamente estudiado en relación con los Primeros Episodios Psicóticos, y considerado una variable pronóstica independiente en el curso evolutivo de los mismos<sup>4</sup>.

Además, dicho retraso en el diagnóstico e inicio oportuno de un tratamiento específico se ha asociado con una mayor latencia hasta la remisión de los síntomas y con una pobre respuesta al tratamiento con antipsicóticos, con un aumento del riesgo de conductas suicidas y de problemas legales y un mayor deterioro psicosocial<sup>4</sup>.

En este sentido no se puede olvidar que la tasa de remisión clínico-psicológica tras el Primer Episodio Psicótico duplica la de recuperación funcional, razón por la cual la intervención no ha de estar únicamente focalizada al control de los síntomas<sup>10</sup>.

## **LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS**

De lo anteriormente expuesto se deriva el objetivo de este trabajo, que es la descripción de las características sociodemográficas y clínicas que presentan este tipo de pacientes. La base del mismo son aquellos ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU-LB) de Zaragoza durante los años 2014 y 2015.

Dicho Servicio presta asistencia a la población del Sector III del Sistema Aragonés de Salud, el cual incluye 22 Zonas Básicas de Salud, con 116 municipios de 9 comarcas diferentes que corresponden a la zona noroccidental de la provincia de Zaragoza y al oeste de la ciudad de Zaragoza. Cabe destacar como características principales de dicha población su ruralidad, dispersión, su elevada tasa de envejecimiento y dependencia, así como de inmigración<sup>11</sup>.

La Unidad de Hospitalización de Adultos cuenta con 20 camas, suponiendo sus ingresos el 1.5% de los de dicho Hospital. Dentro de ellos, aquellos en los que estuvo motivado por la presentación de un Primer Episodio Psicótico, van a ser la base del estudio que a continuación se presenta.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS**

La realización de estudios en las primeras etapas de la esquizofrenia, el Primer Episodio Psicótico, identificado como tal, es especialmente importante y de gran utilidad, ya que evita el efecto de variables de confusión como son la influencia del tratamiento antipsicótico o la cronicidad, bien conocidos como provocadores de cambios estructurales a largo plazo, lo cual puede explicar parte de la inconsistencia de los hallazgos obtenidos hasta el momento<sup>12</sup>.

Los PEP son, por tanto, un excelente grupo para estudiar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de los trastornos ligados con la esquizofrenia. El estudio de esta población más homogénea, aumenta la validez de los hallazgos obtenidos y posibilita la obtención de biomarcadores adecuados para el diagnóstico precoz, la monitorización de la respuesta a una intervención terapéutica y la evolución de la enfermedad.

Grupos europeos y americanos, mediante grandes estudios longitudinales de poblaciones con PEP ya han podido determinar algunos hallazgos relevantes a este respecto, como la presencia de cambios progresivos en neuroimagen, el establecimiento de los predictores de recuperación en seguimientos de hasta 10 años y las ventajas de un tratamiento antipsicótico adecuado y temprano<sup>13</sup>.

### **2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS**

En relación con la importancia de los PEP a nivel epidemiológico, en el estudio prospectivo de Cavan-Monaghan desarrollado en Irlanda tras 8 años de investigación en sujetos mayores de 15 años, se determina una incidencia anual de 31.6 casos/100.000 habitantes, siendo mayor en hombres que en mujeres<sup>14</sup>. Estos datos contrastan con los obtenidos en el estudio *Primeros episodios de esquizofrenia en Cantabria*, en el que se reveló una incidencia para la misma franja de edad de 19 casos/100.000 habitantes por año, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos<sup>15</sup>.

Con respecto al curso evolutivo de los PEP, otro estudio determina que cerca de un 80% recaerá en los 5 años siguientes, acompañándose esta recaída de sucesivas en un 80% de estos. Estima además una recuperación completa y duradera en tan solo un 26% de los casos, mostrando el 43% anomalías residuales leves que interfieren en cierta medida con su vida en la comunidad<sup>5</sup>.

### **2.3. INTERVENCIÓN EN LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS**

Las ventajas de la intervención precoz en fases iniciales de la psicosis han sido establecidas en base a una larga lista de evidencias, entre las que destacan su influencia sobre la evolución de la enfermedad y el pronóstico, la mayor recuperación psicosocial con intervenciones multidisciplinarias, la disminución de la iatrogenia y la orientación temprana de los pacientes no respondedores al tratamiento antipsicótico<sup>16</sup>.

Además, la focalización en intervención temprana en PEP minimiza la necesidad de formas posteriores de asistencia más restrictivas, especialmente de ingresos hospitalarios involuntarios, así como del riesgo de padecer segundos episodios<sup>17</sup>.

Es destacable el hecho de que, existe una evidencia mayor que sostiene los beneficios de la intervención temprana en la psicosis que la encontrada en iniciativas llevadas a cabo a este respecto en otras patologías psiquiátricas<sup>16</sup>.

La aparición de un PEP puede ser brusca o insidiosa, presentando la mayor parte de individuos algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida del interés escolar/laboral, deterioro del cuidado personal, conducta poco habitual, etc.) tras los cuales puede aparecer un síntoma afectivo o no, característico de la fase activa que permite realizar el diagnóstico de PEP.

Este periodo prodrómico puede durar entre varios días y una semana, pero en ocasiones puede persistir varios meses. Las características de este periodo suelen repetirse si se da una nueva recidiva.

De esta manera, las principales intervenciones en la fase aguda de un PEP van dirigidas a proporcionar apoyo y psicoeducación, y están centradas en ocuparse de los problemas

inmediatos al inicio del tratamiento. El primer paso es construir una alianza terapéutica y, una vez conseguida, la terapia de apoyo se basa en un abordaje psicoeducativo sincronizado y adecuado a la capacidad de comprensión del paciente<sup>15</sup>.

Cuando se llega a la recuperación de un PEP, aparece una fase de alta vulnerabilidad que abarca de los 3 a los 5 años después de haberlo presentado, el denominado período crítico. Está indicado un tratamiento óptimo y continuado durante este período, en el que la vulnerabilidad alcanza su punto máximo y, en el cual, los factores personales, sociales y biológicos influyen en el futuro equilibrio entre ausencia y presencia de síntomas psicóticos<sup>15</sup>.

#### **2.4. DURACIÓN DE LA PSICOSIS NO TRATADA (DUP)**

Un concepto ampliamente comentado en la bibliografía del tema es el de la DUP (*duration of untrated psychosis*). Este se define como el período de tiempo que transcurre desde la aparición del primer síntoma psicótico positivo (según diferentes autores, alucinaciones, delirios, conductas peculiares, alteraciones formales del pensamiento, etc.), con una gravedad relevante en función de su intensidad y/o duración, hasta que se inicia el tratamiento antipsicótico<sup>5</sup>.

Han sido realizados numerosos estudios en torno al concepto de DUP, de los cuales se han obtenido conclusiones, las cuales afirman que una mayor duración de esta implica, secundariamente a la acción de mecanismos biológicos neurodegenerativos, un peor pronóstico clínico, evolutivo y funcional de los pacientes con síntomas psicóticos<sup>16</sup>.

De este modo, una intervención tardía sobre la psicosis se asocia a una mayor prevalencia de síntomas psicóticos negativos, y a una peor respuesta de los síntomas positivos a los tratamientos antipsicóticos, independientemente de la edad y del ajuste premórbido del individuo. Así se ha postulado como objetivo que, en condiciones óptimas, el DUP no debería de exceder las 12 semanas<sup>5</sup>.

Pero el concepto del DUP no está libre de limitaciones. Diferentes autores han destacado algunas entre las que destacan su dificultad para ser considerado un factor pronóstico independiente (dadas las múltiples variables que intervienen en su configuración y génesis) o su no consideración de lo acontecido previamente al primer

síntoma psicótico positivo grave, ni en el tiempo transcurrido desde la instauración del tratamiento a antipsicótico a la resolución de la sintomatología psicótica que define al propio DUP.

Con la intención de resolver (al menos parcialmente) dichas limitaciones, algunos autores prefieren hablar del concepto de DUI (*duration of untreated illness*) o tiempo de enfermedad no tratada. Este incluye el periodo transcurrido desde el inicio de los síntomas prodrómicos que anteceden a la mayoría de los procesos psicóticos hasta la remisión sintomática del episodio, incluyendo así a la DUP.

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. OBJETIVOS**

Entre los objetivos principales de este estudio, destaca su utilidad como línea estratégica de investigación clínica, cuya metodología y resultados puedan ser utilizados con posterioridad para continuar con la investigación en esta materia.

Radica también su realización en la obtención de una base de datos de la actividad asistencial llevada a cabo durante los años 2014 y 2015 en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, con sus posibles usos posteriores como fuente de consulta o para la utilización de los datos que aporta en otros estudios.

Es otra de sus finalidades básicas la descripción de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados por presentar síntomas psicóticos por primera vez (ya sea en el contexto de un trastorno afectivo o como primer episodio psicótico agudo) en dicha Unidad durante el período previamente citado, con el objetivo de obtener conclusiones en relación con el conjunto básico mínimo de datos analizado que permitan la creación de programas asistenciales diagnóstico-terapéuticos que lleven a la optimización de la actividad asistencial.

## 3.2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 3.2.1. Búsqueda bibliográfica sistematizada

Previo a la realización del estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistematizada en el portal *PubMed* utilizando como palabras clave “*first episode psychosis*”. Con la finalidad de acotar la búsqueda, han sido utilizados los siguientes criterios de inclusión:

1. Artículos en los que se encuentra el texto completo de manera gratuita.
2. Artículos publicados en los últimos 5 años.

A continuación se han elaborado los criterios de exclusión:

1. Artículos cuya finalidad es un estudio de alteraciones de tipo neurobiológico o anatómico presentes en el Primer Episodio Psicótico.
2. Artículos basados en estudios longitudinales prospectivos.

Así se ha llevado a cabo su aplicación a través de la información que proporciona el título y, sobre los artículos obtenidos, se ha realizado una revisión de su *Abstract* para valorar si se ajustaban al estudio que posteriormente se iba a realizar.

Tras ello han sido seleccionados los artículos considerados cinco estrellas, a los cuales se les ha aportado dicho valor por relatar un estudio muy similar al que se va a realizar o por basar su temática en aspectos íntimamente relacionados con los que van a ser estudiados para obtener conclusiones.

De ellos se ha extraído la información que pudiera ser de ayuda en la elaboración de la estructura del estudio, el cual ha consistido en un estudio descriptivo de series de casos clínicos, cuya metodología es detallada a continuación.

### 3.2.2. Estudio descriptivo

En primer lugar se han elaborado los criterios de inclusión de casos en el estudio, los cuales han consistido en:

1. Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría del HCU-LB (todos de 18 o más años).
2. Las fechas de ingreso han de estar comprendidas entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015, ambos incluidos.
3. Entre los diagnósticos del ingreso ha de estar el de episodio psicótico agudo (con o sin síntomas de esquizofrenia) o de cualquier tipo de trastorno afectivo con síntomas psicóticos.
4. Ha de ser el primer ingreso en el que están presentes los síntomas psicóticos.

Se ha llevado a cabo la selección de los casos que cumplieran criterios de inclusión a través de la revisión de los Informes de Alta de los pacientes ingresados en dicha Unidad durante el periodo de tiempo previamente citado.

Seguidamente, en función de la estructura elaborada con la información extraída de los artículos revisados y con los datos que aportaban dichos informes, se ha elaborado un protocolo de conjunto básico mínimo de datos con las variables a analizar.

Estas, se han dividido en referidas a su perfil clínico (*características sociodemográficas, consumos de sustancias psicoactivas, antecedentes personales psiquiátricos no psicóticos y antecedentes familiares psiquiátricos*) y a su perfil asistencial (*características del ingreso y características del seguimiento al alta*).

En relación con las características sociodemográficas, se ha trabajado sobre las variables *edad, sexo, país de origen, situación laboral actual, situación relacional y comorbilidad médica*.

En lo referido a la edad y con la finalidad de facilitar su interpretación, se han agrupado los datos en intervalos de 5 años, con las excepciones del primero y el último en los que se han incluido a todos aquellos menores de 20 y mayores de 75 años respectivamente. Al extraer los casos de la UHA, no se cuenta para el estudio con pacientes de menos de 18 años.

Con respecto a la variable relacionada con la situación laboral actual, además de los porcentajes de cada categoría con respecto al total, se ha calculado el porcentaje de desempleados en relación a la población activa de la muestra, a consecuencia de ser un valor más práctico y facilitar así su interpretación. Se ha incluido en la población activa a todos los casos (por tener 18 o más años), excepto a aquellos en condición de jubilados.

En lo referido a la situación relacional de los casos, se ha considerado pareja estable a aquellas de duración mayor o igual a 1 año.

En el estudio de la variable relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, en primer lugar se ha recogido la información de aquellos con consumo activo al ingreso, así como de aquellos con historia de consumo, para lo que se contaba en el Informe de Alta tanto con la información aportada por ellos como con los resultados de los análisis toxicológicos. A continuación se han calculado los porcentajes según los diferentes tipos de sustancias, con la finalidad de establecer asociaciones entre sustancias psicoactivas concretas y los PEP.

Con respecto a los antecedentes psiquiátricos, se han considerado por un lado los de familiares, y por otro el hecho de que hubiesen presentado los casos antecedentes personales de patología psiquiátrica no psicótica.

En lo referido a las características del ingreso, se ha considerado la proporción de PEP con respecto al total de la UHA, su carácter (de voluntariedad o no), su duración, procedencia, el mes en el que tuvo lugar el ingreso y si se llevó a cabo interconsulta con algún otro servicio del hospital.

En relación con la estancia en días, se han agrupado sus resultados en intervalos de 5 días con el fin de facilitar la interpretación de los datos, con excepción del último intervalo en el que se han incluido todos los ingresos mayores de 40 días. Además se ha tenido en cuenta su valor absoluto dentro del intervalo para el posterior cálculo de su media.

Por último, han sido desarrolladas las variables relacionadas con el seguimiento de los casos tras su alta, en base al centro al que fueron derivados para el posterior seguimiento así como al tratamiento antipsicótico que fue pautado.

Respecto al tratamiento antipsicótico al alta, se han considerado cinco grupos según la vía de administración del mismo fuera oral, intramuscular, ambas, no recibiera tratamiento antipsicótico o no constase por traslado del paciente a otro centro. En relación con cada vía se ha estudiado el fármaco o fármacos que fueron prescritos en cada caso.

Como en la gran mayoría de los pacientes fueron pautados más de un tratamiento antipsicótico al alta, el porcentaje de cada fármaco se ha calculado en relación al total de pacientes de cada período, ya que se ha considerado una manera de expresarlo de mayor utilidad.

El almacenamiento y posterior procesamiento de datos se ha llevado a cabo con el programa informático *Microsoft Excel 2013*, con el que en primer lugar se ha analizado cada variable en los años 2014 y 2015 por separado, y a continuación de ambos en conjunto con la finalidad de sintetizar su posterior interpretación.

Dicho análisis ha consistido en el cálculo del porcentaje para cada categoría de cada variable de la muestra, tanto cualitativa como cuantitativa, así como la determinación de la media de duración del ingreso en días, lo cual ha sido considerado relevante por su importancia a la hora de determinar la complejidad asistencial que los pacientes con PEP presentan.

A continuación se ha llevado a cabo su representación gráfica con la utilización de diagrama de barras o sectorial (según se ha considerado más visualmente analizable en cada caso) en las variables cualitativas, y de diagrama de barras en aquellas cuantitativas, figuras que se muestran en la sección de *Anexos*.

### 3.3. RESULTADOS

#### 3.3.1. Búsqueda bibliográfica sistematizada en Pubmed

**Tabla 1.** Resultados de búsqueda bibliográfica en *PubMed*.

Palabras clave “ <i>first episode psychosis</i> ” →	<b>1935 artículos</b>
Aplicación de criterios de inclusión →	161 artículos
Aplicación de criterios de exclusión →	86 artículos
Revisión de <i>Abstract</i> → Artículos <i>cinco estrellas</i> →	<b>18 artículos</b>
	<b>Ref. 1, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34.</b>

**Tabla 2.** Año de publicación de artículos considerados cinco estrellas.

<b>Año</b>	<b>Nº Artículos</b>	<b>Porcentaje</b>
2011	3	17%
2012	2	11%
2013	1	6%
2014	4	22%
2015	8	44%
2016	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

**Tabla 3.** País de elaboración de artículos considerados cinco estrellas.

<b>País</b>	<b>Nº Artículos</b>	<b>Porcentaje</b>
España	2	11%
Inglaterra	8	44%
Estados Unidos	2	11%
Chile	1	6%
Canadá	1	6%
Turquía	1	6%
Holanda	1	6%
Italia	1	6%
Corea del Sur	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Con respecto a los resultados expuestos, es especialmente relevante el hecho de que un 44% de los artículos revisados hayan sido elaborados en Reino Unido. Es sabido que la población de este país cuenta con una alta incidencia de PEP<sup>25,34</sup>, de lo que deriva una mayor investigación y publicaciones relacionadas con los mismos. Ésta es especialmente elevada en áreas sureste de Londres (donde se alcanzan incidencias de hasta 74 casos por cada 100.000 habitantes)<sup>34</sup>, lo cual se ha asociado con la situación socioeconómica específica presente<sup>25</sup>.

Un 44% de dichos artículos revisados han sido publicados durante el año 2015, dato que aporta valor a la información extraída de los mismos y utilizada para el diseño de la metodología de este estudio, por su gran actualidad, lo que conlleva una más probable similitud con las condiciones en este presentes.

### 3.3.2. Estudio descriptivo

#### 3.3.2.1. Perfil clínico

**Tabla 4.** Datos sociodemográficos: sexo.

<b>Sexo</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Hombre	16	57%	19	58%	35	57%
Mujer	12	43%	14	42%	26	43%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 5.** Datos sociodemográficos: edad.

<b>Edad</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
<20	3	11%	3	9%	6	10%
21-25	7	25%	4	12%	11	18%
26-30	4	14%	8	24%	12	20%
31-35	3	11%	5	15%	8	13%
36-40	5	18%	3	9%	8	13%
41-45	0	0%	2	6%	2	3%
46-50	0	0%	3	9%	3	5%
51-55	1	4%	1	3%	2	3%
56-60	2	7%	2	6%	4	7%
61-65	0	0%	0	0%	0	0%
66-70	0	0%	2	6%	2	3%
71-75	1	4%	0	0%	1	2%
>75	2	7%	0	0%	2	3%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 6.** Datos sociodemográficos: país de origen.

<b>País de origen</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
España	22	79%	26	79%	48	79%
Rumanía	2	7%	2	6%	4	7%
India	1	4%	0	0%	1	2%
Brasil	1	4%	0	0%	1	2%
Nigeria	1	4%	0	0%	1	2%
Camerún	1	4%	0	0%	1	2%
Colombia	0	0%	1	3%	1	2%
Marruecos	0	0%	1	3%	1	2%
Gambia	0	0%	1	3%	1	2%
Pakistán	0	0%	1	3%	1	2%
Guinea Ecuatorial	0	0%	1	3%	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 7.** Datos sociodemográficos: situación laboral.

<b>Situación laboral</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>	<b>% Pob. Activa</b>
Empleo	11	39%	12	36%	23	38%	41%
Desempleo	14	50%	19	58%	33	54%	59%
Jubilado	3	11%	2	6%	5	8%	
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabla 8.** Datos sociodemográficos: situación relacional.

<b>Situación relacional</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Soltero	17	61%	13	39%	30	49%
Pareja estable	7	25%	12	36%	19	31%
Separado	3	11%	8	24%	11	18%
Viudo	1	4%	0	0%	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 9.** Datos sociodemográficos: comorbilidad médica.

<b>Comorbilidad médica</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Si	7	25%	6	18%	13	21%
No	21	75%	27	82%	48	79%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 10.** Consumo de sustancias psicoactivas.

<b>Consumo de sustancias psicoactivas</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Nunca	15	54%	19	58%	34	56%
Pasado	1	4%	1	3%	2	3%
Actual	12	43%	13	39%	25	41%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 11.** Sustancia psicoactiva consumida.

<b>Sustancia psicoactiva consumida</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Cannabis	6	46%	3	21%	9	33%
Estimulantes	2	15%	3	21%	5	19%
Cannabis + Estimulantes	5	38%	7	50%	12	44%
Otros	0	0%	1	7%	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Tabla 12.** Antecedentes personales de patología psiquiátrica no psicótica.

<b>Antecedentes personales psiquiátricos no psicóticos</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% TOTAL</b>
Si	13	46%	16	48%	29	48%
No	15	54%	17	52%	32	52%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 13.** Antecedentes familiares de patología psiquiátrica.

<b>Antecedentes familiares psiquiátricos</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% TOTAL</b>
Si	7	25%	9	27%	16	26%
No	21	75%	24	73%	45	74%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Con respecto a los aspectos sociodemográficos estudiados, se contó con una mayor proporción de casos de PEP en el sexo masculino (57%), en población de entre 18 y 40 años (74%), así como entre pacientes procedentes de otras culturas (21%), de entre los que destacaron los de origen rumano (7%).

Se encontró además un reducido número de casos con pareja estable (31%), así como un alto porcentaje de desempleo (59% de la población activa), reflejo de la tan comentada disfuncionalidad social presente en las fases iniciales de la psicosis.

La prevalencia de enfermedades crónicas fue baja (21%), aunque dentro de lo esperable si se recuerda que el 74% de los casos tienen una edad inferior o igual a 40 años.

En relación con los antecedentes personales, un 48% había presentado patología psiquiátrica no psicótica previa a la aparición de síntomas psicóticos, y en un 44% se encontró consumo activo de sustancias psicoactivas (41%) o antecedentes del mismo (3%). Con respecto a la sustancia psicoactiva consumida destaca el cannabis, confirmado en un 77% del total de consumidores (en un 44% en combinación con psicoestimulantes).

Los antecedentes familiares de patología psiquiátrica estuvieron presentes en un 26% de los casos.

3.3.2.2. *Perfil asistencial*

**Tabla 14.** Ingreso: proporción de PEP con respecto al total de la UHA.

<b>Año</b>	<b>PEP</b>	<b>Total de ingresos</b>	<b>%</b>
2014	28	393	7.12%
2015	33	463	7.13%

**Tabla 15.** Ingreso: carácter.

<b>Carácter</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% TOTAL</b>
Voluntario	4	14%	8	24%	12	20%
Involuntario	24	86%	25	76%	49	80%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 16.** Ingreso: duración en días.

<b>Duración en días</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% TOTAL</b>
1-5	0	0%	4	13%	4	7%
6-10	5	18%	5	16%	10	17%
11-15	9	32%	11	34%	20	33%
16-20	3	11%	6	19%	9	15%
21-25	2	7%	2	6%	4	7%
26-30	4	14%	2	6%	6	10%
31-35	1	4%	2	6%	3	5%
36-40	0	0%	0	0%	0	0%
<40	4	14%	0	0%	4	7%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 17.** Ingreso: estancia media.

<b>Media de días</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Días</b>	<b>25,54</b>	<b>14,82</b>	<b>19,74</b>

**Tabla 18.** Ingreso: mes.

<b>Mes</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Enero	3	11%	3	9%	6	10%
Febrero	4	14%	1	3%	5	8%
Marzo	2	7%	4	12%	6	10%
Abril	3	11%	2	6%	5	8%
Mayo	2	7%	5	15%	7	11%
Junio	2	7%	5	15%	7	11%
Julio	2	7%	2	6%	4	7%
Agosto	1	4%	3	9%	4	7%
Septiembre	2	7%	3	9%	5	8%
Octubre	1	4%	1	3%	2	3%
Noviembre	2	7%	3	9%	5	8%
Diciembre	4	14%	1	3%	5	8%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 19.** Ingreso: realización de interconsulta.

<b>Interconsulta</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Si	8	29%	6	18%	14	23%
No	20	71%	27	82%	47	77%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 20.** Ingreso: procedencia.

<b>Procedencia</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Urgencias	24	86%	27	82%	51	84%
Psiquiatra de referencia	0	0%	2	6%	2	3%
Otro Servicio HCU	0	0%	1	3%	1	2%
Hospital de otra área	4	14%	3	9%	7	11%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 21.** Seguimiento al alta: destino.

<b>Destino</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
USM de referencia	17	61%	17	52%	34	56%
Consultas Externas HCU	4	14%	11	33%	15	25%
Hospital de día HCU	5	18%	1	3%	6	10%
Centro Penitenciario	1	4%	0	0%	1	2%
Centro Prisma	0	0%	2	6%	2	3%
Centro de Solidaridad	0	0%	1	3%	1	2%
Psiquiatra privado	1	4%	1	3%	2	3%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 22.** Seguimiento al alta: tratamiento antipsicótico prescrito.

<b>Tratamiento antipsicótico al alta</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Vía oral	22	79%	26	79%	48	79%
Vía intramuscular	0	0%	1	3%	1	2%
Vía oral + Vía intramuscular	5	18%	4	12%	9	15%
No antipsicóticos	1	4%	1	3%	2	3%
No consta por traslado	0	0%	1	3%	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Tabla 23.** Seguimiento al alta: tratamiento antipsicótico vía oral prescrito.

<b>Tratamiento oral al alta</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%TOTAL</b>
Olanzapina	18	64%	20	61%	38	62%
Levomepromazina	3	11%	2	6%	5	8%
Clozapina	1	4%	0	0%	1	2%
Quetiapina	7	25%	3	9%	10	16%
Aripiprazol	5	18%	6	18%	11	18%
Paliperidona	2	7%	8	24%	10	16%
Risperidona	4	14%	7	21%	11	18%
Haloperidol	1	4%	0	0%	1	2%

**Tabla 24.** Seguimiento al alta: tratamiento antipsicótico vía intramuscular prescrito.

<b>Tratamiento intramuscular al alta</b>	<b>2014</b>	<b>% 2014</b>	<b>2015</b>	<b>% 2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% TOTAL</b>
Zuclopentixol	3	11%	1	3%	4	7%
Paliperidona	1	4%	3	9%	4	7%
Risperidona	1	4%	0	0%	1	2%
Aripiprazol	0	0%	1	3%	1	2%

Con respecto a la complejidad asistencial de los PEP, cabe destacar que estos supusieron un 7,12% del total de los ingresos de la UHA en 2014 y un 7,13% en 2015, contando como se muestra con una proporción muy constante en ambos años. Otro dato a reseñar es la duración de estos, encontrándose una media de 19,74 días por caso y habiendo durado un 14% de los mismos más de 40 días.

Es también destacable a este respecto el hecho de que el 80% de estos pacientes ingresasen de forma involuntaria, y un 84% desde el Servicio de Urgencias. Además un 23% de los mismos requirieron interconsultas con otros servicios durante su estancia.

En relación al mes en el que tuvo lugar el ingreso, se han encontrado importantes diferencias entre los dos años de estudio, siendo en 2014 los más frecuentes diciembre (14%) y febrero (14%), y en 2015 mayo (15%) y junio (15%). Ambos años sí que coinciden en una muy baja proporción de ingresos en octubre (4% en 2014 y 3% en 2015).

Al alta, la derivación más frecuentemente sugerida fueron las Unidades de Salud Mental de área (56% USM de área y 25% Consultas Externas del HCU-LB), siendo relevante el 10% en los que fue programado su ingreso al alta en el Hospital de Día del HCU-LB.

Con respecto al tratamiento antipsicótico prescrito, la vía intramuscular con fármacos de liberación prolongada estuvo presente en un 17% de los casos, destacando en 2014 el zuclopentixol y en 2015 la paliperidona (11% y 9% del total de PEP respectivamente).

El tratamiento antipsicótico más frecuentemente prescrito fue la olanzapina por vía oral, pautado al alta en un 62% de los casos.

### **3.4. DISCUSIÓN**

#### **3.4.1. Perfil clínico**

##### *3.4.1.1. Aspectos sociodemográficos*

Se ha encontrado como una de las características demográficas principales entre los pacientes con PEP el predominio de jóvenes, presentando un 48% de los casos entre 18 y 30 años y el 74% entre 18 y 40. Tal y como se ha comentado previamente, la población de la que han sido extraídos los casos (Sector III de Zaragoza) cuenta con una tasa elevada de envejecimiento, razón por la cual dicha aseveración cobra aún más fuerza.

La alta incidencia de psicosis en población menor de 35 años, ha sido estudiada y demostrada por múltiples estudios<sup>18,23,27,37</sup>, confirmando que los PEP ocurren con mayor frecuencia entre adultos jóvenes (especialmente entre los 15 y los 35 años<sup>15</sup>). Ciertos estudios lo han relacionado directamente con los múltiples servicios de intervención temprana que están siendo desarrollados en diversos países occidentales<sup>27</sup>.

Esta juventud justifica además la baja prevalencia (21%) de enfermedades crónicas presentes en los pacientes de este estudio.

El dato obtenido de que un 57% de los casos sean hombres también ha sido encontrado de forma similar en estudios previos recientes<sup>36,38</sup>, lo cual difiere de la tendencia histórica reiteradamente descrita en la bibliografía en la que se afirmaba una mucho más marcada frecuencia de síntomas psicóticos en el sexo masculino con respecto al femenino<sup>8,39,40</sup>.

Cabe destacar además la alta prevalencia de desempleo en el momento del PEP, presentándose en el 54% del total de casos (59% de los casos de población activa). Dichas cifras son realmente altas, especialmente si lo comparamos con el 16,6% de desempleados del total de población activa presente en la provincia de Zaragoza a mitad del período de estudio (en enero de 2015)<sup>35</sup>. Esto, unido a la baja proporción de casos con pareja estable (31%), orientan hacia la disfuncionalidad social que con gran frecuencia presentan los pacientes en fases iniciales de la psicosis, la cual ha sido ampliamente comentado en la bibliografía del tema<sup>3,5,10,22,38</sup>.

En relación con el origen de los pacientes estudiados, el 21% provienen de otras culturas (14,12% en la población del Sector III de Zaragoza<sup>11</sup>), destacando los de procedencia rumana, que suponen un 7% del total (5,4% de dicha población<sup>11</sup>). Esto concluye una reseñable mayor frecuencia de PEP en esta población con respecto a la de origen español. La pertenencia a otras culturas como factor de riesgo para padecer síntomas psicóticos ha sido repetidamente comentada y estudiada en diversos estudios previos sobre el tema<sup>27,31</sup>, en los que esto ha sido demostrado tanto en hombres como en mujeres, y en diferentes tipos de psicosis.

Así la consideración de una perspectiva transcultural de los pacientes atendidos en la UHA se presenta de especial importancia en esta cohorte de pacientes con PEP<sup>19</sup>.

#### 3.4.1.2. Consumo de sustancias psicoactivas

Son muchos los autores que hablan de un estilo de vida “poco saludable” en lo que a hábitos se refiere en fases iniciales de la psicosis. Esto guarda relación con el elevado porcentaje de pacientes con PEP que son consumidores habituales de sustancias psicoactivas, entre los casos de estudio un 41% (y un 3% con historia de consumo). Esto ha llevado a que, diversos trabajos en los que se han encontrado cifras similares, hayan considerado el consumo de sustancias psicoactivas como un factor de riesgo y posible desencadenante de los síntomas psicóticos<sup>3,39</sup>.

Del total de dichos consumidores hasta un 77% lo era de cannabis (un 33% de manera aislada y un 44% en combinación con psicoestimulantes). Esta asociación entre el consumo de cannabis y el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos ha sido ampliamente estudiada y demostrada de manera consistente por diferentes estudios epidemiológicos<sup>15,39,40</sup> en los que no solo se afirma su papel como factor detonante del PEP en personas con predisposición congénita, sino que se considera en algunos casos el consumo importante y duradero de cannabis como causa única y suficiente para la aparición de síntomas psicóticos<sup>15</sup>.

### *3.4.1.3. Antecedentes psiquiátricos personales*

Es de relevancia el dato de que un 48% de los casos estudiados hayan presentado antecedentes personales de patología psiquiátrica no psicótica (con resultados muy similares en ambos años de estudio). Además han sido encontrados valores cercanos al 50% en lo que a esta variable se refiere en múltiples estudios previos<sup>26,40</sup>. Esta proposición cobra aún más fuerza si se recuerda la gran tendencia de la psicosis de debutar en adultos jóvenes, lo cual disminuye las posibilidades cronológicas para la aparición de cualquier tipo de patología.

### *3.4.1.4. Antecedentes psiquiátricos familiares*

Un 26% de los casos estudiados manifestaron antecedentes de patología psiquiátrica en algún miembro de su familia. Dichos resultados podrían estar sometidos a sesgos de información a consecuencia del frecuente alto desconocimiento de los datos referidos a la patología de familiares presente en la sociedad. Como argumentos a favor de su fiabilidad se encuentran resultados entre los dos años de estudio muy similares, que además lo son con respecto a los obtenidos en diversos estudios previos<sup>3,39</sup>. Entre estos se ha encontrado también una conclusión de gran relevancia, la cual determina un riesgo quince veces mayor de padecer psicosis ante la existencia de antecedentes familiares de primer grado con esquizofrenia<sup>41</sup>, lo cual podría llevar a pensar en una influencia genética poligénica que predispusiese a su aparición.

En las otras muchas situaciones en la que no se encuentran antecedentes familiares, se ha hablado en estudios previos de factores predisponentes no genéticos aún desconocidos, entre los que posiblemente se encuentran determinadas situaciones acontecidas durante el embarazo y el parto<sup>15</sup>.

### **3.4.2. Perfil asistencial**

#### *3.4.2.1. Características del ingreso*

Algunas de las variables de estudio son reflejo de la complejidad asistencial que los pacientes con PEP suponen para la UHA, los cuales representaron un 7.1% del total de ingresos.

La media de días de ingreso (19,74), difiere considerablemente entre los dos años de estudio, pasando de ser de 25,54 días en 2014 a 14,82 en 2015. Es relevante también el hecho de que mientras que en 2014 un 14% de los ingresados por Primer Episodio Psicótico contaron con una estancia mayor de 40 días, en 2015 no hubo estancias mayores de 35 días.

Considerando la media de días de ingreso del total de casos (19,74 días), encontramos en diversos estudios sobre PEP resultados similares<sup>3,31</sup>, lo cual probablemente se relaciona con una forma similar de llevar a cabo el manejo y tratamiento de los mismos.

El hecho de que un 80% de los casos hayan ingresado de forma involuntaria y un 84% desde el Servicio de Urgencias, está íntimamente relacionado con la ausencia de conciencia de enfermedad (*insight*) habitualmente presente en los pacientes en fases iniciales de la psicosis.

El resultado obtenido de que el 23% de los pacientes ingresados con PEP hayan requerido interconsultas con otros servicios guarda relación directa con el 21% anteriormente expuesto en los que estaba presente comorbilidad de enfermedades médicas.

Con respecto al mes en el que se produjeron los ingresos por el padecimiento de PEP, no se han obtenido datos concluyentes ya que existen amplias diferencias entre los dos años de estudio: mientras que en 2014 un 39% debutaron en los meses más fríos (diciembre, enero y febrero), en 2015 la incidencia fue mayor en primavera (30% en mayo y junio). Es reseñable el pequeño porcentaje encontrado en octubre (similar en ambos años de estudio), con solo un 3% del total de los casos.

### 3.4.2.2. *Características del seguimiento al alta*

En relación con la derivación al alta, las Unidades de Salud Mental de Área (56% USM de área y 25% Consultas Externas del HCU-LB) fueron opción más frecuentemente sugerida, lo cual es reflejo de la carga que para estas Unidades suponen los pacientes en fases iniciales de psicosis tras la resolución de su primer episodio. En un 10% de los casos, la derivación fue al Hospital de Día del HCU-LB, dato especialmente relevante si se considera que del total de pacientes ingresados en la UHA lo son únicamente un 6%.

Con respecto al tratamiento antipsicótico al alta que recibieron los casos de estudio, en un 17% de ellos la vía intramuscular estuvo presente, en la gran mayoría en combinación con la oral (15%).

Ha pasado ya una década desde la salida al mercado del primer antipsicótico intramuscular de liberación prolongada (la risperidona). Ha crecido progresivamente desde entonces tanto el conocimiento como el número de principios activos, no habiendo aumentado a la misma velocidad la prescripción de los de los mismos. Su utilización ofrece numerosas ventajas, como son la prevención de recaídas por incumplimiento terapéutico, la disminución de picos plasmáticos de la que protege su cinética lineal, le menor tasa de reingresos, duración de los mismos, mejor pronóstico a largo plazo y relación coste efectividad<sup>42</sup>.

Esto determina los potenciales beneficios que se obtendrían si se lograra llegar a un cambio en las tendencias hasta ahora seguidas en materia de prescripción, en dirección a un aumento en la utilización de este tipo de antipsicóticos.

Respecto al antipsicótico vía intramuscular de liberación prolongada pautado, mientras que en 2014 lo más frecuente fue el zuclopentixol (11% de casos de estudio en ese año), en 2015 destacó la paliperidona (9% del total de los PEP de ese año). Entre los beneficios de la paliperidona destaca su alta eficacia en el control de la sintomatología, así como su buena tolerancia, observándose con su uso una disminución de efectos extrapiramidales, mejora de la calidad del sueño y esfera sexual, sin alterar los parámetros sanguíneos ni las constantes vitales<sup>43</sup>.

En relación con el tratamiento antipsicótico vía oral pautado al alta destaca con una importante diferencia con respecto a los demás la olanzapina (pautado en el 62% de los casos), perteneciente al grupo de antipsicóticos de segunda generación o atípicos. Y es

que son precisamente los fármacos de este grupo los recomendados en diversas Guías Clínicas como primera y segunda línea de tratamiento en pacientes con Primer Episodio Psicótico<sup>44</sup>. La elección concreta de olanzapina dentro de los antipsicóticos de este grupo está justificada por las múltiples ventajas que esta presenta en relación con su respuesta terapéutica, como lo son una más rápida respuesta clínica, mayor tiempo de depósito y menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales<sup>45</sup>.

### **3.4.3. Líneas futuras de actuación**

Los resultados obtenidos en relación con el perfil clínico de los pacientes con PEP, cobran gran importancia en su papel como base para el desarrollo de programas de intervención temprana destinados a la identificación de pacientes con cierta vulnerabilidad para el desarrollo de un PEP, lo cual permita un diagnóstico precoz y una reducción al máximo de la DUP.

Este ha de convertirse en un objetivo de máxima prioridad en la investigación sobre PEP, ya que han sido ampliamente demostrados los beneficios de los programas de intervención temprana especializados, los cuales suponen no solo una mejora en los resultados clínicos y sociales, sino que además determinan una disminución de la estancia hospitalaria, una mayor adherencia al tratamiento y una reducción significativa del riesgo de segundos episodios<sup>16</sup>.

Los datos obtenidos en relación con el perfil asistencial de los PEP, determinan la necesidad de contar con recursos multidisciplinares para el desarrollo y aplicación de programas de intervención orientados a lograr sinergias en el marco de alianzas terapéuticas entre el paciente, la familia y el equipo terapéutico, dirigidas a una recuperación funcional y una integración sostenible.

Se requiere además de una mayor implicación del sistema sociosanitario para llegar al desarrollo de programas específicos de intervención y rehabilitación precoces, multidisciplinares y no estigmatizantes, los cuales garanticen los mejores tratamientos farmacológicos y psicológicos disponibles en función de criterios de eficiencia, evidencia y prevención de recaídas. En este sentido el ingreso en la UHA supone una oportunidad de extraordinaria importancia en el camino asistencial posterior de esta cohorte de pacientes.

### **3.5. LIMITACIONES**

Tras la realización de este estudio y posterior obtención de resultados y discusión de los mismos, se han encontrado en el mismo algunas limitaciones:

1. No se ha tenido la posibilidad de disponer de una base de datos previa del tema a tratar, lo que ha llevado a tener que desarrollar una en relación a un conjunto básico mínimo de datos elegidos para este estudio.
2. Otras limitaciones que se podrían incluir no son pertinentes ya que el propósito de este estudio no es sino el de una investigación clínica (*audit*) transversal y no comprende otros pacientes de la Unidad de Hospitalización de Adultos ni de otras poblaciones

De esta manera, se considera de gran relevancia la posibilidad de disponer en el futuro de un protocolo de recogida de información relevante para la valoración y asistencia a pacientes con Primeros Episodios Psicóticos que permitan la creación de Guías Clínicas consensuadas.

#### 4. CONCLUSIONES

1. La intervención temprana en fases iniciales de la psicosis determina múltiples beneficios relacionados (entre otros aspectos) con la evolución, el pronóstico y la recuperación psicosocial de los pacientes con PEP.
2. Los pacientes ingresados por PEP supusieron tanto en 2014 como en 2015 un 7,1% del total de ingresos de la UHA.
3. Los pacientes con PEP estudiados fueron en su mayoría menores de 40 años y de sexo masculino (1,3:1), estando entre ellos la población de otras culturas más representada que en el Sector de salud del que proceden. Se mostró una importante disfuncionalidad social previa a la aparición del PEP, marcada por una alta tasa de desempleo y dificultad para el inicio y mantenimiento de relaciones personales.
4. Se encontró una alta frecuencia consumo de sustancias psicoactivas entre los pacientes ingresados por PEP, siendo la más habitual el cannabis, así como una elevada proporción con antecedentes personales de patología psiquiátrica no psicótica, cuya valoración es importante si se deseara intervenir de forma más precoz.
5. Los pacientes con PEP suponen una elevada complejidad asistencial, tanto por la tendencia a estancias más prolongadas que otras patologías psiquiátricas como por sus requerimientos al alta (reflejado por la mayor proporción de derivación a Hospital de Día que en otras patologías).
6. En relación al tratamiento de los ingresados por PEP al alta, la olanzapina vía oral fue el más frecuente. La proporción de antipsicóticos intramusculares de liberación prolongada pautados al alta fue baja en relación a los prescritos vía oral.
7. Este estudio ilustra la necesidad de elaborar Guías de Práctica Clínica para contar con la información necesaria con respecto al diagnóstico y tratamiento de los PEP que permitan la creación de programas de detección precoz y atención específicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- \*\*\*\*\*1. Jorquera N, Alvarado R, Libuy N, Ángel V. Association between unmet needs and clinical status in patients with first episode of Schizophrenia in Chile. *Front Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 6 Mar 2016];6(57):1-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25954209>
2. Vallina O, Lemos S, Fernández P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apunt Psicol.* 2006;24(1):185-221.
3. Palma C, Cañete J, Farriols N, Soler F, Juliá J. Primeros episodios psicóticos: Características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes integrados en la planta de agudos. *Anal Psic.* 2005;21(2):286-93.
4. Segarra R. Formas de presentación clínica en los PEP. En: Segarra R. *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis.* 1a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013. p. 49-77.
5. Segarra R. Antecedentes históricos y marco conceptual actual. En: Segarra R. *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis.* 1a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013. p. 1-22.
6. Bernardo M, Bioque M, Leal C. Primeros episodios psicóticos. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de Psiquiatría.* 2ª ed. Barcelona: Ed. Ars Médica; 2010. p. 1063-73.
7. Molina V. *La psicosis. Ideas sobre la locura.* 1ª ed. Madrid: Librería Médica FGM; 2012.
8. Cano JF, Córdoba R, Fierro M, Cendales R, Vanegas C, Olmos M, Alzate M, *et al.* Factores que determinan la gravedad de presentación del primer episodio psicótico. *Rev Col Psiqui.* 2007;36(1):18-30.
9. *Dsm5.org* [Internet]. Arlington: American Psychiatric Association; 2014 [actualizado 24 Mar 2014; citado 6 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.dsm5.org/>
10. Apiquián-Guitart R, Fresán-Orellana A, García-Anaya M, Loyzaga-Mendoza C, Nicolini-Sanchez H. Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico. Estudio de seguimiento a un año. *Gac Méd Méx.* 2006;142(2):113-20.
11. *Zaragoza3.es* [Internet]. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; [actualizado 5 May 2016; citado en 5 May 2016]. Disponible en: <http://www.zaragoza3.es/>
12. Kahn RS, Fleischacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, *et al.* Effectiveness of antipsychotic in first episode schizophrenia and schizofreniform

disorder: An open randomised clinical trial. *Lancet* [Internet]. 2008 [citado 11 Mar 2016];371(9618):1085-97. Disponible en:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60486-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60486-9/abstract)

**13.** Bernardo M, Bioque M. ¿Qué hemos aprendido de la investigación en primeros episodios psicóticos?. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7(2):61-3.

**14.** Baldwin P, Browne D, Scully PJ, Quinn JF, Morgan MG, Kinsella A, *et al.* Epidemiology of first episode psychosis: illustrating the challenges across diagnostic boundaries through the Cavan-Monaghan Study at 8 years. *Schizofr Bull* [Internet]. 2005 [citado 11 Mar 2016];31(3):624-38. Disponible en:

<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/31/3/624.short>

**15.** Bergé D, Mané A, Salgado P, Castro JI, Batlle S, Pasarín MD, *et al.* Guía de Primeros Episodios Psicóticos. Madrid: Entheos; 2014.

**16.** Murphy BP, Brewer JW. Early intervention in psychosis: strengths and limitations of services. *Adv Psychiatr Treat.* 2011;17(6):401-7.

**17.** Castle DJ. Should early psychosis intervention be the focus for mental health services?. *Adv Psychiatr Treat.* 2011;17(6):398-400.

\*\*\*\*\***18.** García Andrade RF, Lopez-Ibor JJ. Acute treatment of Cycloid Psychosis: Study on a sample of naive hospitalized patient with First-Episode Psychosis (FEP). *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2015 [citado 16 Mar 2016];43(2):51-7. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25812542>

\*\*\*\*\***19.** Anderson KK, Flora N, Ferrari M, Tuck A, Archie S, Kidd S, *et al.* Pathways to First-Episode Care for Psychosis in African-, Caribbean-, and European-Origin Groups in Ontario. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 16 Mar 2016];60(5):223-31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26174526>

\*\*\*\*\***20.** Bhui K, Ullrich S, Coid JW. Which pathways to psychiatric care lead to earlier treatment and a shorter duration of first-episode psychosis?. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014 [citado 16 Mar 2016];14(1):1. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24620939>

\*\*\*\*\***21.** Yildizhan E, Türkcan A, Inan S, Erenkus Z, Yalçın Ö, Erdogan A. First Episode Psychosis: The Relation Between Symptoms, Initial Treatment, and Clinical Response. *Turk Psikiyatr Derg* [Internet]. 2015 [citado 16 Mar 2016];26(2):77-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26111283>

- \*\*\*\*\*22. Catalan A, Simons C, Bustamante S, Olazabal N, Ruiz E, González de Artaza M, *et al.* Data Gathering Bias: Trait Vulnerability to Psychotic Symptoms. PLoS One [Internet]. 2015 [citado 16 Mar 2016];10(7):e0132442. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493127/>
- \*\*\*\*\*23. Lloyd-Evans B, Sweeney A, Hinton M, Morant N, Pilling S, Leibowitz J, *et al.* Evaluation of a community awareness programme to reduce delays in referrals to early intervention services and enhance early detection of psychosis. BMC Psychiatry [Internet]. 2015 [citado 16 Mar 2016];15(1):98. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25934413>
- \*\*\*\*\*24. Srihari VH, Tek C, Kucukgoncu S, Phutane VH, Breitborde N J, Pollard J, *et al.* First-episode services for psychotic disorders in the US public sector: A pragmatic randomized controlled trial. Psychiatric Serv [Internet]. 2015 [citado 16 Mar 2016];66(7):705-12. Disponible en: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201400236?journalCode=ps>
- \*\*\*\*\*25. Morgan C, Hibben M, Esan O, John S, Patel V, Weiss H, *et al.* Searching for psychosis: INTREPID (1): systems for detecting untreated and first-episode cases of psychosis in diverse settings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2015 [citado 16 Mar 2016];50(6):879-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25631693>
- \*\*\*\*\*26. Rietdijk J, Van der Gaag M. The detection of people with an ultra-high risk of developing psychosis: detection methods and baseline characteristics of the population. Tijdschr Psychiatr [Internet]. 2014 [citado 16 Mar 2016];56(4):257-65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24807385>
- \*\*\*\*\*27. Lasalvia A, Bonetto C, Tosato S, Zanatta G, Cristofalo D, Salazzari D, *et al.* First-contact incidence of psychosis in north-eastern Italy: influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation. Br J Psychiatry [Internet]. 2014 [citado 16 Mar 2016];205(2):127-34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24723631>
- \*\*\*\*\*28. Oher FJ, Demjaha A, Jackson D, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, *et al.* The effect of the environment on symptom dimensions in the first episode of psychosis: a multilevel study. Psychol Med [Internet]. 2014 [citado 16 Mar 2016];44(11):2419-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24443807>

- \*\*\*\*\***29.** Birchwood M, Connor C, Lester H, Patterson P, Freemantle N, Marshall M, *et al.* Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado 16 Mar 2016];203(1):58-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23703317>
- \*\*\*\*\***30.** Lee MS, Ahn SR, Park JI, Chung YC. Development of an early psychosis intervention system in Korea: focus on the continuing care system for first-episode psychosis treatment in Seoul. *East Asian Arch Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 16 Mar 2016];22(3):105-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23019283>
- \*\*\*\*\***31.** Breitborde NJ, Kleinlein P, Srihari VH. Self-determination and first-episode psychosis: associations with symptomatology, social and vocational functioning, and quality of life. *Schizophr Res* [Internet]. 2012 [citado 16 Mar 2016];137(1-3):132-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22445463>
- \*\*\*\*\***32.** Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Schizophr Bull* [Internet]. 2011 [citado 16 Mar 2016];37(6):1111-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21678345>
- \*\*\*\*\***33.** Cheng F, Kirkbride JB, Lennox BR, Perez J, Masson K, Lawrence K, *et al.* Administrative incidence of psychosis assessed in an early intervention service in England: first epidemiological evidence from a diverse, rural and urban setting. *Psychol Med* [Internet]. 2011 [citado 16 Mar 2016];41(5):949-58. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205440>
- \*\*\*\*\***34.** Alvarez-Jiménez M, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophr Bull* [Internet]. 2011 [citado 16 Mar 2016];37(3):619-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19900962>
- 35.** Gobierno de Aragón [sede Web]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Estadística; 2015 [actualizado Ene 2015; citado 5 May 2016]. Encuesta de población activa; 19. Disponible en: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/EstadLaborales/Encuesta%20de%20Poblacion%20Activa%20\(EPA\)/epa15.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/EstadLaborales/Encuesta%20de%20Poblacion%20Activa%20(EPA)/epa15.pdf)

- 36.** Segarra R. Incidencia, prevalencia, estabilidad diagnóstica e impacto sociosanitario de los primeros episodios de psicosis. En: Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013. p. 23-30.
- 37.** Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, *et al.* Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AESOP study. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2006 [citado 10 May 2016];63(3):250-8. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209393&resultclick=1>
- 38.** Revier CJ, Reininghaus U, Dutta R, Fearon P, Murray RM, Doody GA, *et al.* Ten-year outcomes of first-episode psychoses in the MRC AESOP-10 study. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2015 [citado en 10 May 2016]; 203(5):379-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4414339/>
- 39.** Di Forti M, Marconi A, Carra E, Fraietta S, Trotta A, Bonomo M, *et al.* Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 3 May 2016];2(3):233-8. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(14\)00117-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(14)00117-5/fulltext)
- 40.** Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica 2009 para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia. [Internet]. 1ª ed. Santiago de Chile: MinSal; 2009 [última actualización Oct 2009; citado 10 May 2016]. Disponible en: <http://www.p3-info.es/PDF/GuiaChilena.pdf>
- 41.** Segarra R. Etiopatogenia de los primeros episodios psicóticos. En: Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013. p. 31-48.
- 42.** Segarra R. Abordaje terapéutico de los primeros episodios psicóticos. En: Segarra R. Abordaje terapéutico de los primeros episodios psicóticos. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013. p. 119-175.
- 43.** Pérez-García MP, Vallejo-Curto, MC. Estudio de 17 pacientes en tratamiento con Palmitato de Paliperidona durante un período de 6 meses en una USM. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias* [Internet]. 2012 [citado 11 May 2016];1(11):89-92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5114916>
- 44.** Lalucat L, Anglés J, Aznar A, Bussé D, Carbonero M, Casañas R, *et al.* Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Vol 1. 1ª ed. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.

45. Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, Green AI, Gur RE, Kahn R, *et al.* Comparative Efficacy and Safety of Atypical and Conventional Antipsychotic Drugs in First-Episode Psychosis: A Randomized, Double-Blind Trial of Olanzapine Versus Haloperidol. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2003 [citado 13 May 2016];160(8):1396-1404. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.8.1396>

## **ANEXOS**

### **ANEXO I. Abreviaturas**

**PEP** Primer Episodio Psicótico

**HCU-LB** Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

**UHA** Unidad de Hospitalización de Adultos

**DUP** *Duration of untreated psychosis* (duración de la psicosis no tratada)

**DUI** *Duration of untreated illness* (duración de la enfermedad no tratada)

**USM** Unidad de Salud Mental

## ANEXO II. Representación gráfica de 3.3 Resultados

Figura 1. Año de publicación de artículos considerados cinco estrellas.

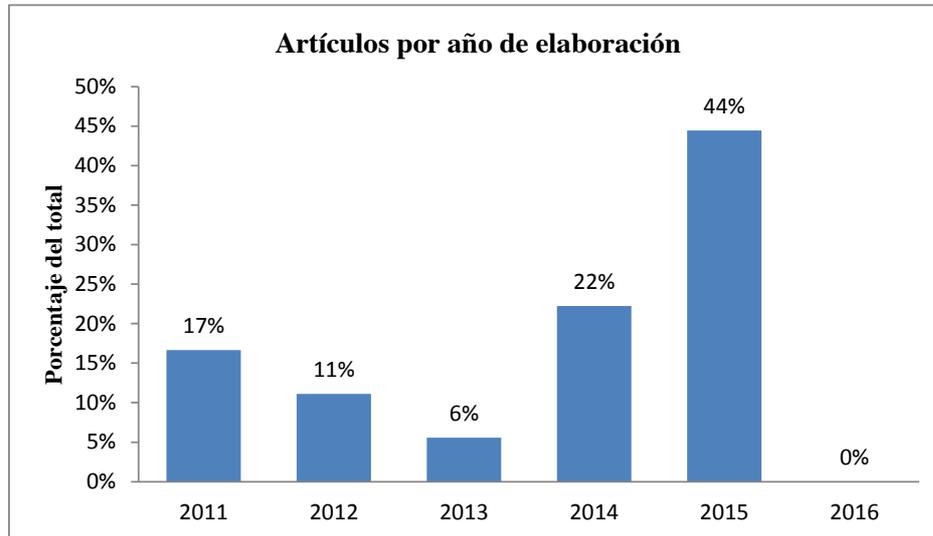


Figura 2. País de elaboración de artículos considerados cinco estrellas.

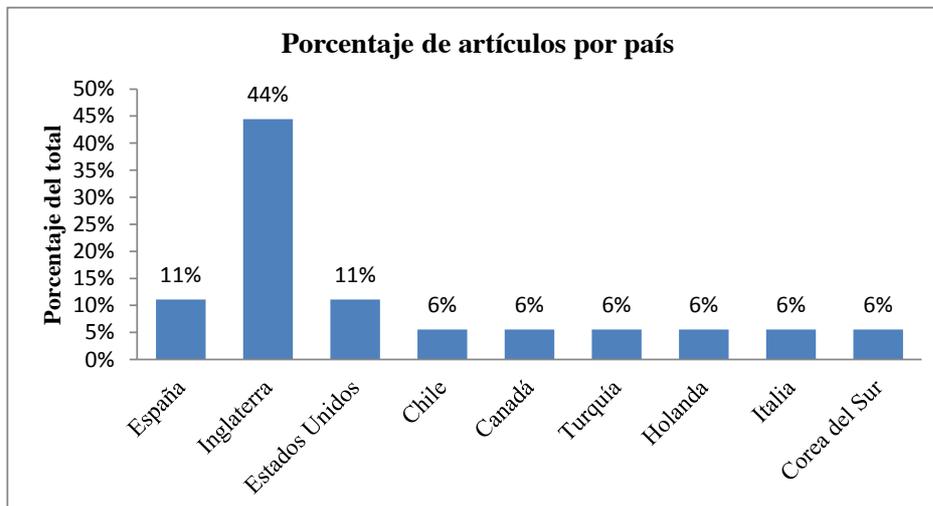


Figura 3. Datos sociodemográficos: sexo.

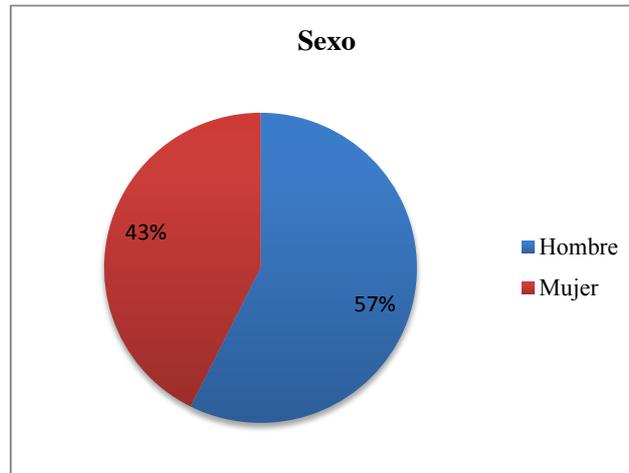


Figura 4. Datos sociodemográficos: edad.

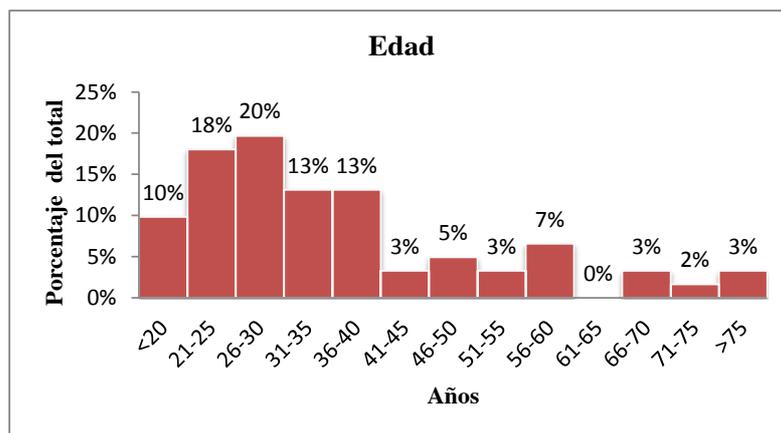
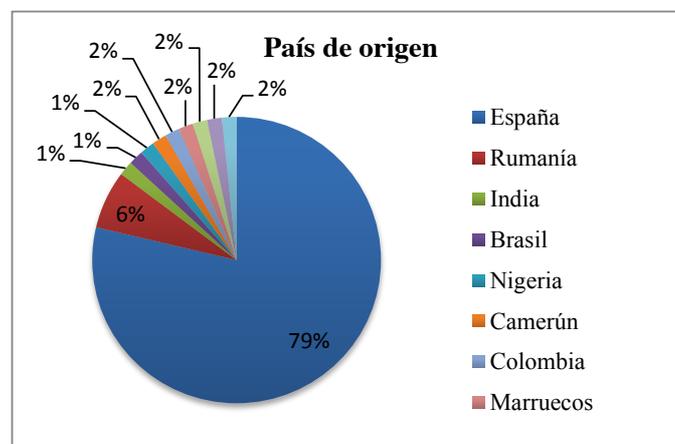
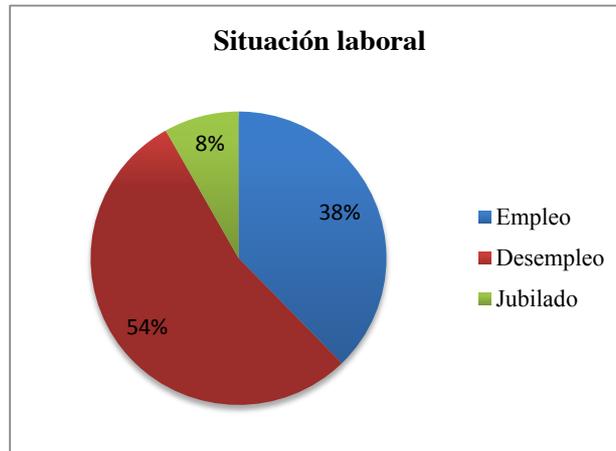


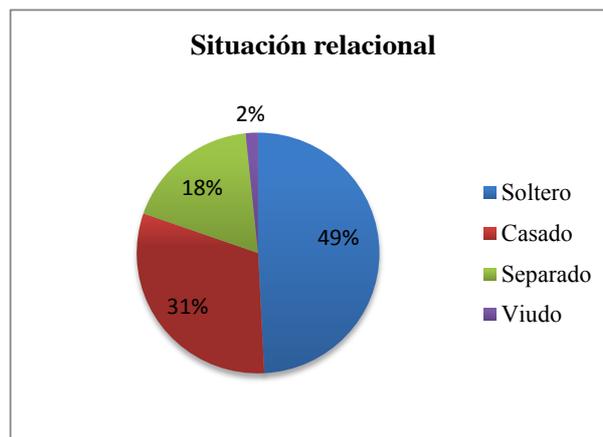
Figura 5. Datos sociodemográficos: país de origen.



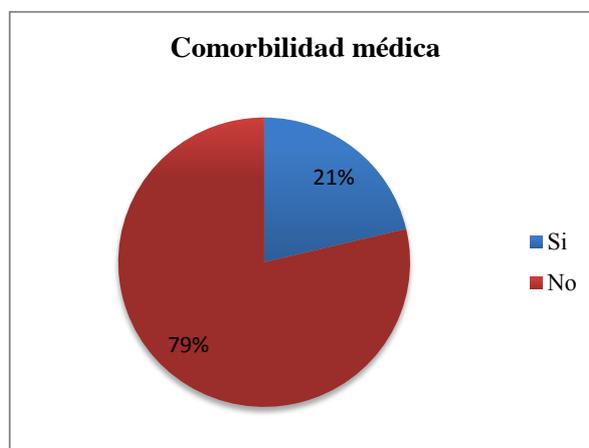
**Figura 6.** Datos sociodemográficos: situación laboral.



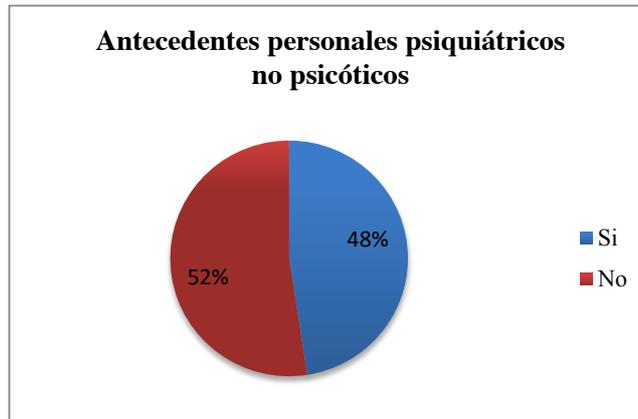
**Figura 7.** Datos sociodemográficos: situación relacional.



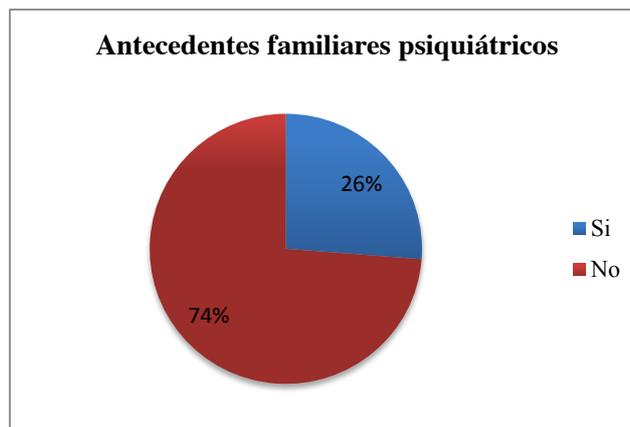
**Figura 8.** Datos sociodemográficos: comorbilidad médica.



**Figura 9.** Antecedentes personales de patología psiquiátrica no psicótica.



**Figura 10.** Antecedentes familiares de patología psiquiátrica.



**Figura 11.** Consumo de sustancias psicoactivas.

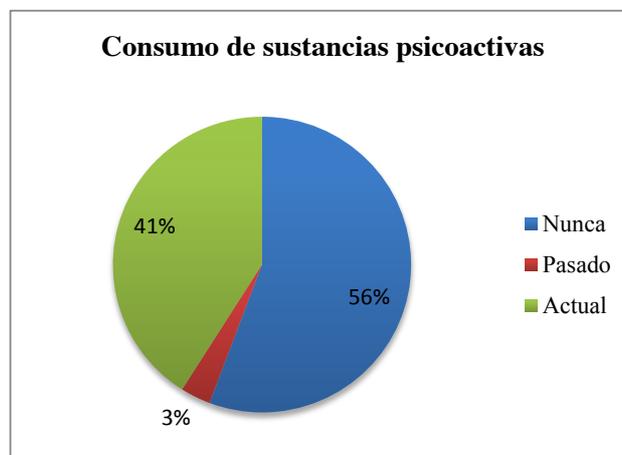


Figura 12. Sustancia psicoactiva consumida.

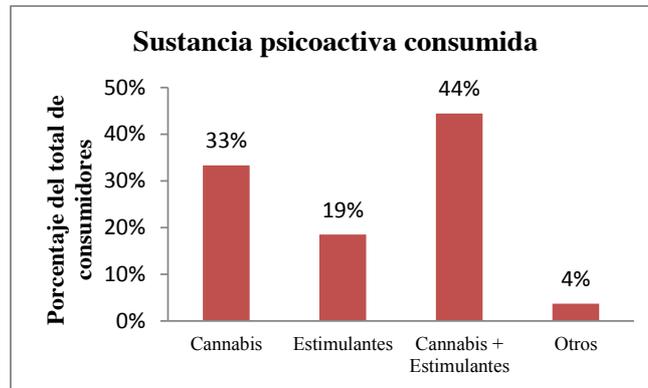


Tabla 13. Ingreso: proporción de PEP con respecto al total de la UHA.

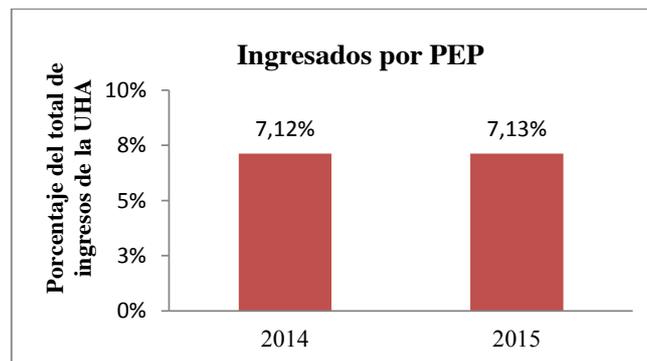
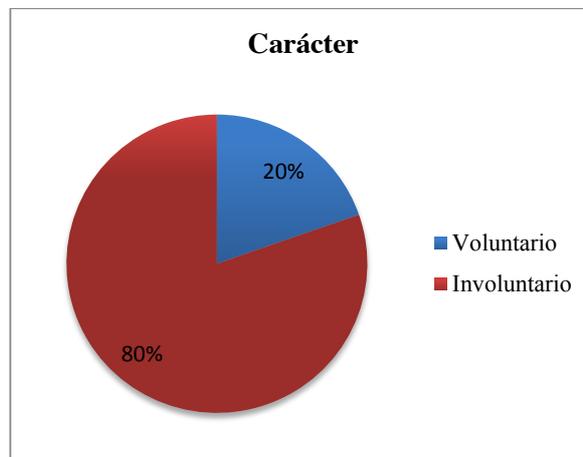
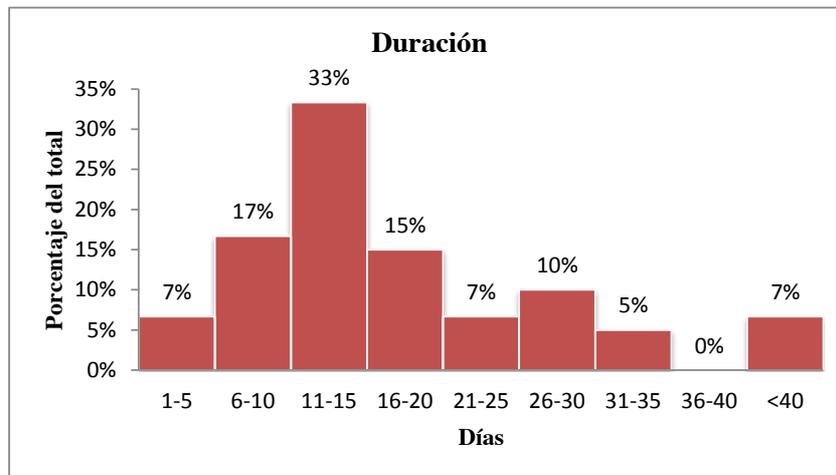


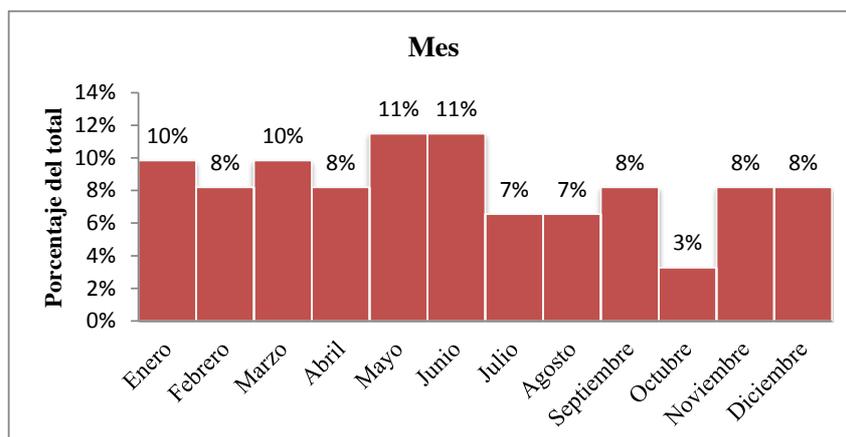
Figura 14. Ingreso: carácter.



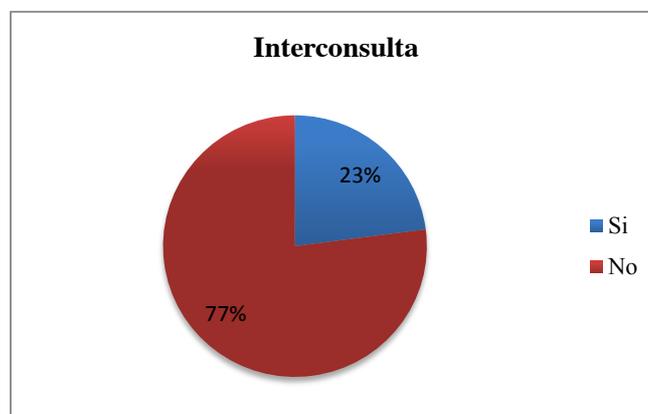
**Figura 15.** Ingreso: duración.



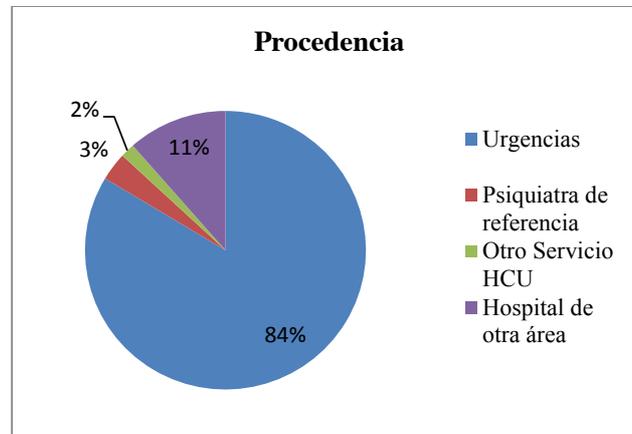
**Figura 16.** Ingreso: mes.



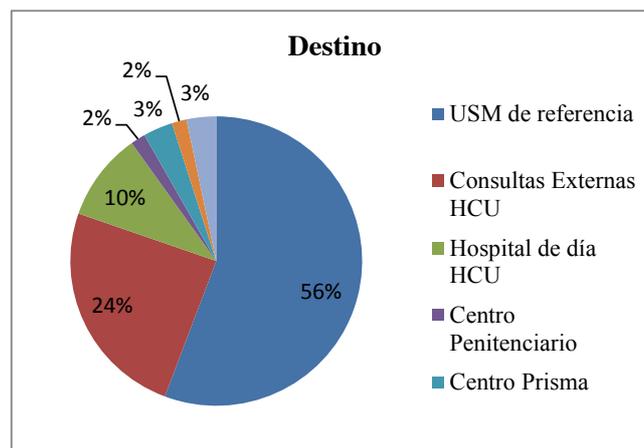
**Figura 17.** Ingreso: realización de interconsulta.



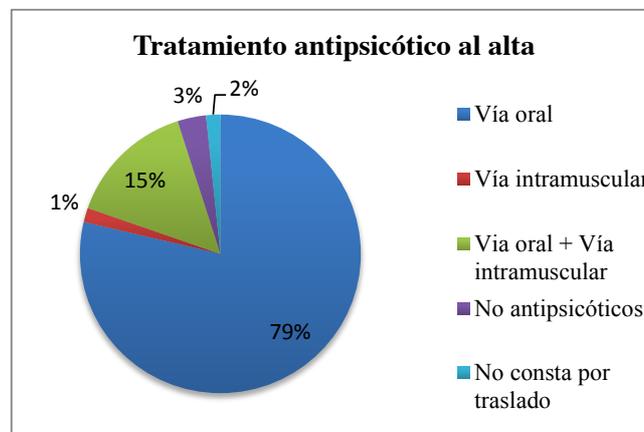
**Figura 18.** Ingreso: procedencia.



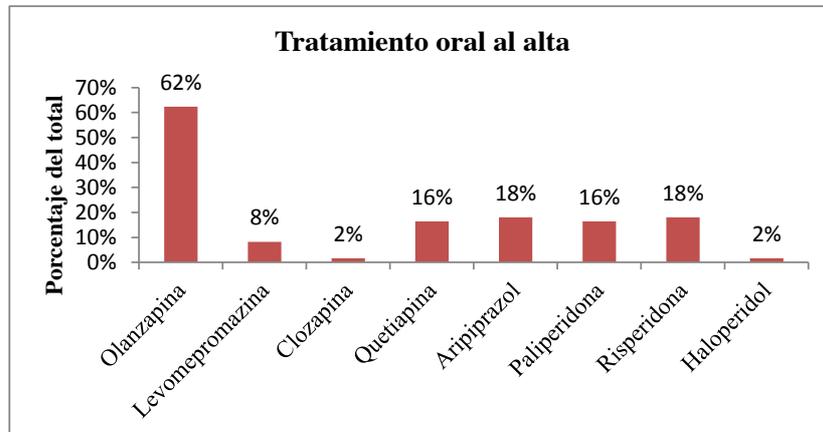
**Figura 19.** Seguimiento al alta: destino.



**Figura 20.** Seguimiento al alta: tratamiento antipsicótico prescrito.



**Figura 21.** Seguimiento al alta: tratamiento antipsicótico vía oral prescrito.



**Figura 22.** Seguimiento al alta: tratamiento antipsicótico vía intramuscular prescrito.

