

ORIGINAL

Estudio retrospectivo del tratamiento y uso de consultas en un grupo clínico de pacientes con trastorno delirante

Alexandre González-Rodríguez^{a,*}, Oriol Molina-Andreu^b, María Luisa Imaz Gurrutxaga^a, Rosa Catalán Campos^{a,c} y Miquel Bernardo Arroyo^{a,c,d,e,f}

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, España

^c Unidad de Esquizofrenia, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^d Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^e Institut d' Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

^f Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España

Recibido el 26 de noviembre de 2012; aceptado el 15 de enero de 2013

Disponible en Internet el 13 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Trastorno delirante;
Trastornos
paranoides;
Género;
Efectividad
terapéutica

Resumen

Introducción: Las diferencias de género en la asistencia a consultas por trastorno delirante han sido escasamente estudiadas. Además, el trastorno delirante es tradicionalmente considerado como un trastorno resistente al tratamiento.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo longitudinal que incluyó 78 pacientes con trastorno delirante (DSM-IV-TR) que ingresaron consecutivamente en nuestro centro en un período de 10 años. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante un año con el objetivo de describir variables demográficas y clínicas y comparar la efectividad terapéutica. En este estudio, debido a su naturaleza no intervencionista, se realizó un análisis de las medidas de efectividad indirecta. La muestra se dividió en 3 grupos según el tratamiento antipsicótico recibido en el primer ingreso.

Resultados: Veintitres pacientes recibieron risperidona inyectable de acción prolongada (RILD), 30 risperidona oral y 25 otros antipsicóticos atípicos orales. Las mujeres con trastorno delirante presentaron un inicio más tardío del trastorno y requirieron un mayor tiempo de hospitalización. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de tratamiento con respecto a los datos demográficos, al funcionamiento social y personal, así como a la psicopatología en el ingreso. En el seguimiento durante un año el grupo RILD mostró un mayor porcentaje de permanencia al final del período evaluado. Además, el grupo RILD requirió con menor frecuencia un tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas.

Conclusiones: Concluimos que el tratamiento con RILD podría disminuir las pérdidas en el seguimiento del trastorno delirante en comparación con otros antipsicóticos atípicos.

© 2012 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexgonzalezrquez@gmail.com (A. González-Rodríguez).

KEYWORDS

Delusional disorder;
Paranoid disorders;
Gender;
Treatment
effectiveness

A descriptive retrospective study of the treatment and outpatient service use in a clinical group of delusional disorder patients**Abstract**

Introduction: Gender differences in attendance rates for appointments in delusional disorder have been poorly studied. Furthermore, delusional disorder is traditionally considered a treatment-resistant disorder.

Material and methods: We conducted a longitudinal retrospective study with a one-year follow-up, including 78 delusional disorder patients (DSM-IV-TR), consecutively admitted over a period of 10 years. We performed a follow-up for one year in order to describe demographic and clinical variables, and to compare the therapeutic effectiveness. In this study, due to the non-interventional nature of this study, indirect measures were used to measure treatment effectiveness. The sample was divided into three groups according to the antipsychotic received at the first admission.

Results: Twenty-three patients received Risperidone Long-Acting Injection (RILD), 30 oral risperidone, and 25 patients received other oral atypical antipsychotics. Delusional disorder women had a later age at onset and needed a longer duration of hospitalization. No statistically significant differences were found between the three treatment groups as regards demographic data, social and personal functioning, and psychopathology at admission. The RILD group showed higher maintenance rates at the end of the follow-up period. Furthermore, the RILD group required treatment with antidepressants and benzodiazepines less often.

Conclusions: We concluded that treatment with RLAI may increase maintenance rates at follow-up in DD patients when compared with other oral atypical antipsychotics.

© 2012 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El trastorno delirante (TD) se caracteriza por la presencia de una o más ideas delirantes, una aparición insidiosa y un desenlace y curso de la enfermedad de carácter crónico^{1,2}. Normalmente aparece durante la mediana edad, entre los 35 y los 55 años³⁻⁵.

Los estudios epidemiológicos sobre el trastorno delirante han demostrado que es más frecuente en mujeres que en hombres⁶⁻⁸. Sin embargo, autores clásicos como Bleuler indicaban que era predominante (70%) en hombres¹.

Respecto al tema del delirio el tipo más común es el persecutorio. Su frecuencia varía ligeramente según los distintos autores (Someya et al. un 64%, de Portugal et al. un 58%). Le sigue el tipo celotípico o el mixto⁹⁻¹¹, de nuevo dependiendo de las fuentes. En el 33,1 y el 64,8% de los pacientes se observan otros trastornos psiquiátricos comórbidos^{12,13}, siendo el trastorno afectivo¹⁴ el que más prevalece (53,1%).

Existe amplia literatura que apoya la existencia de diferencias de género en el trastorno delirante^{5,15}. La enfermedad aparece más tarde en las mujeres que en los hombres y la mayoría de ellas presentan un menor funcionamiento social en el momento del ingreso; la hospitalización también es más prolongada¹⁵⁻¹⁷. El estudio de Wusstman et al. parte del estudio HADES (del inglés *Halle Delusional Syndromes Study*)⁶, no obtuvo diferencias de género en cuanto al tipo de TD ni a la frecuencia de síntomas depresivos. Sin embargo, las mujeres presentaban un mayor cumplimiento, recibían más medicación psicofarmacológica y las tasas de uso de los servicios sanitarios era más elevada que en los hombres.

El cumplimiento del tratamiento en estos pacientes es bajo, por lo que tradicionalmente se considera una

enfermedad resistente al tratamiento¹⁸, lo que probablemente esté relacionado con lo primero. Los antipsicóticos se consideran el tratamiento de elección debido a que reducen la agitación, la ansiedad y las perturbaciones conductuales y, por otra parte, está bien establecido que, si el tratamiento se cumple adecuadamente, el pronóstico mejora^{18,19}.

Una causa común del fracaso del tratamiento es el deficiente cumplimiento del tratamiento y el escaso porcentaje de asistencia a las consultas psiquiátricas^{18,20}. En estos casos una opción podría ser el uso de un antipsicótico atípico de acción prolongada ya que en la práctica clínica se ha observado un mayor cumplimiento del tratamiento y mayores porcentajes de asistencia con este tipo de fármacos. A pesar de ello, existe una falta absoluta de información respecto al tratamiento con antipsicóticos atípicos de acción prolongada más allá de informes de casos de pacientes con TD.

Es un hecho bien establecido que la falta de asistencia a las consultas ambulatorias es un problema clínico en psiquiatría. Los pacientes que no acuden a sus citas psiquiátricas ambulatorias se encuentran socialmente más deteriorados que aquellos que acuden²¹. Esto es importante porque solo se mantiene el 42% de las primeras citas concertadas tras el alta en la unidad de hospitalización psiquiátrica y el 25-50% de los pacientes que no acude a la consulta de salud mental abandona el tratamiento farmacológico²².

En un estudio que investigó los datos disponibles acerca del cumplimiento del tratamiento y los porcentajes de asistencia a la consulta por TD se observó que el 17% de los pacientes con TD presentaban una tasa de cumplimiento del tratamiento baja, en el 42% era media y en el 38,6% el cumplimiento era alto. Es posible encontrar más información sobre el diseño y las variables evaluadas en este estudio en otras publicaciones¹⁵.

Por lo tanto, nuestro estudio tiene 2 objetivos principales:

- (1) Investigar las diferencias de género en cuanto a características demográficas y clínicas y el comportamiento durante el seguimiento en una muestra de pacientes hospitalizados con TD.
- (2) Llevar a cabo un análisis indirecto de la efectividad de la administración de risperidona inyectable de larga duración (RILD) respecto a la risperidona oral y a otros antipsicóticos atípicos mediante un registro de los porcentajes de asistencia a las consultas entre los grupos de tratamiento y cualquier otro medicamento psicoactivo distinto de los antipsicóticos clínicamente necesarios para mejorar los síntomas.

Métodos

Mediante un diseño retrospectivo se incluyeron todos los casos consecutivos de pacientes hospitalizados por TD ingresados en el Servicio de Psiquiatría (Hospital Clínic, Barcelona) de 2000 a 2011.

Todos los pacientes fueron ingresados por primera vez en nuestro Servicio de Hospitalización Psiquiátrica y fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada. Un psiquiatra recogió los datos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento durante el primer ingreso y en las citas ambulatorias tras el alta. La recogida de datos fue revisada por un consultor. Se utilizó una revisión sistemática de todos los registros médicos informatizados para establecer el criterio de diagnóstico según DSM-IV-TR²³ en el primer ingreso, así como en el seguimiento.

El episodio índice se definió como el primer ingreso hospitalario tras establecerse un diagnóstico de TD. Tras el alta los pacientes recibieron un seguimiento durante un año.

Durante el seguimiento se registraron de modo sistemático las características sociodemográficas y clínicas, la comorbilidad psiquiátrica, la asistencia a las citas médicas y de enfermería y el uso de antipsicóticos a largo plazo u orales, así como los antidepresivos y las benzodiacepinas recetadas.

Debido al diseño retrospectivo y observacional del estudio los pacientes no fueron asignados a un grupo de tratamiento de forma randomizada. La elección del antipsicótico fue realizada por los psiquiatras durante el primer ingreso de cada paciente teniendo en cuenta los aspectos que se detallan a continuación pero no criterios clínicos tales como el tipo de TD, la comorbilidad ansiosa o depresiva y otras características clínicas.

- (1) La historia clínica de los pacientes. No se prescribió clozapina a pacientes con riesgo de agranulocitosis o leucopenia.
- (2) La edad del paciente. En las personas mayores se prescribieron antipsicóticos solo si su uso estaba autorizado en pacientes de edad avanzada.
- (3) El peso del paciente. Se evitaron antipsicóticos sedantes que aumentan de forma significativa el peso en los pacientes con sobrepeso u obesidad.

Respecto a los datos sociodemográficos, se consideró un nivel educativo muy bajo tener menos de 8 años de escolarización; el nivel bajo se estableció en una escolaridad de 8 o 9 años, el medio en 10 o 11 años y el alto en 12 o más años de educación regulada. También se registraron como principales factores psicosociales el número de cohabitantes y de hijos, el estado civil y la situación laboral de los pacientes.

En cuanto a las variables clínicas se registraron la edad en el momento del índice de admisión, la edad de inicio del TD, la duración de la hospitalización en días, el subtipo delirante, las alucinaciones asociadas no prominentes y los síntomas afectivos o de ansiedad, aun cuando no cumplieren el umbral de un trastorno específico. El funcionamiento general se evaluó mediante la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF, por su nombre en inglés Global Assessment of Functioning Scale). También se registraron la ruta de ingreso hospitalario, los motivos que conducen a la consulta y la tasa de comportamiento suicida.

En el momento del ingreso se registraron los motivos que condujeron a la consulta clasificados de acuerdo con los siguientes 5 términos: ideas delirantes puras, síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, trastornos de conducta y comportamiento suicida.

Se registraron las variables indirectas de la efectividad durante el seguimiento atendiendo a la práctica clínica rutinaria, tales como el uso de antidepresivos y benzodiacepinas, y los porcentajes de asistencia durante el primer año a las consultas psiquiátricas tras el alta hospitalaria.

Se establecieron definiciones operacionales para evaluar los porcentajes de asistencia a las citas psiquiátricas durante el primer año de seguimiento. Los pacientes se clasificaron en aquellos que dejaron de asistir a las citas antes de los 6 meses, aquellos que lo hicieron entre los 6 y los 12 meses a partir del índice de admisión y aquellos que a los 12 meses mantenían la asistencia a las citas. Por otra parte, el cumplimiento de asistencia a las citas se definió según los criterios de clasificación utilizados por Grover et al¹⁵. Los autores de dicho estudio dividieron a los pacientes en 2 grupos: aquellos que acudieron a <50% o a >50% de las citas de seguimiento programadas. Sin embargo, la mayoría de los pacientes incluidos en nuestro estudio acudieron a alrededor del 50% de las citas programadas y otros pacientes en un porcentaje cercano al 10%. Por esta razón se dividieron a los pacientes en 3 grupos: aquellos que acudieron a <25% de las citas programadas durante el período de contacto, los que acudieron entre el 25 y el 75% de las citas y los que acudieron a >75% de las citas.

Todos los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS para Windows (versión 19). Se hizo uso de la estadística descriptiva para las variables categóricas, tales como las características sociodemográficas y clínicas, y se calculó la media (\pm desviación estándar) en las variables continuas. Las diferencias univariantes respecto a las características demográficas y clínicas entre hombres y mujeres y entre los grupos de tratamiento se calcularon mediante la prueba de Mann-Whitney U y las pruebas de χ^2 . El nivel de significación se fijó en $p < 0,05$.

Las diferencias multivariantes respecto a la interrupción de las citas y los porcentajes de asistencia a la consulta fueron establecidas mediante una regresión logística

multinomial. Las variables dependientes fueron los casos perdidos durante el seguimiento (<6 meses, entre 6-12 meses y > 12 meses) y los porcentajes de asistencia a la consulta (<25%, 25-75%, >75%); los grupos de tratamiento (RILD u otros antipsicóticos) se incluyeron como factores. Por otra parte, para investigar si las diferencias entre los grupos de tratamiento respecto a las variables dependientes presentaban sesgo por la presencia de variables de confusión, las variables género, edad en el primer ingreso y años acumulados de trastorno delirante se incluyeron en los modelos como covariables.

Resultados

Características sociodemográficas y factores de riesgo

La muestra estuvo compuesta por 78 pacientes que cumplían los criterios DSM-IV-TR para el TD. Veinte de ellos eran hombres (25,6%) y 58 mujeres (74,4%). El estado civil más frecuente fue el de soltero (46,2%), seguido de casado (25,6%) y divorciado o separado (21,8%). El número medio de cohabitantes (DE) fue de 0,88 (1,08) y el número de niños 0,74 (1,11). Respecto al nivel de estudios, 17 sujetos pertenecían al grupo de nivel muy bajo, 24 al nivel bajo, 16 presentaban un nivel medio y 21 un nivel alto. En cuanto a la situación laboral, 22 pacientes estaban desempleados o eran amas de casa, 30 tenían empleo, 24 presentaban un nivel económico aceptable debido a su incapacidad legal y 2 pacientes estaban en prisión en el momento de la hospitalización.

Cerca del 29,5% de los pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica. Los trastornos más frecuentes en los familiares de primer grado eran: esquizofrenia en 12 casos (15,4%), seguida de TD (n=4, 5,1%), depresión mayor (n=4, 5,1%), trastorno de ansiedad (n=2, 2,6%) y trastorno bipolar en un caso (1,3%). Respecto a la presencia comórbida de déficit sensorial, 4 pacientes (5,1%) presentaban pérdida auditiva conductiva y 2 sujetos (2,6%) sordera neurosensorial.

Características clínicas

La edad media del inicio del TD (DE) fue de 49,13 (12,04) años y la edad media del episodio índice de 55,38 (12,57) años. La vía más común que condujo a la hospitalización fue el Servicio de Urgencias (61,5%), seguido de una orden judicial (16,7%) y el ingreso voluntario (10,3%). Otras razones fueron menos frecuentes. El funcionamiento global al ingreso, evaluado mediante la escala GAF, fue menor de lo esperado con una puntuación media GAF de 39,08 (6,14). La duración media del índice de admisión (DE) fue de 25 d (14,84).

Cincuenta y dos pacientes (66,7%) fueron ingresados por trastornos del comportamiento, 11 (14,1%) debido a ideas delirantes aisladas, 6 (7,7%) presentaban síntomas de ansiedad y 6 (7,7%) fueron admitidos por presentar una conducta suicida. En la evaluación índice se identificaron tendencias suicidas en 9 pacientes: uno presentaba ideación suicida, 5 tomaron drogas/fármacos para quitarse la vida, uno intentó

la autodefensación, uno ingirió un agente cáustico y uno intentó una sobredosis de insulina.

El delirio más común fue la persecución (n=58, 74,4%), seguido de la erotomanía (n=6, 7,7%), los delirios de grandeza (n=2, 2,6%), el delirio somático (n=5, 6,4%), los celos (n=4, 5,1%) y los delirios mixtos (n=3, 3,8%). Como fenomenología asociada se observaron alucinaciones auditivas no prominentes en 6 casos (7,7%), alucinaciones visuales no prominentes en un caso (1,3%), fenómenos táctiles en 6 sujetos (7,7%) y 4 pacientes (5,1%) presentaban alucinaciones olfativas.

Todos los pacientes fueron tratados con antipsicóticos y un tercio recibió una combinación de antipsicóticos y antidepressivos; los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se utilizaron con frecuencia (26,9%).

El 56% de los pacientes recibieron también benzodiazepinas como tratamiento ansiolítico: 22 sujetos (28,2%) fueron tratados con lorazepam, 13 (16,7%) recibieron lormetazepam, 2 diazepam (2,6%), 5 (6,4%) clonazepam y en 2 casos (2,6%) se prescribió bromazepam. Solo 4 pacientes recibían estabilizadores del estado de ánimo (n=3 carbamazepina, n=1 valproato) y 9 pacientes recibían biperideno debido a efectos extrapiramidales secundarios.

Comorbilidad

Cuarenta y siete pacientes (60,3%) no presentaban trastornos psiquiátricos comórbidos a comparar con el 39,7% que presentaba otras condiciones comórbidas. Los trastornos depresivos eran la comorbilidad observada con más frecuencia (23,1%), seguida de los trastornos de ansiedad (16,7%). En el 23,1% de los pacientes se observó tabaquismo. Tres sujetos de la muestra total (3,8%) fumaban menos de 10 cigarrillos, 9 pacientes (11,5%) entre 10 y 20 cigarrillos y 6 fumaban más de 20 cigarrillos. Once pacientes reunían en el pasado los criterios de abuso de alcohol y otros 4 sujetos presentaban antecedentes de consumo de cocaína pero no era así durante el índice de hospitalización.

Diferencias de género

La idea delirante más común, tanto en mujeres como en hombres, era el delirio de persecución, seguido de la erotomanía y los delirios somáticos en las mujeres y los delirios celotípicos en los hombres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres respecto al estado civil, el nivel educativo, el número de cohabitantes, el número de hijos y la situación laboral (tabla 1). Las mujeres fueron ingresadas con más frecuencia debido a una ideación delirante aislada o comportamientos delirantes y los hombres a causa de los síntomas depresivos (p=0,011). Además, las mujeres enfermaron más tarde que los hombres (50,05 frente a 46,45 años) y la edad del primer ingreso fue superior en las mujeres (56,71 frente a 51,55), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (tabla 2). La duración de la hospitalización fue mayor en las mujeres que en los hombres (p=0,045) y las mujeres recibieron más antidepressivos (p=0,029) y presentaron menores porcentajes de asistencia a la consulta durante los primeros 6 meses (fig. 1). No se apreciaron diferencias entre

Tabla 1 Datos sociodemográficos en el índice de admisión por género

	Mujeres (n = 58)	Hombres (n = 20)	Valor de p
<i>Estado civil en el índice de admisión (%)</i>			0,190 ^a
Soltero	41,4	60	
Casado/con pareja de hecho	24,1	30	
Divorciado/separado	25,9	10	
Viudo	8,6	0	
<i>Nivel educativo (%)</i>			0,131 ^a
Muy bajo	24,1	15	
Bajo	36,2	15	
Medio	17,2	30	
Alto	22,4	40	
<i>Número de cohabitantes, media (DE)</i>	0,83 (1,05)	1,05 (1,19)	0,343 ^b
<i>Número de hijos, media (DE)</i>	0,84 (1,15)	0,45 (0,5)	0,090 ^b

p < 0,05.

^a Prueba del chi-cuadrado.^b Prueba U de Mann-Whitney.

sexos respecto al período medio entre el primer y el segundo ingreso.

Curso y desenlace

Veintitrés (29,5%) pacientes recibieron RILD, 30 (38,5%) risperidona oral y 25 (32,1%) otros antipsicóticos atípicos. La muestra se dividió en 3 grupos para la comparación dependiendo del antipsicótico recibido: RILD, risperidona oral u otros antipsicóticos atípicos orales. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de tratamiento con respecto a los datos sociodemográficos y clínicos, a los motivos de hospitalización y a la psicopatología en el ingreso.

Durante el seguimiento no se observaron diferencias entre los 3 grupos de tratamiento en los porcentajes de asistencia a los 6 meses. Sin embargo, el grupo de RILD

mostró mayores porcentajes de asistencia a la consulta tras el alta (14/23 pacientes con una asistencia a las citas superior al 75%) y también mayores porcentajes de mantenimiento al final del periodo (figs. 2 y 3). Además, el grupo RILD precisó el uso de antidepresivos y benzodiazepinas con frecuencia significativamente menor que los pacientes tratados con otros antipsicóticos (tabla 3).

Las diferencias multivariantes respecto al abandono de las citas se investigaron mediante la aplicación de una regresión logística multinomial. Para los casos de abandono antes de los 6 meses respecto a los que dejaron de asistir a consulta entre los 6 y los 12 meses el valor de chi-cuadrado para el predictor género fue de 3,085 (p = 0,079), lo que indica que el género no es estadísticamente diferente de cero dado que se incluyeron en el modelo la edad del primer ingreso, los años acumulados de enfermedad y el grupo de tratamiento. El chi-cuadrado de Wald para la variable predictora edad del primer ingreso fue de 0,806

Tabla 2 Características clínicas en el índice de admisión por género

	Mujeres (n = 58)	Hombres (n = 20)	Valor de p
<i>Edad de inicio en años, media (DE)</i>	50,05 (11,9)	46,45 (12,34)	0,272 ^b
<i>Edad en índice de admisión, media (DE)</i>	56,71 (13,08)	51,55 (10,33)	0,200 ^b
<i>Duración de la hospitalización en días, media (DE)</i>	26,69 (15,44)	20,05 (11,94)	0,045 ^b
<i>GAF en ingreso, media (DE)</i>	38,93 (6,51)	39,50 (5,05)	0,499 ^b
<i>Número de problemas médicos, media (DE)</i>	1,40 (1,39)	1,30 (1,46)	0,691 ^b
<i>Razones del ingreso (%)</i>			0,011 ^a
Trastorno de ideación puro	19	0	
Perturbación de la conducta	65,5	70	
Anxiedad	8,6	5	
Síntomas depresivos	0	15	
Conducta suicida	6,9	10	

p < 0,05.

^a Prueba del chi-cuadrado.^b Prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 3 Uso de antidepresivos y benzodiazepinas por grupo de tratamiento antipsicótico (%)

	Sin AD	AD	Total	Sin BZD	BZD	Total
RILD	18 (78,3%)	5 (21,7%)	23 (100%)	10 (43,5%)	13 (56,5%)	23 (100%)
Risperidona oral	20 (66,7%)	10 (33%)	30 (100%)	15 (50%)	15 (50%)	30 (100%)
Otros antipsicóticos atípicos	14 (56%)	11 (44%)	25 (100%)	9 (36%)	16 (64%)	25 (100%)
Total	52 (66,7%)	26 (33,3%)	78 (100%)	34 (43,6%)	44 (56,4%)	78 (100%)

AD: antidepresivos; BZD: benzodiazepinas; RILD: risperidona inyectable de acción prolongada.

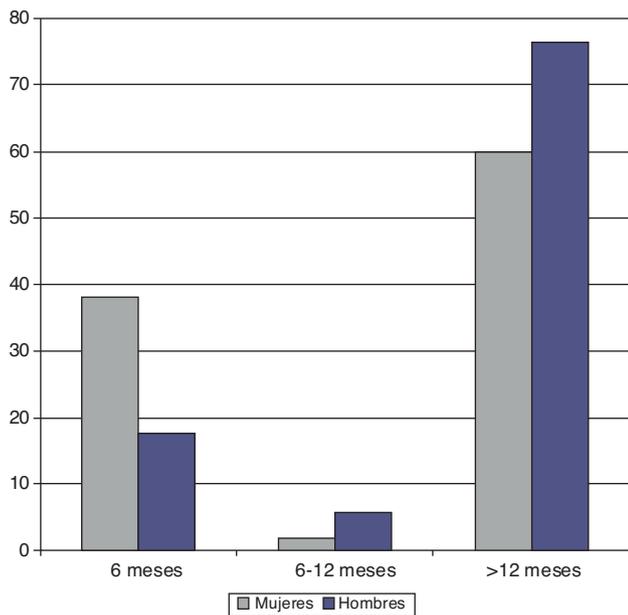


Figura 1 Interrupción de la asistencia a las citas durante el seguimiento a los 6 meses y a los 6-12 meses y porcentajes de mantenimiento a los 12 meses por sexo (%).

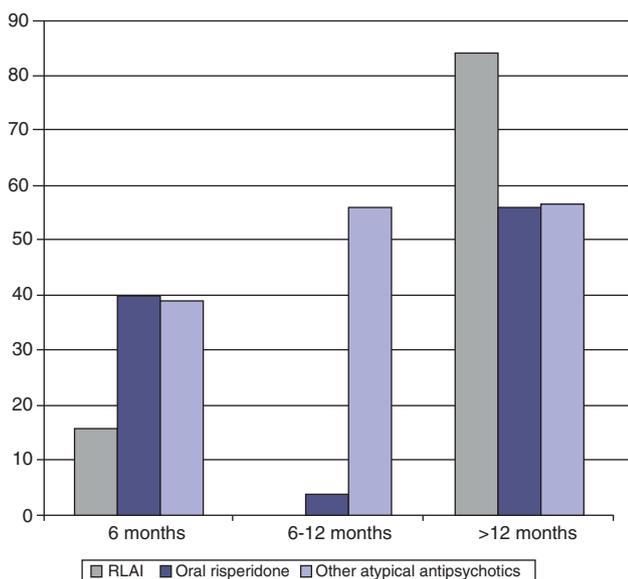


Figura 2 Interrupción de la asistencia a la consulta durante el seguimiento a los 6 meses, a los 6-12 meses y porcentaje de permanencia a los 12 meses por grupo de tratamiento antipsicótico (%).

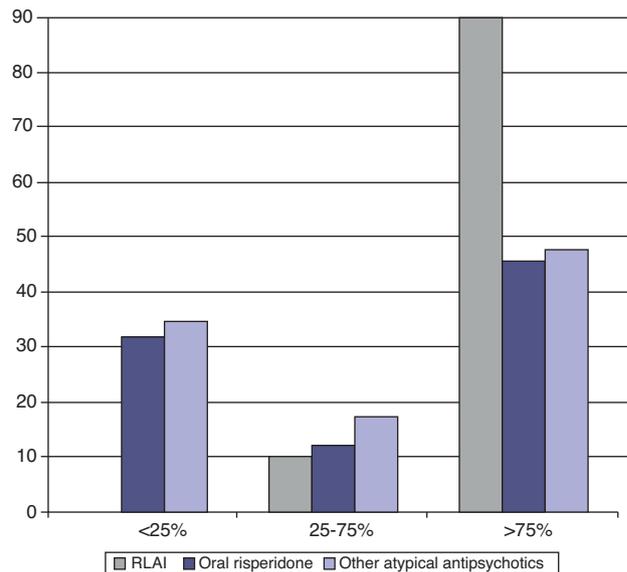


Figura 3 Porcentajes de asistencia a la consulta por grupo de tratamiento antipsicótico (%).

($p=0,061$), para los años de trastorno acumulados fue de 0,341 ($p=0,097$) y para el grupo de tratamiento fue de 1,428 con un valor de p asociado de 0,041.

Además, las diferencias multivariantes en los porcentajes de asistencia a la consulta también se determinaron mediante una regresión logística multinomial. Para una asistencia a la consulta <25% respecto al 25-75% no se obtuvieron factores o covariables estadísticamente diferentes de cero, lo que indica que las diferencias en los porcentajes de asistencia no se pueden explicar por el género, la edad del primer ingreso, los años de enfermedad acumulados ni los grupos de tratamiento.

Discusión

Mediante un diseño retrospectivo se realizaron comparaciones a través de análisis transversales en el momento del ingreso y al año del seguimiento por la inclusión de todos los pacientes que ingresaron con TD en nuestro Departamento de Psiquiatría (Hospital Clínic, Barcelona) entre 2000 y 2011. El objetivo de este estudio fue investigar las diferencias de género respecto a las características demográficas y clínicas, los intentos de suicidio y los porcentajes de asistencia a la consulta en una muestra de 78 pacientes con TD. Por otra parte, nuestro objetivo fue realizar un análisis indirecto de la efectividad del tratamiento recibido en pacientes con TD.

Nuestros resultados confirman que los TD son más frecuentes en mujeres que en hombres. Las mujeres enfermaron a una edad más tardía y recibieron atención psiquiátrica más tarde que los hombres. Estos resultados son consistentes con estudios recientes^{6,8} que observaron una edad de inicio de los síntomas más temprana en hombres que en mujeres y una edad más tardía de la primera consulta psiquiátrica en mujeres que en hombres. Sin embargo, como ya se ha informado, algunos autores clásicos y contemporáneos, como Winokur, han encontrado una sobrerrepresentación de hombres^{1,15}.

Atendiendo a los datos sociodemográficos la mayoría de los pacientes hospitalizados con TD eran solteros o divorciados o separados, lo que contrasta con estudios anteriores en los que el estado civil de casado era el más frecuente en esta población⁵. En nuestro estudio la edad media de inicio del trastorno es de 49 años, que es similar a la publicada en estudios recientes en nuestra área de población^{7,9}.

La idea delirante más frecuente fue la persecutoria, seguida de la erotomanía. Estos hallazgos coinciden parcialmente con los de Portugal et al.⁹ que encontraron como tipos delirantes más frecuentes el persecutorio, el celotípico y el mixto. Además, muchos estudios recientes también han informado de una preponderancia de los casos persecutorios^{10,16}.

No obstante, la validez y la utilidad de la clasificación actual de TD en tipos es motivo de controversia. En un estudio transversal realizado por de Portugal et al.²⁴ se identificaron 4 factores psicopatológicos (dimensiones paranoide, cognitiva, afectiva y esquizoide) mediante el análisis factorial de las puntuaciones PANSS. Estos factores estaban relacionados con el funcionamiento cognitivo, el abuso de sustancias, el funcionamiento global y otras variables clínicas, lo que podría proporcionar una mejor conceptualización de los tipos de TD.

La elevada comorbilidad psiquiátrica prevalente (39,8%), aun cuando es inferior a los hallazgos de otros estudios, indica que los síntomas depresivos y de ansiedad se pueden considerar parte de la sintomatología inicial y podría ser una causa de hospitalización^{15,16}. Por otra parte, nuestros resultados muestran que las mujeres presentaron más hospitalizaciones y necesitaron más tratamiento farmacológico y que los porcentajes de asistencia a la consulta durante el seguimiento fueron menores. Estos resultados coinciden con los de Wusstmann et al.⁶ quienes observaron que las mujeres necesitan otros tratamientos farmacológicos, como las benzodiazepinas, con más frecuencia que los hombres.

El segundo delirio más común en las mujeres fue la erotomanía, mientras que en los hombres los tipos más comunes fueron el persecutorio y el celotípico. Sin embargo, no hubo diferencias de género estadísticamente significativas en cuanto al tipo de TD. Este resultado también es compatible con los hallazgos de Wusstman et al.⁶ quienes no obtuvieron diferencias de género respecto a los tipos de TD.

Todos los pacientes ingresados en nuestro Servicio Psiquiátrico recibieron antipsicóticos atípicos y otros tratamientos farmacológicos cuando lo necesitaron. No existe información sobre tratamientos con suficiente poder estadístico y basados en estudios controlados aleatorios y enmascarados de TD. Debido a dicha escasez de información nuestro objetivo fue describir un perfil de efectividad de los

antipsicóticos que se utilizan rutinariamente en la práctica clínica. Nuestros hallazgos coinciden parcialmente con los de Grover et al.¹⁵ que observaron, en la India, que la respuesta al tratamiento con risperidona era mejor que la de otros antipsicóticos pero indicaba la necesidad de realizar nuevos estudios para examinar la efectividad de los tratamientos en los TD. A pesar de que una revisión sistemática del tratamiento antipsicótico en los TD no reveló diferencias significativas entre los distintos tipos de tratamiento respecto al desenlace²⁵, según nuestro conocimiento, este es el primer estudio de TD que intenta de forma específica describir los porcentajes de asistencia a las citas en relación con los fármacos antipsicóticos administrados.

En el presente estudio se encontró que los pacientes tratados con RILD presentaban porcentajes más elevados de asistencia a la consulta durante el seguimiento que los tratados con otros antipsicóticos o con risperidona oral. En la regresión logística multinomial las diferencias en los porcentajes de asistencia a las citas se podrían explicar según los grupos de tratamiento, aun cuando el género, la edad del primer ingreso y los años de trastorno acumulados se incluyeron en el modelo como covariables. Por otro lado, los pacientes tratados con RILD presentaban mayores porcentajes de asistencia a la consulta ambulatoria tras el alta y mayores porcentajes de mantenimiento de las citas al final del seguimiento. Sin embargo, cuando se realizó la regresión logística multinomial con el género, la edad del primer ingreso y los años acumulados de enfermedad incluidos, el grupo de tratamiento no resultó ser un predictor de los porcentajes de asistencia a la consulta. Además de la observación anterior, los pacientes tratados con RILD requieren el uso menos frecuente de antidepresivos o benzodiazepinas, lo que sería un buen hallazgo de efectividad.

Fortalezas/limitaciones

A diferencia de otros estudios los puntos fuertes de nuestro estudio fueron la investigación de las diferencias de género en la comorbilidad depresiva, la ideación y el comportamiento suicida y los porcentajes de asistencia a las citas durante el seguimiento de una muestra de 78 pacientes con TD. A pesar de utilizar un análisis de variables indirectas de la efectividad, realizamos una comparación de los tratamientos antipsicóticos en los TD más a menudo utilizados en la práctica clínica. Una limitación es el tamaño reducido de la muestra, así como la falta de instrumentos de evaluación para valorar los síntomas psicopatológicos, como por ejemplo, las escalas de evaluación psicopatológica PANSS o BPRS debido al diseño naturalista y retrospectivo del estudio. Por estas razones consideramos que son necesarios estudios más prolongados y de mayores dimensiones para dilucidar mejor la ausencia de diferencias de género en el seguimiento y la efectividad de los antipsicóticos atípicos recientes.

Conclusiones

Se puede concluir que existen diferencias de género en los TD respecto a la edad de aparición de la enfermedad, la edad del primer ingreso y la edad del primer uso de los servicios psiquiátricos y en la duración del primer ingreso.

Las mujeres necesitan más tratamientos farmacológicos y muestran menores porcentajes de asistencia a la consulta que los hombres, lo que podría indicar que el TD es más grave en las mujeres que en los hombres. El tratamiento con RILD en los TD podría aumentar las tasas de mantenimiento de las citas durante el seguimiento pero no se puede concluir que los porcentajes de asistencia a la consulta fuesen mayores. Por otra parte, los pacientes tratados con RILD parecen requerir con menos frecuencia la prescripción de otras agentes psicoactivos tales como los antidepresivos y las benzodiazepinas. Sin embargo, son necesarios más estudios para confirmar estos resultados preliminares.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los Dres. González-Rodríguez, Molina-Andreu, Imaz Gurrutxaga y Rosa Catalán no tienen nada que declarar respecto a los conflictos de intereses. El Dr. Bernardo recibió honorarios como consultor de Bristol-Meyer-Squibb y Wyeth y honorarios de Janssen-Cilag, Eli Lilly, Pfizer, Synthelab, Glaxo Smith Kline y Astra-Zeneca pero dichas relaciones personales no están relacionadas con el contenido de nuestro manuscrito.

Agradecimientos

Nos gustaría dar las gracias al Gobierno de Cataluña, al Comissionat per Universitats i Recerca i del Departament d'Innovació, Universitats i Empresa (DIUE) 2009SGR1295 y al Instituto de Salud Carlos III, al Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental de Cataluña (CIBERSAM) y a todo el personal por su colaboración en la realización de los datos demográficos y clínicos en los sistemas de registros médicos. El trabajo se llevó a cabo (en parte) en el Centro Esther Koplowitz de Barcelona.

Bibliografía

- Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Ed. Springer-Verlag; 1983.
- Kretschmer E. *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Ed. Triacastela; 2000.
- Moya J. *Clásicos de la paranoia*. (Recopilación y selección: José María Álvarez y Fernando Colina). Barcelona: Ed. Paidós; 1997.
- Munro A. *Delusional disorder: paranoia and related illnesses*. New York: Cambridge University Press; 1999.
- Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional disorders are they simply paranoid schizophrenia? *Schizophr Bull*. 2012;38:561-8.
- Wustmann T, Pillmann F, Marneros A. Gender-related features of persistent delusional disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261:29-36.
- De Portugal E, Martínez C, González N, del Amo V, Haro JM, Cervilla JA. Clinical and cognitive correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder outpatients. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45:416-25.
- De Portugal E, González N, Miriam V, Haro JM, Usall J, Cervilla JA. Gender differences in delusional disorder: evidence from an outpatient sample. *Psychiatry Res*. 2010;177(1-2):235-9.
- De Portugal E, González N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiatry*. 2008;23:125-33.
- Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97:122-4.
- Someya T, Masui A, Takahashi S, Fujinawa A. Classification of paranoid disorders: a survey of 144 cases. *Jpn J Psychiatry Neurol*. 1987;41:162-3.
- Kendler KS. Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:890-902.
- Maina G, Albert U, Badà A, Bogetto F. Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *Eur Psychiatry*. 2001;16:222-8.
- Marino C, Nobile M, Bellodi L, Smeraldi E. Delusional disorder and mood disorder: can they coexist? *Psychopathology*. 1993;26:53-61.
- Grover S, Biswas P, Avasthi A. Delusional disorder: study from North India. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;61:462-70.
- Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;53:673-6.
- Rudden M, Sweeney J, Frances A, Gilmore M. A comparison of delusional disorders in women and men. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1575-8.
- Salavert J, Berrospi M, Miralles M, Dueñas RM, Tiffon ML, San Molina L. El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. *Rev Psiq Fac Med Barna*. 2003;30:304-13.
- Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. *Can J Psychiatry*. 1995;40:616-22.
- Kendler KS, Walsh D. Schizophreniform disorder, delusional disorder and psychotic disorder not otherwise specified: clinical features, outcome and familial psychopathology. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:370-8.
- Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*. 2000;176:160-5.
- Batscha C, McDevitt J, Weiden P, Dancy B. The effect of an inpatient transition intervention on attendance at the first appointment postdischarge from a psychiatric hospitalization. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2011;17:330-8.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- De Portugal E, González N, del Amo V, Haro JM, Díaz-Caneja CM, de Dios Luna del Castillo J, et al. Empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: the DELIREMP Study. *Compr Psychiatry*. 2012 Sep 27. doi:pii: S0010-440X(12)00203-9. 10.1016/j.comppsy.2012.08.002.
- Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51:114-9.