



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE  
PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE  
MUÑIZ**

**RIESGO DE REHOSPITALIZACIÓN ASOCIADO  
AL ESQUEMA DE TRATAMIENTO  
ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES CON  
ESQUIZOFRENIA: UN ESTUDIO  
RESTROSPECTIVO A 10 AÑOS EN EL INPRFM**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN:  
PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:  
DR. SERGIO RAMÓN MINUTTI PALACIOS**

**TUTOR TEÓRICO: DR. MAURICIO ROSEL VALES  
TUTORA METODOLÓGICA: DRA. YVONNE FLORES  
MEDINA**



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

**CIUDAD DE MÉXICO, MAYO DE 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Tabla de contenido**

INTRODUCCIÓN.	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	7
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
JUSTIFICACIÓN:	7
OBJETIVO GENERAL	8
CONSIDERACIONES ETICAS	8
MÉTODO.	8
DISEÑO DEL ESTUDIO.	8
POBLACIÓN Y MUESTRA:	9
CRITERIOS DE SELECCIÓN	10
Inclusión:	10
Exclusión:	10
VARIABLES	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXO	31

## **Riesgo de re-hospitalización asociado al esquema de tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia: un estudio retrospectivo a 10 años en el INPRFM.**

### **Introducción**

De acuerdo a la OMS, la esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Se ha observado que en más del 70% de los casos el inicio del padecimiento se da en la adolescencia y en adultos jóvenes. Se estima que la prevalencia del trastorno es del 0.32% en el mundo, representando a 1 de cada 300 personas. <sup>1</sup> Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) para hacer el diagnóstico de esquizofrenia se deben de cumplir 2 o más de los siguientes criterios: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos como expresión emotiva disminuida, apatía y abulia, por un mínimo de 6 meses y al menos un mes con los síntomas presentes y el resto con síntomas prodrómicos o residuales. <sup>2</sup>

La esquizofrenia se ha asociado a una desregulación en circuitos dopaminérgicos. En principio se ha postulado que mayor actividad en la vía mesolímbica se asocia con una generación de sintomatología positiva, y una menor señalización dopaminérgica en la vía mesocortical está implicada en la aparición y mantenimiento de síntomas negativos; <sup>3</sup> por esta razón el tratamiento de primera línea para la esquizofrenia son los medicamentos antipsicóticos cuyo mecanismo de acción involucra la acción antagonista a los receptores dopaminérgicos D2. Los antipsicóticos se categorizan en primera generación o típicos y de segunda generación o atípicos. En el caso de la

---

segunda categoría, esto se denominan atípicos porque su mecanismo de acción también involucra su adherencia a otros receptores, por ejemplo, serotoninérgicos (5-HT<sub>2A</sub>).<sup>4</sup>

Se sabe que existe una respuesta similar de los antipsicóticos de primera y segunda generación, con la diferencia de que los últimos tienen una menor cantidad de efectos adversos.<sup>5</sup> Entre los efectos adversos producidos por el uso de éstos fármacos se encuentran síntomas extrapiramidales así como ganancia de peso, alteraciones en el metabolismo de la glucosa, dislipidemia, grados menores de hipertensión y enfermedad cardiovascular.<sup>3,6</sup>

En cuanto a la presentación, estos medicamentos, se encuentran disponibles vías oral, intramuscular, preparaciones intravenosas o intramusculares de depósito de acción media o prolongada.<sup>7</sup> Se ha reportado que en relación con la presentación tratamiento con antipsicóticos inyectables se asocia significativamente con un tiempo más largo a una rehospitalización que con un tratamiento vía oral en pacientes mayores. Por otro lado, se ha reportado que los inyectables se asocian a una mejor adherencia al medicamento, remisión de las crisis y menores recaídas durante un tratamiento involuntario ambulatorio.<sup>8</sup>

Los esquemas de tratamiento se pueden dividir en monoterapia que involucra el manejo con un solo antipsicótico el cual es óptimo si es efectivo y bien tolerado.<sup>9</sup> Se ha publicado que el uso de la monoterapia con clozapina es similar al uso de combinaciones con otros antipsicóticos tanto en la prevención de recaídas como el uso en sujetos hospitalizados.<sup>10</sup> La polifarmacia o politerapia que hace referencia al tratamiento concomitante con dos o más compuestos de antipsicóticos diferentes,<sup>11</sup> la polifarmacia como esquema de tratamiento es un sumamente común, se estima

que entre el del 10% al 70% de los pacientes se mantienen con este esquema.<sup>12</sup> Entre los motivos por los cuales se utiliza polifarmacia se encuentran respuesta insuficiente del tratamiento con monoterapia, presencia de efectos adversos intolerables, urgencia por reducir la duración de la hospitalización y de los síntomas agudos, control de conductas de riesgo, controlar síntomas comórbidos (como síntomas cognitivos o negativos), controlar efectos adversos y temor o conocimiento insuficiente sobre el uso de clozapina.<sup>11, 13</sup> En el largo plazo, los predictores de un esquema de tratamiento con polifarmacia incluyen una mayor severidad de los síntomas positivos; un tratamiento previo con antipsicóticos inyectables de acción prolongada y uso de clozapina; un mayor uso de servicios ambulatorios; mayor adversidad psicosocial y características clínicas como un inicio más temprano de la enfermedad.<sup>11</sup>

Como se observa arriba, un gran número de variables puede contribuir a la elección del esquema en monoterapia o polifarmacia a nivel mundial. En México la elección del medicamento antipsicótico y su esquema también está influido por el costo del medicamento, como se señala en la encuesta realizada por Apiquian y colaboradores a psiquiatras mexicanos sobre su criterio para la prescripción y dosificación de medicamentos antipsicóticos.<sup>14</sup> Se ha descrito también que la polifarmacia de antipsicóticos se ha asociado a un incremento en el riesgo de presentar síntomas extrapiramidales asociadas a la dosis prescrita, así como, su asociación de deterioro neurocognitivo,<sup>15</sup> sin embargo existe evidencia que sustenta que el uso de polifarmacia se asocia con un riesgo relativo de hasta el 10% menos de hospitalizaciones psiquiátricas en comparación con un tratamiento de monoterapia.<sup>16</sup> También se ha descrito que este esquema con múltiples antipsicóticos disminuye o el riesgo de mortalidad,<sup>17</sup> así mismo en otras publicaciones se ha mencionado que, en comparación con la monoterapia, la polifarmacia de antipsicóticos se ha

asociado a menor mortalidad en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.<sup>11,17</sup> Aunque estos reportes indican una mayor eficacia de la polifarmacia para los indicadores de hospitalización y mortalidad, los esquemas con monoterapia se asocian de manera general con una mayor adherencia al tratamiento.<sup>17</sup>

La categoría más común en polifarmacia de antipsicóticos es la combinación de antipsicóticos de segunda generación; siendo la de mayor uso Amisulpirida y Clozapina.<sup>18</sup> La combinación Clozapina y Aripiprazol tiene evidencia en la disminución del riesgo de rehospitalización con HR de 0.34.<sup>17</sup>

Hasta nuestro conocimiento, no existen descripciones previas en México de los esquemas de tratamiento utilizados al egreso de la hospitalización de pacientes con esquizofrenia, ni como estos esquemas o sus modificaciones a lo largo del tiempo se asocian con un mayor o menor riesgo de hospitalización en estos pacientes. Aunque la única indicación consistente para el uso de polifarmacia antipsicótica es en pacientes ultra resistentes a tratamiento (resistentes a clozapina), esta estrategia se usa con frecuencia y de acuerdo a la literatura revisada su efectividad puede superar la de los esquemas con monoterapia.<sup>13</sup> Nuestro interés en la descripción de los esquemas de tratamiento en pacientes mexicanos surge en principio, por la evidencia existente del uso de polifarmacia para la disminución del riesgo de hospitalización y en segundo lugar, porque la prescripción en México del tratamiento antipsicótico incluye consideraciones de tipo socioeconómicas como es el costo del medicamento para los consultantes.

Por esta razón el presente estudio tiene como objetivo un análisis retrospectivo a 10 años sobre los esquemas de tratamiento utilizados en pacientes con esquizofrenia y el riesgo relativo de rehospitalización de estos pacientes en un hospital psiquiátrico de tercer nivel en México.

### **Planteamiento del problema**

La polifarmacia de antipsicóticos ha demostrado tener un impacto en la reducción de hospitalizaciones en pacientes con esquizofrenia.<sup>16</sup> En México el uso del tratamiento antipsicótico para pacientes con este diagnóstico tiene una variación importante en la elección del tratamiento de primera línea y la dosificación de la misma sin que exista un consenso definitivo sobre el tratamiento inicial y el seguimiento,<sup>19</sup> sin embargo, la politerapia con antipsicóticos es utilizada habitualmente en la práctica psiquiátrica. Actualmente no existe información en nuestro país sobre el riesgo de rehospitalización asociado a diferentes perfiles farmacológicos.

### **Pregunta de investigación**

¿Un determinado esquema de tratamiento antipsicótico con monoterapia/polifarmacia reduce el riesgo de rehospitalización en pacientes mexicanos con diagnóstico de esquizofrenia?

### **Justificación:**

- a) Este estudio proporcionará información sobre los perfiles de tratamiento con antipsicótico más comunes al egreso de la hospitalización en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en un hospital de tercer nivel en México.
- b) Proporcionara datos sobre el riesgo de supervivencia para la rehospitalización con determinados perfiles de tratamiento.

## **Objetivo general**

Describir el riesgo de supervivencia de la rehospitalización en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia asociado a los esquemas de monoterapia o polifarmacia.

## **Consideraciones Éticas**

Para la realización de éste trabajo de investigación se solicitará permiso para la revisión de expedientes al responsable del archivo clínico del INPRFM. No se otorgará consentimiento informado por la poca viabilidad para la localización de los usuarios del INPRFM, la información recabada no modificará el comportamiento de las personas ni tendrá repercusión en el tratamiento establecido o su seguimiento. La información recabada se almacenará en un archivo encriptado, no se recabarán los nombres de los usuarios y se utilizarán códigos numéricos para la identificación de los participantes y solo tendrán acceso el tesista y los tutores, así mismo la recolección de los datos se realizará exclusivamente en las instalaciones del INPRFM.

## **Método.**

### **Diseño del estudio.**

Es un estudio retrospectivo de cohorte que busca identificar el esquema de tratamiento antipsicótico de menor riesgo para la rehospitalización en pacientes con diagnósticos pertenecientes al espectro de esquizofrenia. La información se obtendrá del expediente clínico físico y electrónico del archivo clínico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) con los datos disponibles de enero de 2009 a diciembre de 2019. Considerando que este estudio se basa en la comparación de las medidas de re-hospitalización de un mismo individuo a lo largo del tiempo, variables como sexo, edad del participante, edad de inicio de la

enfermedad, duración de la enfermedad, número de hospitalizaciones previas, comorbilidades y abuso de sustancias serán controladas en el diseño. Se considerará como covariable el tiempo de exposición a los esquemas de tratamiento desde el inicio de estudio hasta el cambio o la adición de otro antipsicótico.

### **Población y muestra:**

Este estudio incluirá a los usuarios del INPRFM que tengan diagnóstico de esquizofrenia con base en los criterios del DSM-IV-TR de esquizofrenia de tipo paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual (295.30, 295.10, 295.20, 295.90, 295.70, CIE-10 F20.0 – F20.5), trastorno psicótico breve con o sin desencadenante(s) grave(s) (298.8, CIE-10 F23.80 – F23.81), trastorno esquizofreniforme (295.40, F20.8), trastorno psicótico compartido (297.3, CIE-10 F24), trastorno psicótico debido a enfermedad médica con ideas delirantes o con alucinaciones (293.2, 293.0, CIE-10 F06.2, F06.0), trastorno delirante (297.1, CIE-10 F22.00) trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico no especificado (298.9, CIE-10 F29) y del DSM-5 que incluyen trastorno delirante (297.1, CIE-10 F22), trastorno psicótico breve (298.8, CIE-10 F23), trastorno esquizofreniforme (295.40, CIE-10 F20.81), esquizofrenia (295.90, CIE-10 F20.9), trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, trastorno psicótico debido a otra afección médica con delirios o alucinaciones (293.81, 293.82, CIE-10 F06.2, F06.0), otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico (298.8, CIE-10 F28), trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (298.9, F29). Los datos se obtendrán del expediente clínico del instituto, el seguimiento de las hospitalizaciones iniciara en Enero del 2010 y finalizara el 31 de Diciembre del 2020 o con la notificación del muerte del participante. Se consideraran hospitalizaciones previas en otras unidades hospitalarias que se

encuentren descritas en el expediente. El análisis de los datos se llevará a cabo de Febrero del 2021 a Diciembre del 2022.

### **Criterios de selección**

#### **Inclusión:**

Pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, DSM-5 y códigos de CIE-10 previamente descritos.

#### **Exclusión:**

Diagnóstico primario diferente al del espectro de la esquizofrenia, cambio de diagnóstico o que no corresponda al espectro de la esquizofrenia, comorbilidad con diagnóstico de demencia o trastorno neurocognitivo, sujetos cuyo expediente se encuentre incompleto o no se encuentre vigente.

La cohorte incluirá pacientes que fueran hospitalizados por primera vez con los diagnósticos previamente comentados desde Enero del 2009 hasta el 31 de diciembre del 2019, pero que no utilizaran ningún antipsicótico durante al menos un año previo a la hospitalización. Así mismo, se tomarán en cuenta las hospitalizaciones en otras unidades de salud mental que se encuentren consignadas en el expediente clínico con el interés de obtener con mayor precisión el número de hospitalizaciones en total de los usuarios. Los pacientes que cumplan criterios de inclusión continuarán en seguimiento hasta la notificación de su fallecimiento, al perder vigencia en el INPRFM o al cambiar su diagnóstico a uno diferente al espectro de esquizofrenia durante su seguimiento.

Para el análisis estadístico se utilizara un modelo de regresión de Cox, este modelo permite generar una función de supervivencia, es decir describe la probabilidad de la ocurrencia de un evento de interés, en este caso la rehospitalización a lo largo de tiempo; este evento estará determinado por variables predictoras, que en nuestro estudio será el esquema de tratamiento. Nuestro modelo será ajustado por sexo, edad del participante, duración de la enfermedad, duración de la psicosis no tratada, numero de hospitalizaciones previas, comorbiliades y abuso de sustancias.

Como instrumentos de medición se utilizará un formato de recolección el cual se realizó en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, la cual está dividida entre los datos sociodemográficos y las características clínicas de interés. Se dividirán las categorías de acuerdo a las variables consideradas y por número de hospitalizaciones. Algunos datos como los diagnósticos de acuerdo al DSM-IV-TR, DSM-5 se recabarán con sus respectivos códigos, así como mencionar los códigos de la CIE-10. Se clasificará a los fármacos conforme al Sistema de clasificación ATC (*Anatomical, Therapeutical, Chemical classification system por sus siglas en inglés*). Se tomarán en cuenta también los apartados correspondientes del expediente clínico en donde se precise la información que cubra las variables deseadas, entre ellos la historia clínica y las notas tanto de ingreso como de egreso de la hospitalización. Lo anterior con base a los criterios del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) utilizado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

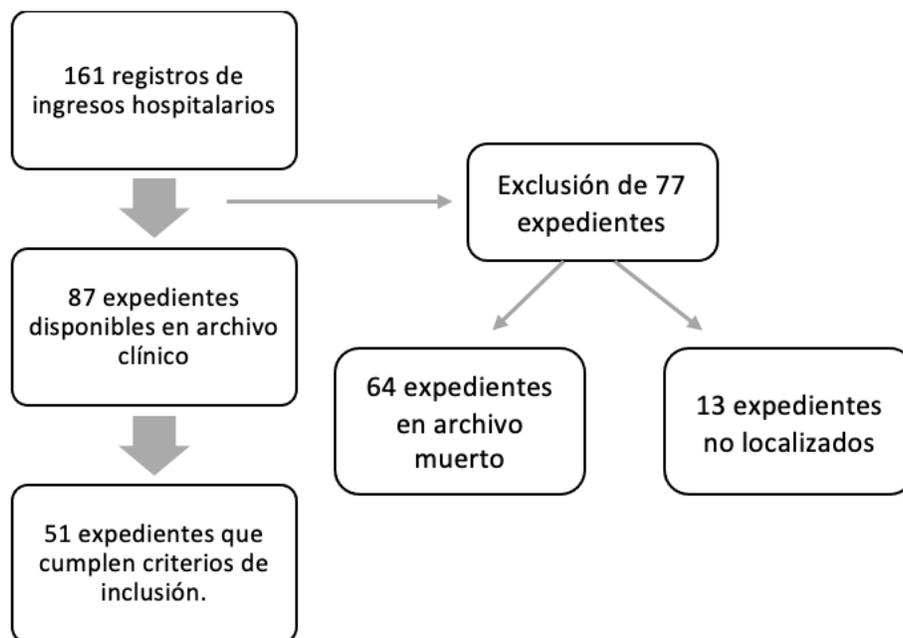
Así mismo se obtendrá, en caso de haber sido documentado los puntajes de la escala global del funcionamiento (GAF por sus siglas en inglés), *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*, *Positive and Negative Syndrome Sacle (PANSS)* y efectos adversos presentes en el seguimiento hospitalario.

## Variables

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo</b>	<b>Medición</b>
<i>Sexo</i>	Sexo de la persona.	Ordinal.	Hombre, mujer.
<i>Edad</i>	Edad de la persona.	Ordinal.	Años.
<i>Estado civil</i>	Situación civil de la persona	Nominal.	Soltero, casado, divorciado, unión libre, viudo, separado, concubinato.
<i>Nivel socioeconómico</i>	Medida económica y sociológica asignada por un estudio de trabajo social.	Ordinal.	Nivel socioeconómico.
<i>Escolaridad (años)</i>	Grado de estudio de una persona.	Ordinal.	Años o grado de estudio.
<i>Ocupación (desempleado, estudiante, empleo formal, empleo informal)</i>	Actividad que ha desempeñado la persona.	Nominal.	Ninguna, estudiante, hogar, desempleado, actividad remunerada informal, actividad remunerada formal.
<i>Edad de inicio del padecimiento</i>	Edad en que inicia el padecimiento de la persona.	Ordinal.	Años.
<i>Duración de la enfermedad</i>	Duración en años de la evolución del padecimiento.	Ordinal.	Años
<i>Duración de psicosis no tratada</i>	Tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el inicio de tratamiento adecuado.	De razón.	Semanas.
<i>Número de hospitalizaciones previas</i>	Cantidad de hospitalizaciones de la persona.	Ordinal.	Orden numérico de las hospitalizaciones.
<i>Comorbilidad psiquiátrica</i>	Otros trastornos que ocurren en la misma persona.	Nominal.	Otro diagnóstico psiquiátrico.
<i>Abuso de sustancias</i>	Consumo perjudicial de otras sustancias psicoactivas.	Nominal.	Alcohol, tabaco, cannabis, inhalantes, sedantes, ansiolíticos, hipnóticos, alucinógenos, opiáceos, estimulantes.
<i>Esquema de tratamiento antipsicótico</i>	Esquema de tratamiento que se indica en la persona.	Nominal.	Esquema de tratamiento.
<i>Tratamiento con monoterapia</i>	Tratamiento con un solo antipsicótico.	Nominal.	Esquema de tratamiento con monoterapia.
<i>Tratamiento con polifarmacia</i>	Tratamiento con 2 o más antipsicóticos.	Nominal.	Esquema de tratamiento con polifarmacia.
<i>Numero de ensayos</i>	Número de cambios en los fármacos.	Ordinal.	Número de ensayos utilizados.
<i>Tiempo de exposición al ensayo</i>	Cantidad en tiempo utilizado con los fármacos.	Ordinal.	Semanas.

## Resultados

Se solicitó a la subdirección de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz el registro de pacientes que ingresaron a hospitalización en el INPRFM desde los años 2009 hasta el 2019 con la codificación de la CIE-10 correspondiente a los criterios de inclusión previamente descritos. En total se otorgó un registro de 161 ingresos hospitalarios, 64 expedientes de los registros se encontraban en archivo muerto en el tiempo en que se realizó la revisión de los expedientes y 13 expedientes no fueron localizados durante el tiempo de recolección de datos. Se obtuvieron un total de 87 expedientes disponibles en el archivo clínico en el archivo clínico de los cuales 51 con la información mínima necesaria para el análisis estadístico, el resto de los expedientes fueron excluidos por haberse registrado un cambio de diagnóstico distinto al del espectro de la esquizofrenia. Se realizó un análisis de supervivencia tomando en cuenta desde la primera hospitalización registrada hasta la fecha de última asistencia, ya sea a consulta externa o último día de hospitalización registrado en el expediente clínico. Cabe mencionar que 5 de los 51 expedientes contaban con un registro de primera hospitalización en los años 1975, 1988, 1994, 2005 y 2006 y se decidió tomarlos en cuenta para el análisis.



En la tabla 1 se pueden observar los datos sociodemográficos, 50.8% de los registros eran del género femenino, 15.3% eran profesionistas, 39% se encontraban sin ocupación y 69.5% tenían un estado civil casado. La mayoría de los registros (32.2%) habían cursado con una licenciatura y 1.7% habían estudiado un posgrado. 64% de los participantes se encontraban en esquema de tratamiento con monoterapia en su último registro de atención y 6.8% recibían esquema de tratamiento con polifarmacia, el resto no fue especificado en las últimas notas del expediente clínico. Los antipsicóticos más utilizados en los esquemas con monoterapia en el último registro de atención fueron olanzapina 22%, haloperidol 16.9% y aripiprazol 10.2%, únicamente 1.7% de los registros contaban con un esquema de tratamiento con clozapina. Como tratamiento farmacológico adicional el 23.7% de todos los registros tenían indicado un esquema con inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos.**

Género	(%)	Ocupación	(%)	Estado civil	(%)	Escolaridad	(%)
Femenino	50.8%	Sin ocupación	39%	Soltero	69.5	Primaria	5.1
Masculino	40.7%	Hogar	16.9%	Casado	13.6	Secundaria	28.8
		Obrero	1.7%	Divorciado	5.1	Preparatoria	22
		Empleado	3.4%	Viudo	1.7	Licenciatura	32.2
		Comerciante	5.1%			Posgrado	1.7
		Profesionista	15.3%				
		Estudiante	5.1%				
		Pensionado	3.4%				

Para la realización del análisis de supervivencia utilizando el método de regresión de Cox, se hizo un seguimiento de las hospitalizaciones en 10 años, tomando en cuenta el primer evento de admisión hospitalaria y cada evento de rehospitalización. 5 registros de primera hospitalización fueron en los años 1975, 1988, 1994, 2005 y 2006 por lo que se tomaron en cuenta para el análisis. Se realizaron 5 regresiones tomando en cuenta el primer ingreso hospitalario y 4 eventos de rehospitalización que fue lo máximo registrado en los expedientes revisados.

De los 51 registros en el primer evento, 19 se encontraban hospitalizados y 15 de ellos se les indicó un esquema de monoterapia de antipsicótico como se puede observar en la tabla 3 y, como se observa en la tabla 2, hay disminución del riesgo de rehospitalización del primer al segundo evento de hospitalización con el empleo de monoterapia de antipsicóticos (HR = 0.11, 95% CI 0.16-0.85) con una significancia estadística de 0.031 y representado en la gráfica 1 en donde en comparación con la variable de polifarmacia. En ese mismo evento también se encontró una tendencia de disminución del riesgo de rehospitalización dependiendo con la variable de esquema de tratamiento antipsicótico (HR = 1.24, 95% CI 0.97-1.59) pero no fue estadísticamente significativo (significancia estadística de 0.083). En la tabla 4 se pueden observar los esquemas de tratamiento antipsicótico más utilizados durante la hospitalización 1, siendo los más frecuentes risperidona, (39.6%), olanzapina (16.7%), perfenazina y aripiprazol (ambos con 10.4% de frecuencia de utilización).

**Tabla 3. Seguimiento de participantes a 10 años por evento de hospitalización.**

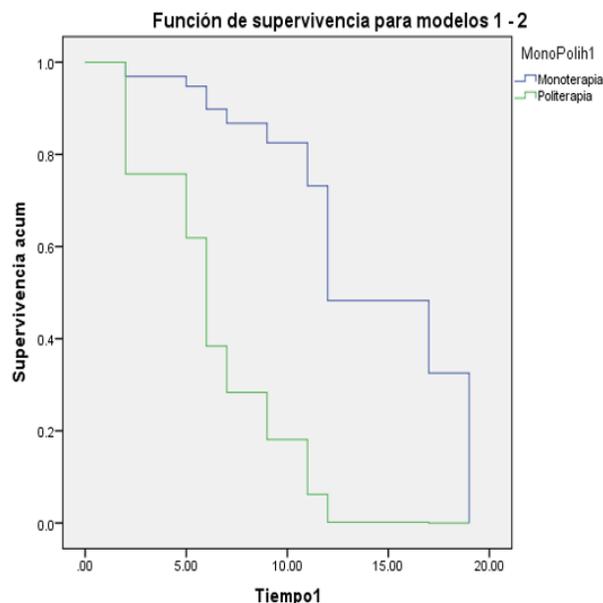
Seguimiento de participantes en 10 años	Monoterapia	Polifarmacia
1 <sup>a</sup> (n = 51) ◇ Ambulatorio (32) ◇ Hospitalización (19)	27 15	5 4
2 <sup>a</sup> (n = 50) ◇ Ambulatorio (30) ◇ Hospitalización (20)	26 16	4 4
3 <sup>a</sup> (n = 50) ◇ Ambulatorio (40) ◇ Hospitalización (10)	32 10	8 0
4 <sup>a</sup> (n = 50) ◇ Ambulatorio (43) ◇ Hospitalización (7)	35 6	8 1
5 <sup>a</sup> (n = 49) ◇ Ambulatorio (44) ◇ Hospitalización (5)	36 5	8 0

**Tabla 4. Fármacos más utilizados durante la hospitalización 1.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Clozapina	1	1.2	2.1	2.1
Amilsuprida	2	2.3	4.2	6.3
Quetiapina	4	4.7	8.3	14.6
Risperidona	19	22.1	39.6	54.2
Haloperidol	2	2.3	4.2	58.3
Perfenazina	5	5.8	10.4	68.8
Sulpirida	2	2.3	4.2	72.9
Olanzapina	8	9.3	16.7	89.6
Aripiprazol	5	5.8	10.4	100.0
Total	48	55.8	100.0	
Perdidos Sistema	38	44.2		
Total	86	100.0		

En las regresiones restantes se observa que las variables pierden el poder para producir el evento de interés y como se puede observarn en las gráficas 2, 3, 4 y 5 la relación entre las variables monoterapia y polifarmacia no se asociaron a la disminución del tiesgo de rehospitalización. Es notable, como se observa en la tabla 8, que el uso de la clozapina se limitó hacia la quinta hospitalización que en el seguimiento únicamente la presentaron 5 registros. En las tablas 5, 6, 7 y 8 se pueden observar los fármacos más utilizados de la segunda a la quinta hospitalización respectivamente.

**Gráfica 1.**



**Tabla 2. Resultados de análisis de supervivencia.**

Evento primera hospitalización y rehospitalizaciones	B	Wald	Sig.	HR Exp(B)	IC (95%)	
<b>1ª (n = 51)</b>						
a) Sexo	-.736	.580	.446	.479	.072	3.183
b) Mono/Polifarmacia	-2.185	4.678	.031	.113	.016	.815
c) Días de estancia hospitalaria	-.049	1.187	.276	.953	.873	1.040
d) Tratamiento antipsicótico	.218	3.004	.083	1.244	.972	1.592
e) Tipo de fármaco antipsicótico	-1.075	1.625	.202	.341	.065	1.782
f) Efectos adversos reportados	-.088	1.994	.158	.916	.810	1.035
g) Días de ensayo terapéutico	.022	.416	.519	1.022	.957	1.092
h) Edad de inicio	-.019	.279	.597	.981	.915	1.053
<b>2ª (n = 50)</b>						
a) Sexo	2.728	3.319	.068	15.300	.813	287.8
b) Mono/Polifarmacia	.342	.016	.899	1.408	.007	19
c) Días de estancia hospitalaria	-.017	.079	.779	.984	.876	282.7
d) Tratamiento antipsicótico	.119	.799	.371	1.126	.868	83
e) Tipo de fármaco antipsicótico	-2.696	.518	.472	.067	.000	1.105
f) Efectos adversos reportados	.019	.023	.879	1.019	.800	1.462
g) Días de ensayo terapéutico	-.095	.479	.489	.909	.695	103.9
h) Edad de inicio	.002	.001	.980	1.002	.858	60
						1.298
						1.190
						1.170
<b>3ª (n = 50)</b>						
a) Sexo	-19.446	1.591	.207	.000	.000	4737
b) Mono/Polifarmacia			.			
c) Días de estancia hospitalaria	-.100	.162	.687	.905	.557	1.470
d) Tratamiento antipsicótico	.452	.449	.503	1.572	.418	5.909
e) Tipo de antipsicótico	-42.167	1.342	.247	.000	.000	46451
f) Efectos adversos reportados	.011	.012	.912	1.011	.834	.226
g) Días de ensayo terapéutico	.235	.294	.588	1.265	.541	2.960
h) Edad de inicio	.779	1.763	.184	2.179	.690	6.878
<b>4ª (n = 50)</b>						
a) Sexo	7.088	.241	.624	1196.993	.000	2.337
b) Mono/Polifarmacia	.000	.000	1.000.43	1.000	.060	16.59
c) Días de estancia hospitalaria	.177	.610		1.193	.766	1.859
d) Tipo de tratamiento antipsicótico						
e) Efectos adversos reportados			1.00			
f) Días de ensayo terapéutico	.000	.000		1.000	.822	1.216
g) Edad de inicio						
<b>5ª (n = 49)</b>						
a) Sexo						
b) Mono/Polifarmacia	.630	.313	.576	1.878	.207	17.06
c) Días de estancia hospitalaria	-1.343	.503	.478	.261	.006	10.69
d) Tipo de tratamiento antipsicótico			.			
e) Efectos adversos reportados	.000	.000	1.00	1.000	.863	1.158
f) Días de ensayo terapéutico						
g) Edad de inicio						

**Tabla 5. Fármacos más utilizados durante la hospitalización 2.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Amisuprida	2	2.3	14.3	14.3
Quetiapina	3	3.5	21.4	35.7
Risperidona	3	3.5	21.4	57.1
Haloperidol	1	1.2	7.1	64.3
Perfenazina	1	1.2	7.1	71.4
Olanzapina	1	1.2	7.1	78.6
Aripiprazol	2	2.3	14.3	92.9
Ziprasidona	1	1.2	7.1	100.0
Total	14	16.3	100.0	
Perdidos Sistema	72	83.7		
Total	86	100.0		

**Tabla 6. Fármacos más utilizados durante la hospitalización 3.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Amisuprida	2	2.3	20.0	20.0
Quetiapina	1	1.2	10.0	30.0
Risperidona	2	2.3	20.0	50.0
Perfenazina	1	1.2	10.0	60.0
Sulpirida	2	2.3	20.0	80.0
Olanzapina	1	1.2	10.0	90.0
Ziprasidona	1	1.2	10.0	100.0
Total	10	11.6	100.0	
Perdidos Sistema	76	88.4		
Total	86	100.0		

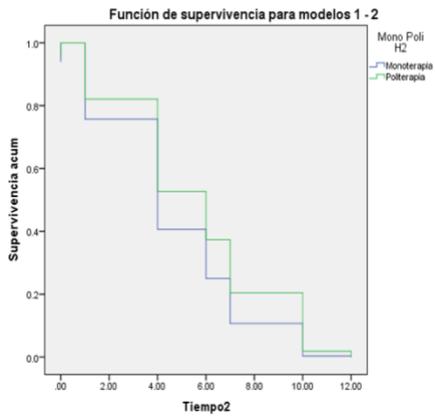
**Tabla 7. Fármacos más utilizados durante la hospitalización 4.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Haloperidol	4	4.7	57.1	57.1
Olanzapina	2	2.3	28.6	85.7
Aripiprazol	1	1.2	14.3	100.0
Total	7	8.1	100.0	
Perdidos Sistema	79	91.9		
Total	86	100.0		

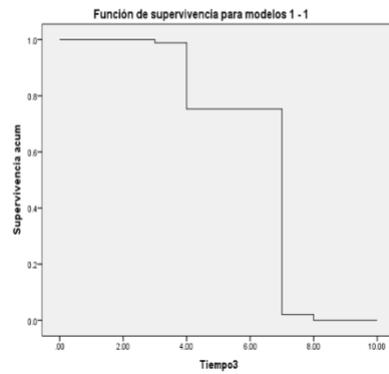
**Tabla 8. Fármacos más utilizados durante la hospitalización 5.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Clozapina	2	2.3	40.0	40.0
Quetiapina	2	2.3	40.0	80.0
Olanzapina	1	1.2	20.0	100.0
Total	5	5.8	100.0	
Perdidos Sistema	81	94.2		
Total	86	100.0		

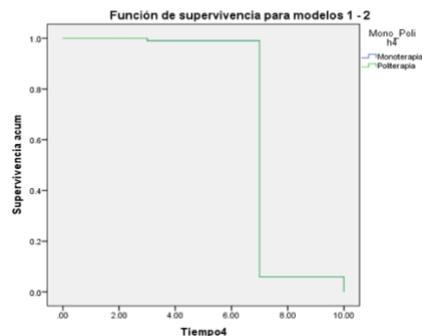
**Gráfica 2.**



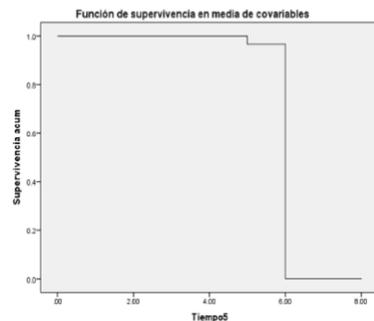
**Gráfica 3.**



**Gráfica 4.**



**Gráfica 5.**



Con respecto al empleo de combinaciones de fármacos antipsicóticos, únicamente se utilizaron en la primera, segunda y cuarta hospitalización como se puede observar en las tablas 9, 10 y 11, siendo el fármaco más utilizado en combinación la levomepromazina (44.4%) en la primera hospitalización. Se encontró el haloperidol como el único fármaco utilizado como combinación en la segunda hospitalización (100%).

**Tabla 9. Combinaciones con fármacos 1ª hospitalización.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Quetiapina	1	1.2	11.1	11.1
Risperidona	1	1.2	11.1	22.2
Haloperidol	3	3.5	33.3	55.6
Levomepromazina	4	4.7	44.4	100.0
Total	9	10.5	100.0	
Perdidos				
Sistema	77	89.5		
Total	86	100.0		

**Tabla 10. Combinaciones con fármacos 2ª hospitalización.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Haloperidol	5	5.8	100.0	100.0
Perdidos				
Sistema	81	94.2		
Total	86	100.0		

**Tabla 11. Combinaciones con fármacos 4ª hospitalización.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Quetiapina	1	1.2	50.0	50.0
Haloperidol	1	1.2	50.0	100.0
Total	2	2.3	100.0	
Perdidos				
Sistema	84	97.7		
Total	86	100.0		

## **Discusión**

Hasta el conocimiento de los investigadores, éste es el primer estudio con el objetivo de investigar la relación de la monoterapia o polifarmacia de antipsicóticos con el riesgo de rehospitalización de pacientes con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia en población mexicana. En el estudio se encontró que existe una relación con el empleo de monoterapia de antipsicóticos con la disminución del riesgo de una primera rehospitalización, sin embargo, no fue significativo el tipo de antipsicótico empleado. Lo anterior se contrapone con los hallazgos de Tiihonen y colaboradores en 2019 en donde se identificó un menor riesgo de rehospitalización con el empleo de polifarmacia y, en específico, con la combinación de esquema con aripiprazol y clozapina.

En un estudio realizado por Lin y colaboradores en 2022 se obtuvo información de participantes de una base de datos nacional desde 2001 hasta 2017 con el objetivo de evaluar el riesgo de rehospitalización a 4 años en la primera rehospitalización en pacientes con esquizofrenia midiendo una exposición al tratamiento antipsicótico empleado. Se realizó el análisis estadístico con un modelo de regresión de Cox extendido para evaluar la efectividad del tratamiento antipsicótico utilizando la risperidona como referencia ya que se encontró que fue el antipsicótico más utilizado en su cohorte. Se identificaron 143191 casos de readmisión hospitalaria en donde se había utilizado monoterapia (76.73%) y polifarmacia (23.27%) con una reducción del riesgo de rehospitalización de un 17% a 22% con el empleo de monoterapia con antipsicóticos inyectables de acción prolongada, en específico el haloperidol fue el que mostró un menor riesgo (aHR = 0.79, 95% CI 0.72-0.86).<sup>20</sup> En nuestro estudio no fue estadísticamente significativo el empleo de antipsicóticos inyectables de acción prolongada a pesar de que el más utilizado en los registros analizados fue también el decanoato de haloperidol, por otro lado, en los resultados hay una tendencia en la

variable del tipo de antipsicótico empleado que podría explicar que no hubo rehospitalización, sin embargo, los datos no son concluyentes.

Así mismo, en mayo de 2022 se publicó por parte de Taipale y colaboradores un estudio en donde se analizó un registro nacional en Finlandia de pacientes que hayan sido hospitalizados con el diagnóstico de esquizofrenia de 1972 a 2014. Definieron un *evento de uso de antipsicóticos* en donde se establecieron las dosis medias diarias y fueron calculadas tomando en cuenta los cambios en la dosificación durante una admisión hospitalaria como por la consulta externa, de igual forma se realizó el análisis estadístico con un modelo de regresión de Cox. La población total del estudio fueron 61889 participantes y se encontró que dosis medias diarias menores de olanzapina, clozapina y quetiapina presentaban un mayor riesgo de recaída en los participantes.<sup>21</sup> Si bien en nuestro estudio se registraron las dosis mínimas y máximas de los antipsicóticos utilizados durante las hospitalización, no fue posible realizar el cálculo de la regresión con dicha variable ya que la información de los cambios en los esquemas de tratamiento fuera de las hospitalizaciones mostraba datos insuficientes en las notas de seguimiento.

En el estudio se visibiliza que, hasta el año 2019, se continúa con una tendencia a la prescripción de monoterapia de antipsicóticos durante las hospitalizaciones. El patrón general de prescripción destaca el uso infrecuente de clozapina, medicamento cuyo uso es retrasado en lo general por los efectos adversos conocidos y por el protocolo riguroso utilizado para su prescripción. Otra observación es que los esquemas de tratamiento repetían en diferentes hospitalizaciones por cada participante, una posible explicación a esta repetición en la indicación de los fármacos era por la interrupción del tratamiento y probablemente no haber utilizado una dosis y duración suficiente

del fármaco mas no necesariamente por no cumplir con los criterios de resistencia al tratamiento antipsicótico.

Otro de los hallazgos fue que a partir de la tercera rehospitalización las variables en estudio perdieron el poder para predecir el evento y una posible explicación sería que hay diversos factores ambientales que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de los usuarios. En la literatura se ha descrito que la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico varía de 36% a 41% y depende si la falta de adherencia es o no intencional.<sup>22</sup> La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados (ISPOR por sus siglas en inglés), ha definido la adherencia terapéutica como el acto de conformidad a las recomendaciones hechas por el prescriptor con respecto al tiempo, dosis y frecuencia de la medicación.<sup>23</sup> En el estudio de Karve y colaboradores, se determinó el límite de adherencia terapéutica utilizando la tasa de posesión de medicación (MPR por sus siglas en inglés) y la proporción de días cubiertos (PDC por sus siglas en inglés) encontrando un punto de corte de 0.80 (80%) de adherencia para prevenir cualquier causa de hospitalización en pacientes con esquizofrenia.<sup>24</sup> Así mismo, la falta de red de apoyo podría ser una variable que interfiera en la adherencia terapéutica. Una red de apoyo social se puede definir como tener a personas de confianza que puedan asistir mediante recursos materiales y necesidades psicológicas para un soporte emocional, afectivo, instrumentado, informativo y de acompañamiento.<sup>25</sup> Zimet y colaboradores, desarrollaron la Escala Multidimensional de Percepción de Soporte Social (MSPSS por sus siglas en inglés) en donde se aprecian 3 principales fuentes de red de apoyo social: familiar, amistades y otros, siendo la familiar y amistades la red de apoyo más consistente.<sup>26</sup> Existe evidencia que un soporte emocional y confidente en hombres tiene un impacto positivo en la salud mental, así mismo, aspectos negativos en relaciones cercanas

han tenido un impacto negativo en la salud mental de hombres y mujeres.<sup>27</sup> Adicionalmente podríamos describir que los pacientes no han continuado su seguimiento clínico por diversas índoles, ya sea por haber continuado el seguimiento en otras instituciones de salud mental o muerte.

El estudio tiene algunas limitaciones, en primer lugar, el tamaño de la muestra se redujo considerablemente, únicamente el 31% de los expedientes disponibles para su análisis contaban con la información mínima necesaria o cumplieron con los criterios de inclusión y en muchos de los casos el registro de la información en las notas de ingreso hospitalario era insuficiente o no se encuentran registradas otras admisiones en otras instituciones en salud mental con detalle, tomando en cuenta que ésta información muchas veces no es precisa por parte de los informantes de los usuarios. Otro dato que podría intervenir es la tendencia al cambio de diagnóstico de los consultantes. Además, se observó que en algunos casos el seguimiento del usuario se interrumpía por más de 5 años, tiempo en el que, por normatividad, el expediente clínico pasa al archivo muerto.

## **Conclusiones**

El presente estudio muestra que el empleo de monoterapia en un primer ingreso hospitalario en población mexicana con diagnóstico de esquizofrenia disminuye el riesgo de un segundo ingreso hospitalario, sin embargo, los resultados no fueron estadísticamente significativos en hospitalizaciones subsecuentes. Así mismo, se observó una tendencia de que el tipo de fármaco antipsicótico podría tener un efecto en la disminución del riesgo de rehospitalización aunque los datos fueron insuficientes.

Se plantean diversas variables ambientales que podrían intervenir en que el registro de la información y continuidad de los usuarios plasmada en el expediente clínico sea insuficiente, incluyendo la falta de adherencia al tratamiento farmacológico o la falta de red de apoyo, así como la falta de registro de datos específicos necesarios para la evaluación de pacientes con esquizofrenia en la consulta externa o en el área de hospitalización. Por otro lado, algunas de las variables de interés como la duración de psicosis no tratada no se encuentran descritas detalladamente en la mayoría de los registros. Lo anterior abre la oportunidad a reconocer las deficiencias del registro de información en el expediente clínico y a ofrecer alternativas para que los clínicos puedan registrar información que puede ser de utilidad para un mejor seguimiento de los usuarios. Es por eso por lo que se propone el uso de una guía para el registro de información diseñada para pacientes con esquizofrenia que ingresen a la institución de manera ambulatoria o por ingreso hospitalario tomando en cuenta que los datos podrían ser de utilidad para el planteamiento de mejores propuestas de tratamiento farmacológico, favorecer la adherencia terapéutica y que puedan incidir en los familiares acompañantes para reforzar la red de apoyo.

## Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. (10 de enero de 2022). *Schizophrenia*. <https://normas-apa.org/referencias/citar-pagina-web>.
2. American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
3. Lally, J., & MacCabe, J. H. (2015). Antipsychotic medication in schizophrenia: a review. *British medical bulletin*, *114*(1), 169-179.
4. Bonham, C., & Abbott, C. (2008). Are second generation antipsychotics a distinct class?. *Journal of Psychiatric Practice*®, *14*(4), 225-231.
5. Jeon, S. W., & Kim, Y. K. (2017). Unresolved issues for utilization of atypical antipsychotics in schizophrenia: antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome. *International journal of molecular sciences*, *18*(10), 2174.
6. Siafis, S., Tzachanis, D., Samara, M., & Papazisis, G. (2018). Antipsychotic drugs: from receptor-binding profiles to metabolic side effects. *Current neuropharmacology*, *16*(8), 1210-1223.

7. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management.
8. Lin, C. H., Chen, F. C., Chan, H. Y., & Hsu, C. C. (2020). A comparison of long-acting injectable antipsychotics with oral antipsychotics on time to rehospitalization within 1 year of discharge in elderly patients with schizophrenia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 23-30.
9. Hatta, K., Hasegawa, H., Imai, A., Sudo, Y., Morikawa, F., Katayama, S., ... & JAST Study Group. (2019). Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy and polytherapy in 1543 patients with acute-phase schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 40, 82-87.
10. Ortiz-Orendain, J., Castiello-de Obeso, S., Colunga-Lozano, L. E., Hu, Y., Maayan, N., & Adams, C. E. (2017). Antipsychotic combinations for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
11. Baandrup, L. (2020). Polypharmacy in schizophrenia. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 126(3), 183-192.
12. Malandain, L., Thibaut, F., Grimaldi-Bensouda, L., Falissard, B., Abenhaim, L., Nordon, C., & CGS Study Group. (2018). Correlates and predictors of antipsychotic drug polypharmacy in

real-life settings: results from a nationwide cohort study. *Schizophrenia Research*, 192, 213-218.

13. Rosel-Vales, M., Celada-Borja, C., y Saracco-Alvarez, R. (2020). Racionalidad en el uso de polifarmacia antipsicótica. En M. Rosel-Vales, F. R. de la Peña-Olvera, y C. Becerra-Palars (Eds.). *Tratamientos coadyuvantes para los trastornos psiquiátricos* (1era ed., pp. 129-136). Springer Healthcare.
14. Apiquián, R., Fresán, A., la Fuente-Sandoval, D., Ulloa, R. E., & Nicolini, H. (2004). Encuesta Mexicana del tratamiento de la esquizofrenia: patrones de prescripción y guía de manejo de los antipsicóticos.
15. Barnes, T. R., & Paton, C. (2011). Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: benefits and risks. *CNS drugs*, 25, 383-399.
16. Tiihonen, J., Taipale, H., Mehtälä, J., Vattulainen, P., Correll, C. U., & Tanskanen, A. (2019). Association of antipsychotic polypharmacy vs monotherapy with psychiatric rehospitalization among adults with schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 76(5), 499-507.
17. Katona, L., Czobor, P., & Bitter, I. (2014). Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy vs. polypharmacy in schizophrenia: to switch or to combine? A nationwide study in Hungary. *Schizophrenia research*, 152(1), 246-254.

18. Lung, S. L. M., Lee, H. M. E., Chen, Y. H. E., Chan, K. W. S., Chang, W. C., & Hui, L. M. C. (2018). Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy in Hong Kong. *Asian journal of psychiatry*, 33, 113-120.
19. Mexicana, A. P., & de América Latina, A. P. (2014). Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(Supl 1), 2-6.
20. Lin, Y. H., Wu, C. S., Liu, C. C., Kuo, P. H., Chan, H. Y., & Chen, W. J. (2022). Comparative effectiveness of antipsychotics in preventing readmission for first-admission schizophrenia patients in national cohorts from 2001 to 2017 in Taiwan. *Schizophrenia Bulletin*, 48(4), 785-794.
21. Taipale, H., Tanskanen, A., Luykx, J. J., Solmi, M., Leucht, S., Correll, C. U., & Tiihonen, J. (2022). Optimal doses of specific antipsychotics for relapse prevention in a nationwide cohort of patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 48(4), 774-784.
22. Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient related outcome measures*, 43-62.

23. Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health, 11*(1), 44-47.
24. Karve, S., Cleves, M. A., Helm, M., Hudson, T. J., West, D. S., & Martin, B. C. (2009). Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Current medical research and opinion, 25*(9), 2303-2310.
25. Munikanan, T., Midin, M., Daud, T. I. M., Rahim, R. A., Bakar, A. K. A., Jaafar, N. R. N., ... & Baharuddin, N. (2017). Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: A cross-sectional study. *Comprehensive psychiatry, 75*, 94-102.
26. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment, 52*(1), 30-41.
27. Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., & Shipley, M. J. (1998). Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychological medicine, 28*(4), 881-892.
28. Marcus, S. C., Zummo, J., Pettit, A. R., Stoddard, J., & Doshi, J. A. (2015). Antipsychotic adherence and rehospitalization in schizophrenia patients receiving oral versus long-acting

injectable antipsychotics following hospital discharge. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 21(9), 754-769.



Anexo

**SERVICIOS CLÍNICOS**  
GUÍA PARA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON PSICOSIS

Nombre: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

<b>Diagnósticos:</b>	<b>Psiquiátrico:</b> <b>Personalidad:</b> <b>Otra condición médica:</b> <b>Factores psicosociales de estrés:</b> <b>FACTsz:</b>			
<b>Edad de inicio del padecimiento.</b>		<b>Número y duración (semanas) de ensayos terapéuticos:</b>	<u>Monoterapia:</u>	<u>Polifarmacia (2 o más):</u>
<b>Duración de psicosis no tratada en meses previo al primer esqumea de tratamiento farmacológico:</b>		<b>Efectos adversos a tratamiento farmacológico:</b>		
<b>Número de hospitalizaciones previas:</b>		<b>Ensayo terapéutico actual:</b>		
<b>Red de apoyo:</b>	<u>Familiar:</u> <u>Amistad:</u> <u>Otro:</u>	<b>Adherencia terapéutica (proporción de días cubiertos)* porcentaje desde su última valoración:</b>	<u>&lt;80%</u>	<u>&gt;80%</u>
<b>Subjetivo:</b>				
<b>Examen mental:</b>				
<b>Clinimetrías:</b>	<b>PANSS:</b>	<b>BPRS:</b>	<b>GAF:</b>	

\* Karve, S., Cleves, M. A., Helm, M., Hudson, T. J., West, D. S., & Martin, B. C. (2009). Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Current medical research and opinion*, 25(9), 2303-2310.