

## Autores

**Laura Saettone**

Médico Psiquiatra.

**Grisselle Duarte**

Médico Psiquiatra.

Profesor supervisor:

**Mario Orrego**

Médico Psiquiatra

Profesor Agregado de la  
Clínica Psiquiátrica.

## Resumen

Se realizó un estudio estadístico en la población de pacientes ingresados al Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina en el Hospital Vilardebó, en el período comprendido entre diciembre de 1998 y agosto de 1999.

El objetivo fue cuantificar en qué porcentaje de la misma se efectuó un cambio en el diagnóstico nosográfico, categorial, considerando las principales clases diagnósticas del DSM-IV, que implicó modificaciones sustanciales en el pronóstico y tratamiento.

En un total de 108 pacientes, 23 fueron rediagnosticados (21%) durante su internación.

Se analizaron datos demográficos y clínicos de este grupo y del total de pacientes ingresados al Servicio.

La patología más rediagnosticada en mujeres fue el *episodio depresivo mayor*. Este diagnóstico era reciente y en el 57% de los casos se modificó a *demencia*.

En los hombres, la *esquizofrenia* fue la patología más rediagnosticada y la que llevaba más años de realizado el diagnóstico. En el 50% de los pacientes se modificó a *trastorno bipolar I*.

## Introducción

La motivación para realizar el presente trabajo surgió durante la pasantía de las autoras en el Hospital Vilardebó, al observar que algunos pacientes que ingresaban al Servicio con un diagnóstico psiquiátrico previo, a veces realizado muchos años antes, eran dados de alta con un diagnóstico nosográfico diferente, que implicaba un cambio sustancial en el tratamiento y el pronóstico.

Se consideró de interés realizar un estudio para cuantificar en qué porcentaje de la población de pacientes que ingresaron al

Servicio ocurrió este cambio diagnóstico y analizar datos demográficos y clínicos de este grupo.

Esta revisión se focalizó en los rediagnósticos que implicaban un cambio dentro de las 16 clases diagnósticas principales que integran el DSM-IV. Por ejemplo, en pacientes que ingresaron al Servicio con diagnóstico previo de *esquizofrenia*, patología perteneciente al grupo de *trastornos psicóticos*, este se modificó al egreso a *trastorno bipolar I*, en la esfera de los *trastornos del estado de ánimo*.

El estudio no sólo apuntó a los pacientes cuyo diagnóstico fue realizado varios años antes; también se consideró relevante esta modalidad de rediagnóstico en pacientes que llevaban poco tiempo de inicio de su patología e ingresaban con un diagnóstico previo reciente o que cursaban el primer episodio, por ejemplo, pacientes que al inicio de su internación fueron diagnosticados como portadores de un *episodio maníaco* con síntomas psicóticos (*trastorno del estado de ánimo*) y al alta este se modificó a *trastorno esquizofreniforme* (*trastorno psicótico*) o viceversa.

Este estudio incluyó la totalidad de los rediagnósticos encontrados que implicaron un cambio dentro de las clases diagnósticas principales que integran el DSM-IV, por ejemplo, *trastornos del estado de ánimo* (*episodio depresivo mayor*), que se rediagnosticaron como *trastornos cognoscitivos* (*demencia*), etcétera.

No se incluyó en este estudio los cambios diagnósticos que ocurren como historia natural o evolutiva en algunas patologías psiquiátricas, por ejemplo, pacientes con *trastorno depresivo mayor* que luego de un episodio hipomaniaco son rediagnosticados como portadores de *trastorno bipolar II*.

Esta revisión no se enfocó tampoco al cambio que ocurre en muchos pacientes entre el diagnóstico presuntivo primario efectuado en la Emergencia y el que surge luego de la

observación más prolongada y detenida en sala y que implica variantes dentro de un mismo constructo de enfermedad; por ejemplo, pacientes que ingresaron con diagnóstico de *episodio maniaco* y al alta este se modificó a *episodio mixto*, ambos pertenecientes al *trastorno bipolar I*.

En otros casos, que tampoco fueron el objetivo de este trabajo, es solo un criterio de temporalidad el que introduce la variante diagnóstica, como, por ejemplo, en el cambio de *episodio psicótico breve a trastorno esquizofreniforme*.

## Objetivos

Los objetivos planteados en el presente trabajo fueron:

- 1-Realizar un estudio estadístico, recogiendo datos demográficos y clínicos de la totalidad de los pacientes ingresados al Servicio en el período considerado.
- 2-Obtener y analizar los datos que respondieran a las siguientes interrogantes:
  - ¿En qué porcentaje de la población que ingresó al Servicio se efectuó rediagnóstico?
  - ¿Fue similar este porcentaje en ambos sexos?
  - ¿Cuáles fueron las patologías más frecuentemente rediagnosticadas?
  - ¿Existía diferencia significativa en la cantidad de pacientes rediagnosticados según provinieran de Montevideo o del interior del país?
  - ¿Cuántos de ellos tenían internaciones previas? De haberlas tenido, ¿eran sólo en el Hospital Vilardebó?
  - ¿Qué porcentaje contaba con red de soporte familiar?
  - ¿Cuántos pacientes rediagnosticados fueron vistos en Ateneo Clínico?
  - ¿En cuántos de ellos fue la paraclínica relevante en el cambio diagnóstico?

## Material y método

El estudio abarcó la totalidad de los pacientes ingresados al Servicio de Facultad de Medicina en el Hospital Vilardebó, en el período correspondiente a los meses de diciembre de 1998 hasta agosto de 1999.

Se eligió este período a fin de que varios de los pacientes incluidos en este estudio hubieran sido vistos durante su internación, por los autoras.

Cuando se realizó este trabajo el Servicio contaba con 10 camas en la Sala 12 bis para pacientes de sexo masculino, 6 camas en Sala 21 y 8 en Sala 23 para pacientes de sexo femenino.

En estas salas funcionan conjuntamente el Servicio de Facultad y el perteneciente al MSP.

En el archivo del Hospital Vilardebó se lleva el registro diario de los pacientes que ingresan por primera vez y separadamente los que reingresan. Se consigna el nombre del paciente, el número de historia clínica, la sala y la fecha del ingreso, sin especificar a cuál de los dos Servicios son derivados.

Esta modalidad de registro determinó que, en primera instancia, se revisara el total de las historias de los pacientes ingresados a dichas salas, para separar la población asistida en el Servicio de Facultad de la del Servicio del MSP.

Una vez identificada la población perteneciente al Servicio de Facultad, se la registró en una ficha que incluyó: nombre del paciente, edad, sexo, fecha de ingreso, fecha de egreso, número de historia clínica, sala a la que ingresó, diagnóstico y tratamiento en el ingreso correspondiente al mes en estudio.

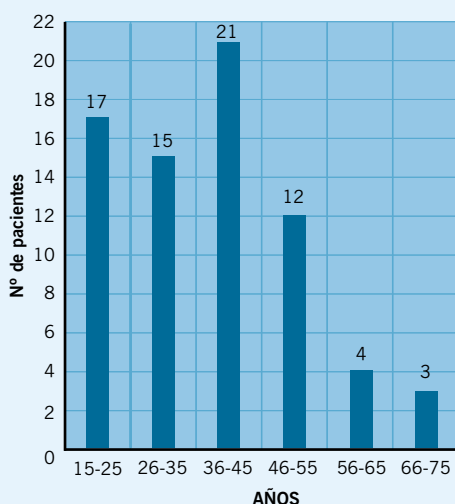
En el grupo de pacientes que fueron dados de alta con un cambio diagnóstico de las características ya mencionadas, en la internación correspondiente al período considerado se completó la siguiente ficha, más extensa y detallada:

### Diagnóstico y tratamiento al egreso

<b>Nombre</b>	<b>Nº de H.C.</b>	<b>F.I.</b>	<b>F.E.</b>
<b>Sexo</b>	<b>Procedencia</b>		
<b>Núcleo familiar</b>			
<b>Nº internaciones previas</b>	<b>0</b>	<b>menos de 3</b>	<b>3 o más</b>
<b>Solo Hospital Vilardebó</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Diagnóstico y tratamiento al ingreso</b>			
<b>Paraclínica relevante</b>			
<b>Visto en Ateneo</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	

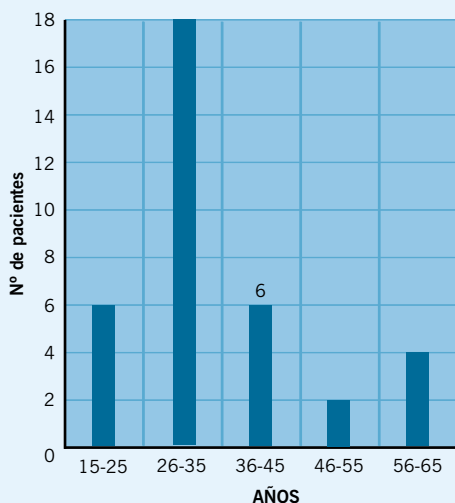
**Figura 1**

Pacientes de sexo femenino ingresadas al Servicio, distribuidas en franjas etarias



**Figura 2**

Pacientes de sexo masculino ingresadas al Servicio, distribuidos en franjas etarias



En este grupo no solo fue revisada la historia clínica del ingreso correspondiente al mes considerado, sino también los ingresos previos, a fin de confeccionar viñetas clínicas.

Destacamos que los diagnósticos recabados de las historias clínicas pertenecen a distintos sistemas clasificatorios (DSM-IV, CIE 10, nosografía clásica) y fueron transcritos sin modificaciones.

## Resultados

Esta revisión se realizó a fin de separar la población de pacientes que ingresaron al Servicio de Facultad de la asistida por el Servicio del MSP.

De los 705 pacientes, 108 ingresaron al

**Cuadro 1**

Nº total de historias clínicas revisadas correspondientes a los pacientes ingresados a las salas 12 bis, 21 y 23 de Facultad de Medicina y Ministerio de Salud Pública.

Diciembre 98 - Agosto 99

Mes	Ingresos	Reingresos	Total
12/98	36	44	80
01/99	30	38	68
02/99	42	40	82
03/99	41	35	76
04/99	31	38	69
05/99	49	38	87
06/99	46	34	80
07/99	30	40	70
08/99	40	53	93
<b>TOTAL</b>			<b>705</b>

Servicio de Facultad y fue sobre esta población que se realizó el estudio. El promedio de ingresos al Servicio fue de 12 pacientes por mes. De los 108 pacientes, 72 correspondían al sexo femenino (67%) y 36 al masculino (33%), o sea, que en el período considerado el número de ingresos de las mujeres duplicó el de los hombres. Un factor que puede incidir en esta desigual distribución es que el Servicio contaba con un número mayor de camas (14) en las salas 21 y 23 para la internación de mujeres, que en Sala 12 bis (10 camas) para pacientes de sexo masculino.

Comparando con los datos obtenidos para el grupo de sexo masculino, se constató que el número mayor de ingresos en mujeres ocurrió en una franja etaria mayor (36 a 45 años) que la correspondiente a la de mayor número de ingresos en hombres (26 a 35 años).

El menor número de pacientes de sexo femenino ingresados correspondió a la franja etaria de 66 a 75 años.

En esta franja etaria no se produjeron ingresos de pacientes de sexo masculino en el período en estudio.

De los 108 pacientes ingresados al servicio en el período correspondiente a los meses de diciembre de 1998 hasta agosto de 1999, 23 fueron rediagnosticados (21%).

En cuanto a la distribución por sexo, 17 de estos pacientes eran mujeres (74%) y 6 hombres (26%).

Los datos esquematizados en el Cuadro 2, corresponden a los 85 pacientes que no fue-

ron rediagnosticados. De esta población, 55 pertenecían al sexo femenino y 30 al sexo masculino.

En cuanto a este ítem, solo se consignó la patología o evento que la historia clínica jerarquizaba como directamente relacionados con el ingreso, sin tener en cuenta la presencia de comorbilidades, hecho muy frecuente que, de haber sido incluido en el cuadro, hubiera dificultado la síntesis y esquematización de los datos.

Por tal motivo estos datos no reflejan la prevalencia de las diferentes patologías; ofrecen una visión parcial enfocada hacia el motivo de ingreso.

Las comorbilidades que se presentaron con más frecuencia correspondían en el Eje 1 al consumo de sustancias y en el Eje 2 a trastornos de personalidad y retardo mental.

El intento de auto eliminación (IAE) fue considerado como evento que motivó el ingreso, sin considerar en qué contexto patológico ocurría.

En trastornos relacionados con sustancias se incluyeron tanto los trastornos por consumo como los inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, trastorno psicótico y trastorno del estado de ánimo).

De estos resultados se destaca el predominio de trastornos afectivos como motivo de ingreso en pacientes de sexo femenino. Esta cifra es aun mayor si se considera que varios de los IAE se realizaron en el contexto de un trastorno afectivo.

El mayor número de IAE en mujeres como motivo de ingreso, podría reflejar el hecho citado en la literatura<sup>1</sup> de que esta población efectúa mayor número de intentos que la masculina; sin embargo, en esta última existe un mayor porcentaje de suicidios consumados.

Se constató que el promedio de días de internación en la población de hombres rediagnosticados fue casi el doble que en la de mujeres.

La internación de uno de los pacientes de sexo masculino fue extensa (7/2/99 al 19/7/99); esto puede haber influido aumentando el promedio, ya que esta población es solo de 6 pacientes.

Se realizaron viñetas clínicas de todos los pacientes rediagnosticados, al comienzo de las cuales se asignó un número a cada paciente. Se consignó el número de historia clínica y

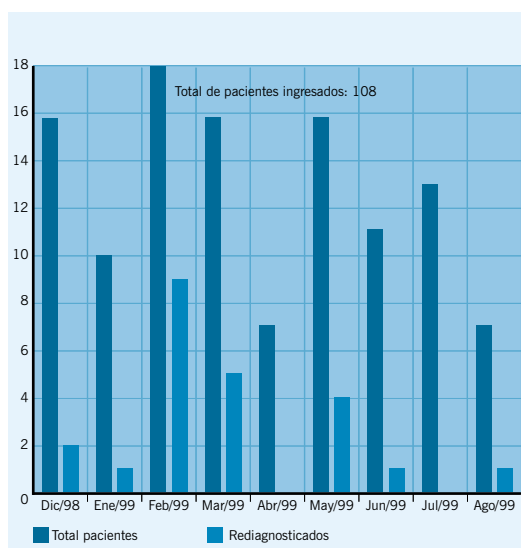
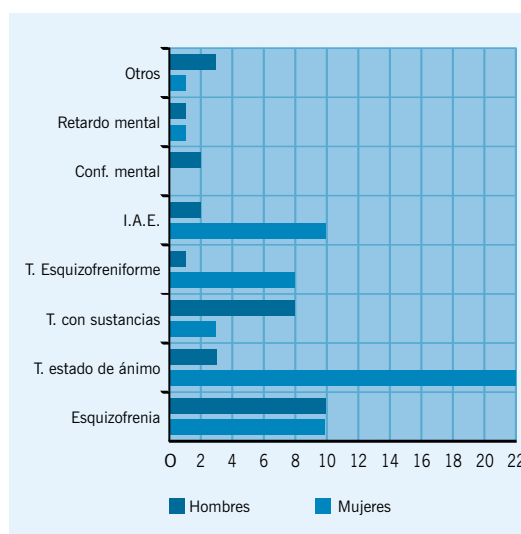


Figura 3

Pacientes rediagnosticados con relación al total de ingresos al Servicio de Facultad, distribuidos por mes



Cuadro 2

Patologías o eventos que motivaron el ingreso al Servicio distribuidas según el sexo

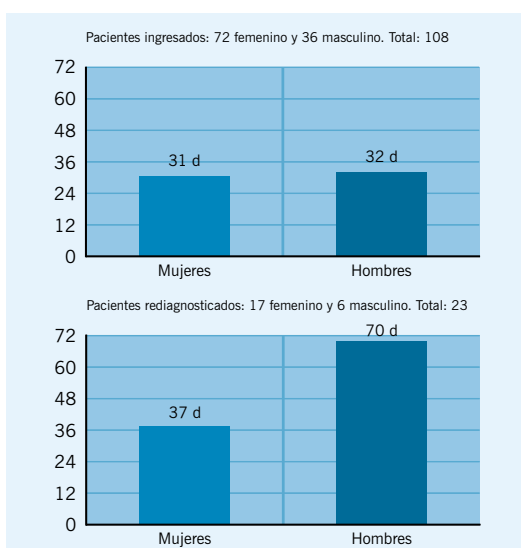


Figura 4

Promedio de días de internación en el Servicio

la fecha de ingreso y egreso al Servicio (las viñetas se omiten en esta publicación por razones de espacio).

Se presentan en forma esquemática los cambios diagnósticos en los 23 pacientes, distribuidos según el sexo.

Se identificó cada paciente con el número asignado en la viñeta clínica, especificando el diagnóstico previo y el cambio diagnóstico al egreso (estos fueron transcritos sin modificaciones de la historia clínica).

Se dividió en cuatro categorías de acuerdo con un criterio temporal.

Pacientes:

- Rediagnosticados cursando su primer episodio.
- Cuyo diagnóstico previo se había realizado menos de un año antes del ingreso.
- En los cuales el diagnóstico había sido realizado entre 1 y 5 años antes del ingreso.
- En los cuales el diagnóstico previo fue realizado más de 5 años antes del ingreso.

**Cuadro 3**

Rediagnósticos en pacientes de sexo masculino

<b>Esquizofrenia</b>		
<b>p. 7 - ESQUIZOFRENIA</b>	>5 años	<b>T. BIPOLAR 1</b> Episodio maníaco con síntomas psicóticos RM leve
<b>p. 2 - ESQUIZOFRENIA</b>	>5 años	<b>T. BIPOLAR 1</b> Episodio maníaco con síntomas psicóticos EEG patológico
<b>p. 20 - ESQUIZOFRENIA EPILEPSIA</b>	>5 años	<b>P. ESQUIZOFRENOSÍMIL</b> Interictal Epilepsia temporal
<b>p. 12 - ESQUIZOFRENIA</b>	1-5 años	<b>SÍNDROME ESQUIZOFRENOSÍMIL</b> Post TEC
<b>OTROS</b>		
<b>p. 4 - T. por abuso de sustancias. Episodios psicóticos vinculados al mismo</b>	1-5 años	<b>ESQUIZOFRENIA</b> Consumo de sustancias secundario
<b>p. 14 - E. psicótico agudo vinculado al consumo de alcohol</b>	1° episodio	<b>ALUCINOSIS DE LOS BEBEDORES DE WERNICKE</b>

**Cuadro 4**

Rediagnósticos en pacientes de sexo femenino. Trastornos en el estado de ánimo

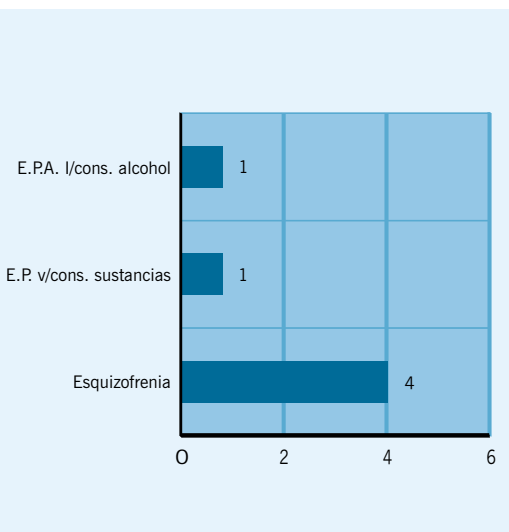
<b>p. 1 - EDM</b>	1° episodio	<b>DEMENCIA (S. Korsakoff)</b>
<b>p. 21 - EDM</b> Con síntomas catatónicos secundarios a enf. médica	< 1 año	<b>DEMENCIA</b> Tipo subcortical secundario a enf. médica
<b>p. 10 - EDM</b> Con síntomas psicóticos no congruentes	<1 año	<b>DEMENCIA</b>
<b>p. 8 - EDM</b> Con síntomas psicóticos congruentes	< 1 año	<b>DEMENCIA</b>
<b>p. 22 - EDM</b> Con síntomas catatónicos	1° episodio	<b>T. ESQUIZOAFECTIVO</b>
<b>p. 6 - EDM</b> Con síntomas psicóticos	1° episodio	<b>PDA</b>
<b>p. 16 - EDM, TOC</b> T. de p. tipo B Descontrol de impulsos	1-5 años	<b>Elementos depresivos Elementos obsesivos T. de p. tipo B.</b> Descontrol de impulsos secundario a epilepsia

<b>Esquizofrenia</b>		
p. 3 - Esquizofrenia paranoide	> 5 años	<b>T. BIPOLAR I</b> Episodio maníaco con síntomas psicóticos
p. 9 - Esquizofrenia	> 5 años	<b>T. BIPOLAR I</b> Episodio maníaco con síntomas psicóticos
p. 17 - Esquizofrenia	> 5 años	<b>T. BIPOLAR I</b> Episodio maníaco con síntomas psicóticos
p. 11 - Esquizofrenia	1-5 años	<b>EDM con síntomas psicóticos no congruentes</b> Elementos de sind. obsesivo compulsivo
p. 13 - Esquizofrenia Síndrome catatónico	<1 año	<b>DEMENCIA</b> Parkinsonismo inducido por neurolépticos
p. 19 - Esquizofrenia	1-5 años	Episodio psicótico agudo en paciente con retardo mental (3 episodios previos)
<b>OTROS</b>		
p. 5 - PDA 2 episodios previos	>5 años	<b>T. BIPOLAR I</b> Episodio maníaco con síntomas psicóticos
p. 18 - PDA	1° episodio	<b>T. BIPOLAR I</b> Episodio maníaco con síntomas psicóticos no congruentes
p. 15 - DEMENCIA Epilepsia	<1 año	Deterioro cognitivo reversible secundario a descontrol de epilepsia
p. 23 - T. de la personalidad B con descontrol de impulsos	>5 años	<b>T. de la personalidad B</b> Descontrol de impulsos secundario a epilepsia

Cuadro 5

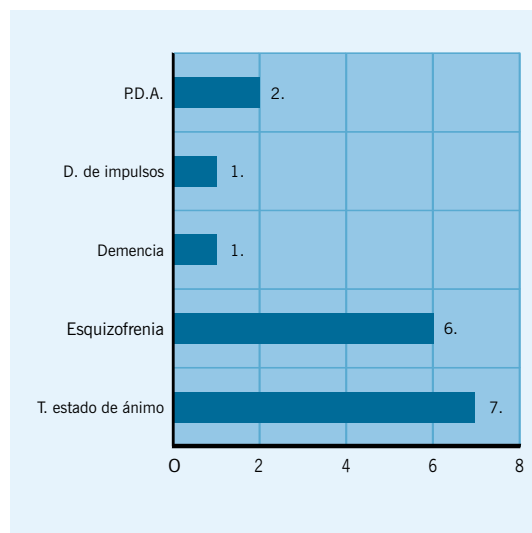
	<b>Sexo masculino</b>	<b>Sexo femenino</b>
<b>PROCEDENCIA</b>		
Montevideo	4 (67%)	12 (71%)
Interior	2 (33%)	5 (29%)
<b>NÚCLEO FAMILIAR</b>		
<i>SI</i>	5 (83%)	14 (82%)
<i>NO</i>	1 (17%)	3 (18%)
<b>INTERNACIONES PREVIAS</b>		
0	1	6
menor de 3	1	5
3 o más	4	6
<b>INTERNACIONES PREVIAS</b>		
Vilardebó	1	2
Otros hospitales	4	9
<b>ATENEO CLÍNICO</b>		
	5 (83%)	3 (18%)

Cuadro 6  
Rediagnósticos



**Figura 5**

Patologías rediagnosticadas: sexo masculino

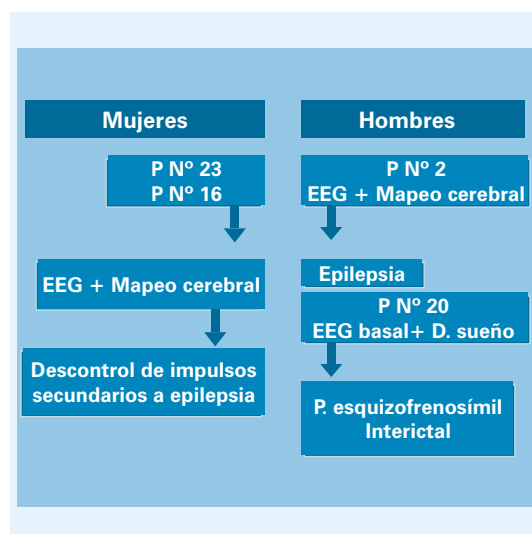


**Figura 6**

Patologías rediagnosticadas: sexo femenino

**Figura 7**

Rediagnósticos. Paraclínica relevante



## Discusión

De los 108 pacientes que ingresaron al Servicio en el período comprendido entre diciembre de 1998 - agosto 1999, el 21% fue dado de alta con un cambio diagnóstico nosográfico, que en la mayoría de los casos implicó una modificación sustancial del tratamiento y el pronóstico. En cuanto a la distribución por sexo, el rediagnóstico fue más frecuente en la población femenina (24%) que en la de sexo masculino (17%).

De las 17 pacientes de sexo femenino con cambio diagnóstico, 7, o sea, el 41% del total, tenían diagnóstico previo de *episodio depresivo mayor*, con sus diferentes variantes clínicas, siendo el mismo un diagnóstico reciente en todos los casos (Cuadro 4).

De estos 7, 4 (57%) fueron rediagnosticados como *trastornos cognoscitivos (demencia)*.

Del total de 17 pacientes, 6 (35%) tenían diagnóstico previo de *esquizofrenia*; en 4 (67%) este se modificó a *trastorno del estado de ánimo* (Cuadro 5).

Analizando el criterio temporal en las 6 pacientes con diagnóstico previo de *esquizofrenia*, 3 (50%) de ellas llevaban más de cinco años con este diagnóstico.

De los 6 pacientes de sexo masculino, 4 (67%) tenían diagnóstico previo de *esquizofrenia*; el 50% cambió a *trastorno del estado de ánimo (trastorno bipolar I)* (Cuadro 3). En cuanto al criterio temporal 3 (75%) de ellos llevaban más de cinco años de realizado el diagnóstico.

Analizaremos los resultados obtenidos en los ítems demográficos considerados en la población de pacientes rediagnosticados. En cuanto a la procedencia, nos habíamos planteado como hipótesis que la dificultad existente en algunas localidades del interior para acceder a los Servicios de Salud podría determinar que el paciente tuviera un contacto más esporádico e irregular con el psiquiatra tratante, hecho que podría influir negativamente en la precisión del diagnóstico realizado.

Esto podría reflejarse en un mayor porcentaje de pacientes rediagnosticados procedentes del interior del país. Sin embargo, los resultados demostraron que el 71% de las mujeres rediagnosticadas y el 67% de los hombres provenían de Montevideo (Cuadro 6).

Otro aspecto considerado fue la red de soporte familiar (Cuadro 6). Nos planteamos que la carencia de la misma podría en algunos casos dificultar el diagnóstico, ya que implicaba para el psiquiatra el no disponer de datos de terceros; esto podría determinar un porcentaje elevado de pacientes sin núcleo familiar dentro de la población rediagnosticada. Los resultados no corroboraron esta hipótesis.

El 82% de las mujeres y el 83% de los hombres rediagnosticados contaban con núcleo familiar. Destacamos que se consignó la presencia o ausencia del mismo, pero no se logró precisar con los datos obtenidos de las historias clínicas cuántos de ellos ofrecían una real función continentadora.

En cuanto a las internaciones previas, 65% de las mujeres y 83% de los hombres contaban con este antecedente. El 82% y el 80%, respectivamente, habían ingresado en más de un hospital psiquiátrico (Cuadro 6). De estos resultados se desprende que la mayoría de los pacientes había sido evaluada en más de un episodio y por diferentes equipos técnicos; sin embargo, no siempre se dispone de esta información clínica.

Cuando se recabaron los datos para este trabajo (en el período comprendido entre setiembre de 1999 a febrero del 2000), en los pacientes rediagnosticados ninguna historia perteneciente a otra institución se agregaba a la del Hospital Vilardebó. Al concurrir nuevamente al archivo con el fin de corroborar algunos datos, en octubre del año 2000, en las historias clínicas de algunos pacientes se había adjuntado las pertenecientes al Hospital Musto. Una de ellas pertenecía al paciente identificado con el N° 2, rediagnosticado en el ingreso al Servicio del 31 de marzo de 1999 de *esquizofrenia a trastorno bipolar I* (Cuadro 3).

Se constató que en un ingreso a ese Hospital en el año 1989 se había planteado en ese paciente el diagnóstico de *manía delirante*, es decir, que ya había sido diagnosticado, por otro equipo técnico, como portador de un *trastorno del estado de ánimo*, coincidente con el rediagnóstico formulado. En cuanto al porcentaje de pacientes rediagnosticados que fueron llevados a Ateneo Clínico, la hipótesis previa a la obtención de los resultados fue que este sería elevado, ya que se infirió que se trataba de pacientes que habían planteado

dificultades diagnósticas. Esta hipótesis se confirmó en la población de sexo masculino, puesto que el 83% fue visto en Ateneo Clínico. Sin embargo, en las pacientes de sexo femenino este porcentaje fue del 18% (Cuadro 6). Este resultado nos planteó interrogantes para las que no tenemos respuestas, pero abre una línea de reflexión para formular nuevas hipótesis de trabajo para ser investigadas.

Otro ítem considerado fue el de la paraclínica realizada. En los pacientes N° 23 y 16 el EEG y el mapeo cerebral objetivaron descargas eléctricas anormales, lo que condujo a considerar el descontrol de impulsos como secundario a enfermedad médica<sup>6</sup> (Figura 7).

En el paciente N° 20 el EEG basal y con privación de sueño se vincularon directamente con el rediagnóstico de *psicosis esquizofrenosímil interictal*<sup>6</sup> (Figura 7).

En el paciente N° 2, si bien el EEG y el mapeo cerebral no influyeron en el rediagnóstico realizado en el Eje 1 (*esquizofrenia a trastorno bipolar I*), determinaron el hallazgo de comorbilidad con patología neurológica, con posibles manifestaciones psiquiátricas<sup>2</sup> (Cuadro 3).

En cuanto al resultado global obtenido en este estudio, 21% de rediagnósticos, este coincidió con las cifras citadas por el Dr. F. Goodwin<sup>3</sup> acerca de la confiabilidad diagnóstica en psiquiatría (72% para todas las patologías, incluyendo el Eje 2 y 80% para los trastornos mayores en el Eje 1).

Se realizó una búsqueda en la Revista de Psiquiatría del Uruguay con la finalidad de comparar los resultados obtenidos con trabajos similares publicados por autores nacionales. No se hallaron estudios estadísticos pero sí trabajos en los que se jerarquiza el valor de la clínica y la importancia de la nosología en la práctica psiquiátrica<sup>4, 5</sup>.

En la literatura se accedió a publicaciones referentes al tema del cambio diagnóstico en psiquiatría<sup>7-9, 11-17</sup>.

En el presente estudio, de los 23 pacientes rediagnosticados, el 43.5% tenía diagnóstico previo de esquizofrenia.

Un estudio longitudinal referido a la estabilidad del diagnóstico en esta patología, también objetivó en sus resultados cambios diagnósticos, investigó cómo se relacionaban estos con variables demográficas, socioeconómicas y rasgos clínicos, enfatizando la importancia

del seguimiento para la validación de los diagnósticos<sup>14</sup>.

Una publicación referida a la estabilidad del diagnóstico en trastorno bipolar concluyó que es relativamente frecuente el cambio en el diagnóstico de este a otros trastornos, especialmente esquizofrenia<sup>17</sup>. Esta eventualidad no se constató en ninguno de los pacientes incluidos en esta investigación.

## Conclusiones

De los 108 pacientes que ingresaron al Servicio en el período comprendido entre diciembre de 1998 y agosto de 1999, el 21% fue dado de alta con un cambio diagnóstico nosográfico que en la mayoría de los casos implicó una modificación del tratamiento y el pronóstico. El rediagnóstico fue más frecuente en la población de sexo femenino, ocurriendo en el 24% de la misma. Para el sexo masculino se efectuó en el 17%.

- La patología más rediagnosticada en mujeres fue el *episodio depresivo mayor* con sus diferentes variantes clínicas y correspondió en todos los casos a un diagnóstico reciente. En el 57% de los casos este se modificó a *demenia*.

- En la población de sexo masculino la patología más frecuentemente rediagnosticada y la que llevaba más años de realizado el diagnóstico, fue la *esquizofrenia*; el 50% de este grupo cambió su diagnóstico a *trastorno bipolar I*.

La procedencia de los pacientes rediagnosticados fue mayoritariamente Montevideo (71% de las mujeres y 67% de los hombres).

- El 82% de las mujeres y el 83% de los hombres contaban con núcleo familiar (no fue posible a partir de los datos de las historias clínicas obtener conclusiones acerca de la continencia que este brindaba al paciente).

- El 83% de los pacientes de sexo masculino fue llevado a Ateneo Clínico, mientras que este porcentaje para el sexo femenino fue el 18%.

- La paraclínica que resultó relevante fue en todos los casos el EEG y el mapeo cerebral.

- Un alto porcentaje de la población rediagnosticada tenía ingresos previos (65% para el sexo femenino y 83% para el masculino). La

mayoría había ocurrido en diferentes hospitales psiquiátricos (82 y 80%, respectivamente).

- Las historias clínicas que fueron agregadas a las del Hospital Vilardebó aportaron información que resultó valiosa en la evaluación longitudinal de los pacientes rediagnosticados.

- Planteamos que en la población ingresada al Servicio en la que ocurrió un cambio diagnóstico con las características que se analizaron en este trabajo, sería de particular importancia que el control luego del alta se efectuara por los psiquiatras que realizaron el mismo. Este seguimiento brindaría al equipo técnico la posibilidad de evaluar la precisión de los diagnósticos realizados, aspecto fundamental de la calidad asistencial del Servicio.

## Referencias bibliográficas

1. **Kaplan HI, Sadock BJ.** Tratado de Psiquiatría. 6ª Ed. Buenos Aires, Intermedica, 1998. Vol. 3, pp. 1671-1679.
2. **Kaplan HI, Sadock BJ.** Tratado de Psiquiatría 6ª Ed. Buenos Aires, Intermedica, 1998. Vol. 1, pp. 182-188.
3. **Goodwin F.** Encuentro Internacional de Psiquiatría Biológica, 1, Montevideo, 1996.
4. **Murguía D.** El valor imperecedero de la clínica. Rev. de Psiquiatría del Uruguay, 1989; 54(318):193-194.
5. **Casarotti H.** La nosología psiquiátrica en relación a la comprensión del paciente. Rev. de Psiquiatría del Uruguay, 1967; 32(192):37-64.
6. **Orrego M.** Encefalopatías disfuncionales y trastornos psiquiátricos. Congreso Paraguayo de Psiquiatría Biológica, 3, Asunción, 2000.
7. **Rogler LH.** Making sense of historical changes in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: five propositions. J. Health Soc. Behav. 1997; Mar., 38(1):9-20.

8. **Dilsaver SC.** Change in the meaning of diagnostic concepts in psychiatry. *Hillside J. Clin. Psychiatry* 1987; 9 (2):152-162.
9. **Skodol AE, Spitzer RL.** The development of reliable diagnostic criteria en psychiatry. *Annu Rev. Med.* 1982; 33:317-26.
10. **American Psychiatric Association.** DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª Ed. Barcelona, Masson, 1995.
11. **Sigman M.** Schizophrenia and severe affective illness alternating over time in some patients: hypothesis *Psychiatry*, 61;262-8.
12. **Schwartz JE et al.** Congruence of diagnoses 2 years after a first admission diagnosis of psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000; 57:593-600.
13. **Ashley RV, Gladsjo A, Olson R, Judd LL, Sewell DD, Jeste DV.** Changes in psychiatric diagnoses from admission to discharge: review of the charts of 159 patients consecutively admitted to a geriatric inpatient unit. *Gen Hosp Psychiatry* 23:3-7.
14. **Chen YR, Swann AC, Burt DB.** Stability of diagnosis in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996, 153:682-6.
15. **Fenning S et al.** Six month stability of psychiatric diagnoses in first admission patients with psychosis. *Am J Psychiatry* 1994, 151:1200-8.
16. **Rabinowitz J, Slynzberg M, Ritsner M, Mark M, Popper M, Ginath Y.** Changes in diagnosis in a 9 year national longitudinal sample. *Compr. Psychiatry* 35:361-5.
17. **Chen YR, Swann AC, Johnson BA.** Stability of diagnosis in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*, 1998; 186:17-23.