

J. López Castromán¹
E. Baca García¹
C. Botillo Martín¹
J. Quintero Gutiérrez del Álamo¹
R. Navarro Jiménez¹
M. Negueruela López¹
M. M. Pérez Rodríguez²
I. Basurte Villamor¹
A. Fernández del Moral³
M. A. Jiménez Arriero⁴
J. L. González de Rivera¹

Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el trastorno bipolar

¹ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Madrid
² Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Madrid

³ Centro de Salud Mental del Distrito Centro
Madrid
⁴ Centro de Salud Mental del Distrito de Arganzuela
Madrid

Introducción. El diagnóstico de trastorno bipolar se modifica con frecuencia a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Material y métodos. Se describen los cambios de diagnóstico y error asociado de 1.153 pacientes mayores de 18 años diagnosticados de trastorno bipolar y con un seguimiento mínimo de 10 visitas en base a un registro clínico de atención ambulatoria especializada en psiquiatría y hospitalizaciones psiquiátricas de 25.152 pacientes representativos de un área urbana de 240.000 habitantes. Se usó como criterio de estabilidad diagnóstica mantener el diagnóstico de trastorno bipolar en al menos el 75% de las visitas.

Resultados. De los 342 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar en la primera consulta, el 46,1% mantuvieron el diagnóstico estable. Se cometió un error inicial de infradiagnóstico con 108 pacientes estables no diagnosticados en la primera visita. Ciento ochenta y cuatro de los 342 pacientes diagnosticados en la primera visita obtuvieron posteriormente al menos un 25% de diagnósticos diferentes de bipolar y podrían ser considerados como sobrediagnóstico inicial. Doscientos nueve de 443 pacientes diagnosticados como bipolares en la última visita no mantuvieron criterios de estabilidad en su evolución y podrían, por tanto, considerarse como sobrediagnóstico final. Treinta y dos pacientes estables no diagnosticados en la última visita constituirían el error final de infradiagnóstico. Diagnósticos del espectro de la esquizofrenia (F2) aparecen casi en una de cada cuatro visitas al psiquiatra de los pacientes del estudio. Otras tres categorías presentan solapamiento: los trastornos de ansiedad (F4), los trastornos de personalidad (F6) y los trastornos por consumo de sustancias.

Conclusión. El trastorno bipolar es un trastorno de difícil diagnóstico en su evolución inicial.

Palabras clave:
Trastorno bipolar. Estabilidad. Diagnóstico. Evolución.

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(4):205-209

Diagnostic errors and temporal stability in bipolar disorder

Introduction. The diagnosis of bipolar disorder is frequently modified during the course of the illness.

Material and methods. Diagnostic changes and associated errors are described for 1,153 patients diagnosed as bipolar disorder, aged over 18 years and with at least ten follow-up visits. Data was extracted from a clinical registry of out-patient care specialized in Psychiatry and psychiatric hospitalizations of 25,152 patients representative of an urban area of 240,000 inhabitants. Limit for diagnostic stability was established as the maintenance of the bipolar disorder diagnosis in at least 75% of the visits.

Results. A total of 158 (46.1%) out of 342 patients diagnosed as having a bipolar disorders in the first visit kept this diagnostic constant in subsequent evaluations. Infradiagnostic initial error was committed with 108 stable patients who were not diagnosed in the first visit. 184 patients diagnosed in the first visit with bipolar disorder had less than 75% concordant diagnosis along the follow-up and could be considered as initial overdiagnosis. Two hundred and nine out of the 443 patients who were diagnosed as bipolar disorder in their last visit did not keep stability criteria in their follow-up and could be considered therefore as final overdiagnosis. Thirty two stable patients not diagnosed in their last visit could be considered as infradiagnosis final error. Diagnosis from schizophrenia spectrum (F2) appears in one of every four psychiatric visits of the patients included in this study. Overlap was seen in three other categories: anxiety disorders (F4), personality disorders (F6) and substance abuse disorders.

Conclusion. Initial course of bipolar disorder causes difficulties in the diagnosis.

Key words:
Bipolar disorder. Stability. Diagnosis. Course.

Correspondencia:
Jorge López Castromán
Fundación Jiménez Díaz
Av. de los Reyes Católicos, 2
28040 Madrid
Correo electrónico: jorgecastroman@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El concepto de estabilidad diagnóstica comienza a cobrar importancia con el artículo publicado por Robins y Guze en 1970, donde lo relacionan por primera vez con la validez predictiva de los diagnósticos en psiquiatría¹. Este concepto ha sido definido como la medida en que un diagnóstico es confirmado en evaluaciones consecutivas². También se han propuesto distintos métodos para potenciar la estabilidad de un diagnóstico, aunque ninguno de ellos asegura la fiabilidad del resultado. Estos métodos incluirían: la evaluación u observación longitudinal^{3,4}, pero también estudios diagnósticos más avanzados como los de tipo genético, la monitorización de la respuesta al tratamiento⁵ o la evaluación de los efectos de la enfermedad sobre la función psicosocial.

Existen múltiples factores que pueden provocar inestabilidad en los diagnósticos psiquiátricos. La propia evolución de las enfermedades mentales, y en concreto del trastorno bipolar, hace difícil a menudo diferenciar la entidad clínica de los cuadros. Asimismo, la falta de una información completa sobre el curso de la enfermedad y posibles errores diagnósticos previos pueden también dar lugar a un sesgo en la valoración.

En el caso concreto del trastorno bipolar las dificultades diagnósticas parecen especialmente relevantes al inicio de la enfermedad y a menudo el diagnóstico se asegura únicamente con el seguimiento de los pacientes a largo plazo. De hecho, el de trastorno bipolar es longitudinalmente uno de los diagnósticos que con más frecuencia es modificado antes de estabilizarse de forma definitiva. En muchas ocasiones se producen cambios en su clasificación durante la evolución del trastorno, sobre todo hacia diagnósticos del espectro de la esquizofrenia^{6,7}.

El concepto de trastorno bipolar en la actualidad incluye una gran variedad de cuadros clínicos con una prevalencia similar en los distintos grupos étnicos, variando desde el 0,5 al 7,5% de la población según los distintos estudios publicados. Sin embargo, la mayoría de los expertos en este trastorno coinciden en afirmar que los datos actuales probablemente subestimen la prevalencia real de la enfermedad. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su última versión (CIE-10)⁸, el trastorno bipolar se define por la aparición de episodios reiterados, al menos dos, en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados. Esta alteración puede ser de dos tipos: exaltación del estado de ánimo y aumento de la vitalidad y del nivel de actividad que correspondería con las fases maníacas o hipomaniacas del trastorno o bien una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad que correspondería a las fases depresivas. Entre los episodios aislados se produciría una recuperación completa. La incidencia es similar en ambos sexos.

Pocos estudios han investigado hasta el momento el cambio diagnóstico en el trastorno bipolar o las relaciones

entre los distintos diagnósticos en su evolución⁹. En la búsqueda bibliográfica encontramos sólo un autor⁷ que analiza la estabilidad del diagnóstico de trastorno bipolar utilizando criterios CIE-10 para la clasificación de los pacientes. Otros autores han realizado estudios en base a la clasificación DSM-IV, pero utilizando menor número de pacientes o reduciendo significativamente el periodo de seguimiento³. Varios estudios diferentes han abordado la problemática de la estabilidad de los diagnósticos tras primeros episodios psicóticos^{2,6,10-12}. En nuestro estudio intentamos abordar estos aspectos utilizando una población importante de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar que ha mantenido seguimiento durante 11 años, lo que nos permite evaluar adecuadamente la evolución de sus diagnósticos en ese tiempo¹³.

METODOLOGÍA

Se utiliza un registro clínico que incluye todas las actuaciones médicas llevadas a cabo en las consultas ambulatorias de psiquiatría para una población de aproximadamente 240.000 personas. Esta base de datos corresponde a dos centros de salud mental (CSM) y también incluye las actuaciones médicas realizadas tanto en el servicio de urgencias como en la unidad de hospitalización breve del hospital de tercer nivel que cubre esta área. Estos recursos cubren una zona heterogénea en el centro de la ciudad de Madrid en la que destaca el alto porcentaje de inmigración, que se corresponde con cerca del 21,7% de la población actualmente^{13,14}. Fueron 25.152 pacientes los que recibieron asistencia desde el 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 2004. El total de visitas realizadas por pacientes con algún diagnóstico de trastorno bipolar y al menos 10 consultas registradas fue de 71.543. Los diagnósticos asignados en cada consulta se detallan en la tabla 1.

La amplitud del periodo de inclusión ha hecho que los códigos nosológicos empleados hayan variado en cierta medida a lo largo del estudio. Los clínicos asignaron los diag-

Tabla 1
Clasificación de los diagnósticos en función de la frecuencia con que fueron emitidos durante las consultas de los pacientes registrados en el estudio

Trastorno bipolar	31,6%
Esquizofrenia	23,9%
Trastornos de ansiedad	9,1%
Depresión crónica	6,8%
Trastornos de personalidad	3,7%
Consumo de sustancias	2,2%
Trastornos psicosomáticos	0,8%
Depresión	0,5%

nósticos usando criterios CIE-10⁸ y DSM-IV¹⁵, aunque por razones administrativas fueron codificados a CIE-9¹⁶. En nuestro análisis se ha realizado la conversión previa y automática de todos los diagnósticos a CIE-10.

De ellos se consideraron los pacientes que en algún momento habían recibido el diagnóstico F31 (trastorno bipolar) según la CIE-10 y habían sido atendidos por lo menos 10 veces en los dispositivos asistenciales del área durante el mencionado período. Diez valoraciones diferentes garantizan un período mínimo de seguimiento de 5 meses contabilizando un intervalo entre consultas de 15 días, de esta forma se reduce el riesgo de que las valoraciones hayan sido realizadas por diferentes especialistas y de que la brevedad del seguimiento condicione el diagnóstico. Los 10.025 pacientes fueron atendidos al menos en 10 ocasiones, y de ellos 1.153 recibieron al menos en una ocasión el diagnóstico F31.

Para el análisis de los datos se utilizó el índice kappa como medida de acuerdo entre el primer y último diagnóstico^{17,18}. Se consideró como pacientes correctamente diagnosticados desde el punto de la estabilidad diagnóstica a aquellos que habían recibido el diagnóstico de trastorno bipolar en un 75% de las consultas por lo menos^{17,18}. Se calculó el intervalo de confianza de los distintos porcentajes utilizando el método de Wald¹⁹.

RESULTADOS

Encontramos que del total de 1.153 sujetos que al menos en una ocasión recibieron el diagnóstico de trastorno bipolar, un 23,1% (266/1.153) lo mantuvieron en el 75% de las visitas. Los 1.153 pacientes analizados recibieron una media de 62 asistencias. Fueron 342 pacientes los diagnosticados de trastorno bipolar en la primera consulta con una consistencia prospectiva (grado de coincidencia en la última consulta registrada) del 49,4%. Cuatrocientos cuarenta y tres pacientes fueron diagnosticados de trastorno bipolar en la última consulta con una consistencia retrospectiva (coincidencia con la primera consulta) del 38,1%. Destaca que el acuerdo entre el primer y el último diagnóstico, siendo ambos trastorno bipolar, es bajo, kappa=0,40. No hallamos diferencias entre los datos procedentes de las asistencias en consulta y aquellos procedentes de la unidad de hospitalización o de las atenciones en urgencias ni tampoco en relación con la duración del seguimiento.

En la figura 1 se puede observar la diferencia en la evolución del diagnóstico de trastorno bipolar entre la primera y la última visita registrada para los pacientes del estudio. De un total de 342 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar en la primera consulta, únicamente 158 mantuvieron el diagnóstico F31 en al menos un 75% de las consultas a lo largo del seguimiento, de modo que se diagnosticó a un 59,4% de los 266 pacientes considerados estables a lo largo del seguimiento del estudio (158/342; intervalo de confianza [IC] 95%: 40,9-50,1). Los 108 pacientes estables pero no

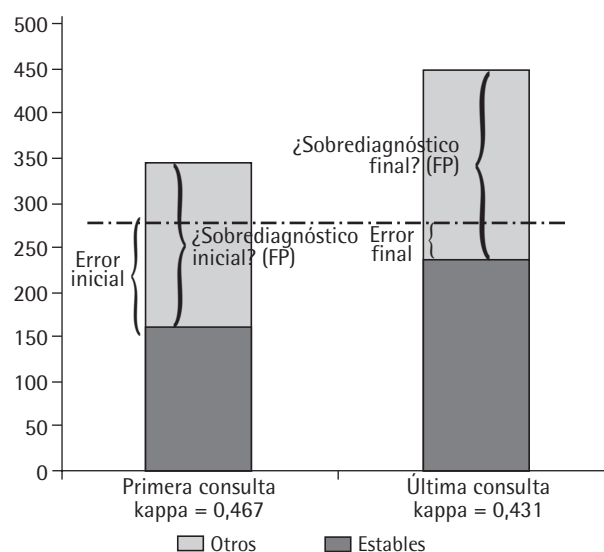


Figura 1 Comparación de diagnósticos de trastorno bipolar (F31) entre la primera y la última consulta. La línea discontinua representa el número de pacientes que han mantenido este diagnóstico en más del 75% de las consultas. FP: falsos positivos.

diagnosticados en la primera consulta constituirían el error inicial (31%, 108/266; IC 95%: 26,6-36,5). En esta primera cita 184 de los 342 pacientes diagnosticados obtuvieron posteriormente al menos un 25% de diagnósticos diferentes del F31 y podrían ser considerados como sobrediagnóstico inicial o falsos positivos (FP); se corresponderían con un 53% de los diagnósticos iniciales (184/342; IC 95%: 48,5-59,0).

En la última consulta aumentó considerablemente el número de diagnósticos de trastorno bipolar; 234 de los 443 pacientes que obtuvieron F31 en esta visita se corresponden con los 266 pacientes estables durante el seguimiento (88%). Sin embargo, 209 pacientes (47,2%, 209/443; IC 95%: 42,5-51,8) diagnosticados como bipolares en esta última consulta no habían mantenido criterios de estabilidad en su evolución y podrían, por tanto, ser considerados como sobrediagnóstico final (FP). Consideramos que los 32 pacientes estables no diagnosticados en esta consulta constituirían el error final en el diagnóstico (12%, 32/266; IC 95%: 8,1-15,9).

Podemos observar que existe una gran variabilidad a lo largo del tiempo para estos pacientes. Hay un amplio margen de categorías que podrían actuar como factores de confusión en el diagnóstico de trastorno bipolar. Pero esto es especialmente cierto en el caso del espectro de esquizofrenia (F2), diagnóstico que llega a aparecer casi en una de cada cuatro visitas al psiquiatra de los pacientes incluidos en el estudio. A pesar de ello en muy pocos casos estos pacientes llegarían a cumplir el criterio de estabilidad diagnóstica establecido en nuestro estudio para la esquizofrenia u otros trastornos afines. La confusión parece menor, pero también consistente con otras tres categorías: los trastornos

de ansiedad (F4), los trastornos de personalidad (F6) y los trastornos por consumo de sustancias. Como era de esperar la inmensa mayoría de los diagnósticos mantenidos de forma estable en la evolución del seguimiento se corresponden con el de trastorno bipolar.

En la figura 2 desglosamos la categoría F3 en sus distintas categorías, de este modo se puede observar que, aunque la mayoría de los diagnósticos corresponden al F31 de trastorno bipolar, muchos de estos pacientes fueron incluidos en algún momento dentro de la categoría F33 (trastorno depresivo recurrente), e incluso con cierta frecuencia en la última visita registrada. No se llegan a cumplir en todo caso criterios de estabilidad para la mayoría de estos pacientes.

CONCLUSIONES

Las dificultades diagnósticas del trastorno bipolar destacan en el primer contacto con el especialista, bien por la dificultad en reconocer los síntomas iniciales o por la presentación «enmascarada» debido al abuso de tóxicos, a la clínica inicial depresiva o con síntomas psicóticos transitorios⁷. En nuestro estudio encontramos que la estabilidad del diagnóstico es baja, ya que menos del 25% de los pacientes mantienen el diagnóstico en su evolución, y de ellos, menos del 60% son diagnosticados en su primer contacto con el especialista. Encontramos también frecuentes oscilaciones diagnósticas dentro del grupo de nuestro estudio. Estas oscilaciones se producen más frecuentemente hacia o desde diagnósticos como la esquizofrenia o los episodios psicóticos agudos, pero también con trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad. El principal factor de confusión, por tanto y de acuerdo con los trabajos previos, parece ser el relacionado con los diagnósticos del espectro de la esquizofrenia.

Varios aspectos diferencian nuestro trabajo de otros realizados con anterioridad. En primer lugar, el registro incluía evaluaciones en tres diferentes escenarios: consultas ambulatorias, urgencias hospitalarias y unidad de hospitalización de agudos. Los diagnósticos fueron asignados por psiquiatras que desconocían los procedimientos del estudio y sus diagnósticos fueron otorgados dentro de la práctica clínica habitual, mientras en otros trabajos realizados a menudo la evaluación se realizaba mediante entrevistas estructuradas u otros métodos diagnósticos. De esta forma el estudio puede tener importancia en cuanto refleja el funcionamiento rutinario de las clasificaciones psiquiátricas al uso y se ajusta mejor a la realidad clínica. La alta representatividad de la muestra y el largo periodo de seguimiento favorecen, asimismo, los resultados del estudio.

La consistencia temporal del trastorno bipolar es menor en nuestro estudio que en otros realizados previamente^{3,7}, esto podría ser explicable porque en algunos de estos estudios el periodo de seguimiento fue de menor duración^{6,11}. En todo caso la inestabilidad en los diagnósticos de enfermedad bipolar es llamativa considerando el probable sesgo presente en las evaluaciones al contar los clínicos con referencias previas de los pacientes y en muchos casos con el historial clínico. La propia evolución de la enfermedad podría explicar en parte las dificultades diagnósticas debido a su variabilidad, pero es posible que los actuales métodos de evaluación clínica requieran nuevas revisiones para asegurar su fiabilidad.

Del mismo modo los trabajos de investigación actuales (sobre todo en enfermedades crónicas como el trastorno bipolar) se basan en gran medida en estudios de seguimiento a corto plazo que pueden afectar a la validez de los mismos al no existir tiempo suficiente para lograr la estabilización de los diagnósticos. También los estudios de prevalencia e incidencia se pueden ver influidos por la estabilidad de los

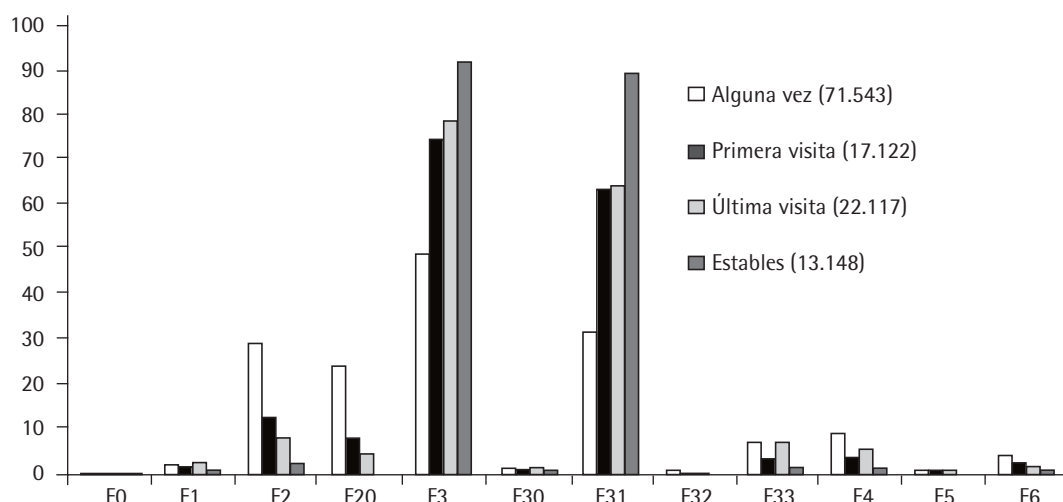


Figura 2 Diagnósticos otorgados a los 1.153 pacientes que en alguna ocasión fueron evaluados como trastorno bipolar.

diagnósticos que investigan. La medida en que esto ocurre está aún por determinar.

Los resultados resaltan la necesidad de un proceso diagnóstico longitudinal y de nuevas herramientas diagnósticas de mayor precisión¹³. Nuevos estudios que analicen los factores relacionados con la inestabilidad diagnóstica podrían establecer factores predictores de la misma, por ejemplo, examinando la relación entre las distintas presentaciones semiológicas de la enfermedad en su comienzo y la evolución posterior.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, en primer lugar es destacable la probable infraestimación de la inestabilidad del diagnóstico por no incluir las evaluaciones realizadas antes del comienzo del mismo, en caso de que el paciente hubiera sido valorado antes por un psiquiatra. La ausencia de datos sobre la actividad de especialistas privados y el sesgo poblacional o cultural debido a la importancia de la población inmigrante en nuestra área son dificultades añadidas al estudio. Para asegurar un estudio adecuado de la estabilidad diagnóstica en el trastorno bipolar se debería probablemente realizar un registro más prolongado en el tiempo y con un mayor número de pacientes, de modo que se pudiera investigar la evolución histórica de los diagnósticos de cada paciente incluyendo el inicio del trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983-7.
2. Fennig S, Kovasznay B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A, et al. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1200-8.
3. Chen YR, Swann AC, Johnson BA. Stability of diagnosis in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:17-23.
4. Marneros A, Deister A, Rohde A. Stability of diagnoses in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. Cross-sectional versus longitudinal diagnosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991;241:187-92.
5. Blacker D, Tsuang MT. Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *Am J Psychiatry* 1992;149:1473-83.
6. Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Carlson G, Craig T, Galambos N, et al. Congruence of diagnosis 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 593-600.
7. Kessing LV. Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practice as according to ICD-10. *J Affect Disord* 2005;85:293-9.
8. World Health Organization. Tenth revision of the International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1992.
9. Sánchez González A, Baca-García E, Díaz-Sastre C, Baca Baldomero E. Los límites del diagnóstico de trastorno bipolar. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1998;26:12-9.
10. Amin S, Singh SP, Brewin J, Jones PB, Medley I, Harrison G. Diagnostic stability of first-episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br J Psychiatry* 1999;175: 537-43.
11. Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J, McGorry PD, Lambert M. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1239-46.
12. Rufino ACTBF, Uchida RR, Vilela JAA, Marques JMA, Zuairi AW, Del-Ben CM. Stability of the diagnosis of first episode psychosis made in an emergency setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:189-93.
13. Pérez-Rodríguez MM, Baca-García E, Quintero J, Burguillo F, Saiz D, Lozano MC, et al. Psychiatric care and emigration. A survey in a Spanish hospital's catchments area. *Eur J Psychiatry* 2005;19:107-11.
14. Pérez-Rodríguez MM, Baca-García E, Quintero-Gutiérrez J, González G, Saiz-González D, Bustillo C, et al. Demand for psychiatric emergency services and emigration. Findings in a Spanish hospital's catchments area during the year 2003. *Eur J Public Health* 2006;16:383-7.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
16. Organización Mundial de la Salud. Novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, modificación clínica, 2.ª ed. (CIE-9 MC). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
17. Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Basurte-Villamor I, López-Castromán J, Fernández del Moral AL, Jiménez-Arriero MA, et al. Diagnostic stability and evolution of bipolar disorder in clinical practice: a prospective cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:473-80.
18. Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Basurte-Villamor I, Fernández del Moral AL, Jiménez-Arriero MA, González de Rivera JL, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry* 2007;190:210-6.
19. Arce Cordon R, Pérez-Rodríguez MM, Baca-Baldomero E, Oquendo MA, Baca-García E. Routine laboratory screening in newly admitted psychiatric patients: Is it worthwhile? *Psychiatr Serv* 2007;58:1602-5.