



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Asociación entre los hallazgos del cavum septum pellucidum
en resonancia magnética y esquizofrenia en adultos del
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2025

Association between magnetic resonance imaging findings of the
cavum septum pellucidum and schizophrenia in adults at Hospital
Nacional Guillermo Almenara Irigoyen in 2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
RADIOLOGÍA

AUTORA

YOSHIE ZARINA CISNEROS NÚÑEZ

ASESORA

SILVIA ELENA SOTELO RAMIREZ

LIMA – PERÚ

2026



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CISNEROS NÚÑEZ YOSHIE ZARINA
2.	

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertenecientes al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN RADIOLOGÍA**, autor del proyecto de investigación titulado: **Asociación entre los hallazgos del cavum septum pellucidum en resonancia magnética y esquizofrenia en adultos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2025**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN RADIOLOGÍA**, bajo la modalidad de Proyecto de investigación.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	SOTELO RAMIREZ SILVIA ELENA	MEDICINA	Asesora
2.			

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **23%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3685953485**; fecha de entrega: **20-10-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 22 de Octubre del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 09952576
ORCID: 0009-0006-1405-3009

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

2. RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico con importante impacto en la salud pública. La persistencia del cavum septum pellucidum, considerada una variante del neurodesarrollo, ha sido asociada con la esquizofrenia; sin embargo, la evidencia disponible continúa siendo controvertida. El objetivo del estudio es determinar la asociación entre la presencia y el tamaño del cavum septum pellucidum y la esquizofrenia en adultos atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. La población estará constituida por usuarios adultos atendidos en dicho hospital que cuenten con resonancia magnética cerebral realizada durante el año 2025. Se realizará un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, mediante un muestreo censal, incluyendo todos los casos con diagnóstico de esquizofrenia y los controles sin trastorno psiquiátrico que cumplan los criterios de selección establecidos. Se revisarán los estudios en el sistema PACS para determinar la presencia y el tamaño del CSP mediante un método estandarizado. Posteriormente, se revisarán las historias clínicas electrónicas para obtener las variables clínicas y demográficas de interés. Las mediciones del CSP serán realizadas por dos médicos radiólogos de manera independiente y cegados al diagnóstico clínico. Se realizará un análisis descriptivo de las variables de estudio. La asociación entre el CSP y la esquizofrenia se evaluará mediante la prueba de chi-cuadrado y regresión logística, ajustando por edad y sexo. Se considerará significativo un valor de $p < 0,05$.

Palabras clave: esquizofrenia; imagen por resonancia magnética; septum pellucidum.

3. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial aproximadamente 23 millones de personas padecen esquizofrenia, que corresponde a una de cada 345 personas (1). La esquizofrenia forma parte de los trastornos mentales que tienen un gran impacto y deterioro en los diferentes ámbitos de la persona, generando un malestar significativo en su calidad de vida, y en general las personas con este diagnóstico fallecen aproximadamente nueve años antes que la población promedio.

El septum del cavum pellucidum, el cavum del velum interpósitum y cavum vergae, son estructuras que existen durante la vida intrauterina de localización a nivel de la línea media y que pueden persistir durante la adultez y que no deben confundirse con entidades patológicas. Dichas estructuras son de importancia debido a que sus fibras comunican el hipocampo e hipotálamo. Su ausencia completa ocurre entre 2-3 personas cada 100.000, siendo un predictor de anomalías encefálicas, como: displasia septo-óptica, anomalías de cuerpo calloso, holoprocencefalia, lisencefalia o malformación de Chiari (2). Los dos septos del cavum suelen fusionarse en un único septum pellucidum en los primeros cinco meses de vida, probablemente debido al crecimiento de las estructuras cerebrales adyacentes, sin embargo, en algunos casos no se fusionan en los primeros meses de vida, cuya tasa de prevalencia va hasta el 30% en la población adulta, considerándose una variante anatómica (3).

A nivel nacional a lo largo del 2023, el Ministerio de Salud (MINSA) atendió aproximadamente 85 497 casos de esquizofrenia, los cuales la mayor proporción correspondió a varones y cuya edad de inicio rodea los 15 a 25 años, y aunque la

esquizofrenia no es uno de los trastornos más frecuentes, suele tener un gran estigma, basado frecuentemente en mitos, falsas creencias y prejuicios (4).

Se ha informado que la prevalencia del cavum septum pellucidum (CSP) es predominante en personas con trastornos mentales y trastornos del estado de ánimo. Existen múltiples estudios, incluyendo metaanálisis, donde se reporta una mayor presencia de CSP en pacientes con esquizofrenia en comparación con los controles (5). Otros estudios indican que la presencia de CSP y la ausencia de adherencia intertalámica, son relativamente frecuentes tanto en pacientes con esquizofrenia como en individuos sanos (6).

No obstante, la persistencia del CSP no solo se reconoce de origen congénito, sino que se han descrito factores tales como la prescripción de clozapina (7) y la exposición a traumatismos craneoencefálicos repetitivos. Adicionalmente, algunos estudios internacionales indican que la presencia de CSP mayor de 4-6 mm es más común en personas con trastornos psiquiátricos que en sujetos de control psiquiátricos sanos (8).

Incluso, algunas investigaciones han relacionado la persistencia del CSP con la aparición de síntomas negativos característicos de la esquizofrenia, tales como apatía, aislamiento social, disminución de la expresión emocional y pobreza del lenguaje. Asimismo, en pacientes con CSP de gran tamaño, se ha descrito una relación significativa entre el tamaño de esta anomalía y el grado de déficit cognitivo (9).

En este contexto, el presente estudio busca aportar evidencia que permita esclarecer el rol del CSP como posible biomarcador estructural en la esquizofrenia. La identificación de este tipo de marcadores contribuiría a una mejor comprensión de

la fisiopatología de la enfermedad, lo cual podría favorecer un enfoque más objetivo y biológico del trastorno. Asimismo, la ausencia de estudios que evalúen esta asociación en la población peruana justifica la realización de la presente investigación, ya que sus resultados podrían orientar futuras investigaciones en neuroimagen psiquiátrica en la población peruana. En ese sentido, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre la presencia y el tamaño del cavum pellucidum y la esquizofrenia en adultos, en comparación con sujetos sin trastorno psiquiátrico, atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Lima, en el año 2025?

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la asociación entre la presencia y tamaño del cavum septum pellucidum y la esquizofrenia en usuarios adultos del servicio de psiquiatría atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Lima, en el año 2025.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de CSP en adultos con esquizofrenia y en controles sin trastorno psiquiátrico.
2. Analizar la asociación entre el tiempo de enfermedad y la longitud del CSP en los casos con esquizofrenia.
3. Evaluar la asociación entre la edad de inicio de la esquizofrenia y la longitud del CSP en los casos.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio

Se realizará un estudio observacional, analítico, de casos y controles, en usuarios adultos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el año 2025.

El estudio es observacional, analítico y de casos y controles, pues no se realizará intervención activa y tendrá como finalidad determinar asociaciones entre las variables analizadas de forma comparativa. El grupo de casos estará conformado por usuarios adultos diagnosticados con esquizofrenia, y el grupo control por usuarios adultos sin diagnóstico de dicha patología, comparables según sexo y edad.

b) Población

La población estará constituida por usuarios adultos de 18 a 60 años atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, con RM cerebral realizada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025 y disponible en el sistema de almacenamiento y comunicación de imágenes (PACS). Los casos procederán del servicio de psiquiatría; los controles, de otros servicios del mismo hospital con indicaciones no psiquiátricas de RM, como cefalea o vértigo.

Se incluirá la totalidad de casos y controles que cumplan los criterios de selección. El marco de identificación serán los registros de RM del PACS y las historias clínicas electrónicas del periodo. La unidad de análisis será cada paciente. Si existen varias RM elegibles, se utilizará la primera cronológicamente. El número final se determinará al revisar los registros y se documentarán las exclusiones y sus motivos.

Criterios de inclusión de los casos

Edad de 18 a 60 años al realizarse la RM; diagnóstico de esquizofrenia registrado según DSM-5 o CIE-10 y confirmado por psiquiatría; y RM cerebral institucional disponible en el PACS durante 2025.

Criterios de inclusión de los controles

Edad de 18 a 60 años al realizarse la RM; ausencia documentada de trastorno psiquiátrico y de uso de psicofármacos en la historia clínica; y RM cerebral institucional realizada por indicación no psiquiátrica durante 2025. La ausencia de información suficiente para verificar estos criterios impedirá la inclusión como control.

Criterios de exclusión de ambos grupos

Se excluirán pacientes con enfermedades neurológicas estructurales, tumores intracraneales, traumatismo craneoencefálico grave o neurocirugía previa; intoxicación o dependencia de sustancias psicoactivas ilícitas documentada; y estudios con artefactos o resolución insuficiente para identificar y medir el CSP. También se excluirán registros que no permitan establecer la condición de caso o control.

c) Muestra

La mayoría de los estudios que evalúan la asociación entre cavum septum pellucidum y esquizofrenia reportan muestras que oscilan entre 50 y más de 200 sujetos (9,10). La muestra estará constituida por todos los usuarios adultos con diagnóstico de esquizofrenia que cuenten con estudios de RM cerebral realizados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2025 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Asimismo, se incluirá un grupo control

conformado por sujetos sin diagnóstico psiquiátrico con estudios de RM cerebral disponibles en el mismo periodo. Se realizará un muestreo censal, incluyendo la totalidad de usuarios que cumplan con los criterios de inclusión durante el periodo de estudio. Debido a la disponibilidad limitada de estudios de RM cerebral y al carácter retrospectivo de la investigación, se considerará la totalidad de casos y controles elegibles registrados en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el año 2025. Como referencia metodológica, se calculará el tamaño muestral mínimo requerido para un estudio analítico de casos y controles utilizando el programa OpenEpi, considerando un nivel de confianza del 95%, una potencia estadística del 80%, con una proporción de controles por caso de 1:1, y un Odds ratio esperado de 1,6, frecuencia de exposición de controles de 10, 3%, obtenido a partir del estudio de Kwon JS et al., que demostró una asociación entre el cavum septum pellucidum prominente y la esquizofrenia (10). En base a estos parámetros el tamaño muestral mínimo es aproximadamente: 62 casos, 62 controles, con un total de 124 participantes. Si el número de la muestra supera el tamaño mínimo calculado, se incluirá la totalidad de los casos y controles disponibles mediante muestreo censal.

d) Definición operacional de variables

Las variables independientes serán la presencia, la longitud anteroposterior y la clasificación por tamaño del CSP. La variable dependiente será el diagnóstico de esquizofrenia. Edad y sexo serán covariables de ajuste; edad de inicio, tiempo de enfermedad, uso de antipsicóticos y uso de clozapina serán variables clínicas complementarias. La definición operacional, el tipo, la escala y la forma de registro se presentan en el anexo 1.

e) Procedimientos y técnicas

Tras las aprobaciones ética e institucional, se identificarán los pacientes elegibles mediante revisión documental. Se asignará un código a cada participante y se prepararán las imágenes para su lectura sin acceso al diagnóstico psiquiátrico. La correspondencia entre código e historia clínica se conservará separada de la base de análisis. La ficha del anexo 2 se utilizará para registrar los datos clínicos, demográficos e imagenológicos.

Se revisarán las secuencias ponderadas en T1 disponibles en el PACS, preferentemente en plano axial, con apoyo de los planos sagital y coronal. Se registrarán la marca y el modelo del resonador, la intensidad de campo (marca General Electric, modelo Signa Explorer 1.5T), la secuencia y el espesor de corte según los metadatos disponibles (12). No se asumirá que todos los estudios fueron adquiridos con el mismo equipo o protocolo.

Se identificará el espacio entre las láminas septales y se medirá su longitud anteroposterior máxima en milímetros, con las herramientas digitales del PACS, en un plano que permita visualizar ambos extremos. Se distinguirá del cavum vergae. La medición se realizará directamente sobre las imágenes o reconstrucciones disponibles; no se convertirá un número fijo de cortes en milímetros cuando los espesores difieran. La resolución y los artefactos se considerarán al decidir si la medición es válida (2,3,10).

La longitud se registrará como variable continua. Para la clasificación operativa se considerará: ausente, sin CSP visible y longitud de 0 mm; pequeño, longitud mayor de 0 y hasta 4,5 mm; limítrofe, mayor de 4,5 y menor de 6 mm; y prominente, longitud igual o mayor de 6 mm. El umbral de 6 mm para CSP aumentado de

tamaño se ha utilizado en estudios previos; estas categorías no constituyen por sí mismas un diagnóstico de patología (3,10).

La evaluación imagenológica y las mediciones del CSP serán realizadas por un médico radiólogo principal, quien evaluará la totalidad de las RM incluidas en el estudio. Las imágenes serán previamente codificadas para garantizar el cegamiento respecto al diagnóstico psiquiátrico y a la pertenencia de los participantes a los grupos de estudio. Para evaluar la reproducibilidad de las mediciones, un segundo médico radiólogo, igualmente cegado a la información clínica, realizará de manera independiente la evaluación de una muestra aleatoria correspondiente al 20% de las resonancias magnéticas. La concordancia interobservador será evaluada mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para la medición continua de la longitud máxima anteroposterior del CSP y mediante el estadístico kappa de Cohen para la clasificación categórica del CSP. En caso de identificarse discrepancias relevantes entre los evaluadores, estas serán revisadas conjuntamente hasta alcanzar un consenso. Posteriormente, se revisarán las historias clínicas electrónicas para identificar las variables planteadas. Los datos obtenidos serán registrados en una ficha de recolección elaborada específicamente para la presente investigación.

El instrumento que se utilizará será una ficha de recolección de datos estructurada, elaborada específicamente para esta investigación y aplicada mediante revisión documental de resonancias magnéticas cerebrales e historias clínicas electrónicas.

La ficha estará dividida en secciones que permitirán registrar de manera sistemática las variables definidas en la operacionalización: datos generales del paciente, tamaño del CSP en milímetros, presencia de CSP prominente y diagnóstico de esquizofrenia. Asimismo, se registrará la edad de inicio de la enfermedad y el

tiempo de enfermedad en los usuarios adultos del grupo caso. (Anexo N.º 3) Cada ítem de la ficha será codificado según las escalas establecidas (dicotómica o continua), permitiendo posteriormente el ingreso de la información a una base estadística para el análisis descriptivo y de asociación entre persistencia del CSP y esquizofrenia.

f) Aspectos éticos del estudio

Antes de ejecutarse, el proyecto deberá contar con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y con las autorizaciones correspondientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se respetarán los principios de la Declaración de Helsinki. Por tratarse de una revisión retrospectiva de registros sin contacto con pacientes ni procedimientos adicionales, se solicitará al comité la dispensa de consentimiento informado; su procedencia dependerá de la evaluación y aprobación ética (11).

Los datos se utilizarán exclusivamente con fines académicos y científicos. La base de análisis contendrá códigos y tendrá acceso restringido a los investigadores responsables. Se protegerá por separado la clave de identificación y se presentarán resultados agregados, preservando la confidencialidad de la información clínica e imagenológica.

g) Plan de análisis

Se utilizará IBM SPSS Statistics versión 29.0. Las variables cualitativas se resumirán mediante frecuencias y porcentajes, indicando el denominador disponible. Las cuantitativas se describirán con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución. Se cuantificarán los datos

faltantes por variable y se utilizarán los registros completos para cada análisis, sin imputar valores.

La presencia del CSP y su clasificación se compararán entre casos y controles con chi-cuadrado o prueba exacta cuando las frecuencias esperadas sean insuficientes. La longitud se comparará mediante t de Welch o U de Mann-Whitney, según la distribución y sus supuestos. Se estimarán odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%.

Se ajustarán modelos separados de regresión logística binaria para la presencia del CSP y para su longitud, con esquizofrenia como desenlace y edad y sexo como covariables. Para la longitud se evaluará la linealidad en el logit. La clasificación se analizará de forma complementaria si las frecuencias permiten estimaciones estables. No se introducirán simultáneamente presencia, longitud y clasificación en un mismo modelo. La complejidad del ajuste dependerá del número de observaciones y de la ausencia de separación completa; si no es estimable, se informará el análisis sin ajustar.

En los casos se evaluará la correlación de la longitud del CSP con la edad de inicio y el tiempo de enfermedad mediante Pearson o Spearman, según los supuestos. El uso de antipsicóticos y clozapina se describirá entre los casos; no se incorporará como ajuste del contraste principal, dado que los controles se seleccionarán sin uso de psicofármacos.

La concordancia interobservador se estimará con kappa de Cohen para presencia y clasificación del CSP, y con el coeficiente de correlación intraclass de acuerdo absoluto, modelo de dos vías y mediciones individuales, para su longitud. Se

presentarán intervalos de confianza del 95%. Las pruebas serán bilaterales y se considerará $p < 0,05$.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet]. Ginebra: OMS; 2026 sep 11 [citado 2026 oct 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Sartori P, Anaya V, Montenegro Y, Cayo M, Barba G. Variantes anatómicas del septum pellucidum. *Rev Argent Radiol.* 2015;79(2):80-5. doi:10.1016/j.rard.2014.11.007.
3. Dremmen MHG, Bouhuis RH, Blanken LME, Muetzel RL, Vernooij MW, El Marroun H, et al. Cavum septum pellucidum in the general pediatric population and its relation to surrounding brain structure volumes, cognitive function, and emotional or behavioral problems. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2019;40(2):340-6. doi:10.3174/ajnr.A5939.
4. Ministerio de Salud del Perú. Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 85 000 casos de esquizofrenia [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2026 oct 13]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/968553-establecimientos-de-salud-del-minsa-atendieron-mas-de-85-000-casos-de-esquizofrenia>
5. Wang LX, Li P, He H, Guo F, Tian P, Li C, et al. The prevalence of cavum septum pellucidum in mental disorders revealed by MRI: a meta-analysis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2020;32(2):175-84. doi:10.1176/appi.neuropsych.18030060.
6. de Souza Crippa JA, Zuardi AW, Busatto GF, Sanches RF, Santos AC, Araújo D, et al. Cavum septum pellucidum and adhesio interthalamica in schizophrenia: an MRI study. *Eur Psychiatry.* 2006;21(5):291-9. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.09.010.
7. Gündüz N, Yosmaoğlu A, Erzincan E, Şenyuva G. Focusing on the association between cavum septum pellucidum and/or cavum vergae and clinical symptoms and drug therapy in patients with schizophrenia. *Alpha Psychiatry.* 2025;26(2):40036. doi:10.31083/AP40036.
8. Nafe R, Arendt CT, Hattingen E. Morphological alterations in schizophrenia—an interdisciplinary review. *J Integr Neurosci.* 2025;24(5):27061. doi:10.31083/JIN27061.
9. Nopoulos P, Krie A, Andreasen NC. Enlarged cavum septi pellucidi in patients with schizophrenia: clinical and cognitive correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000;12(3):344-9. doi:10.1176/jnp.12.3.344.
10. Kwon JS, Shenton ME, Hirayasu Y, Salisbury DF, Fischer IA, Dickey CC, et al. MRI study of cavum septi pellucidi in schizophrenia, affective disorder, and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1998;155(4):509-15. doi:10.1176/ajp.155.4.509.
11. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; 2024 [citado 2026 oct 13]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

12. Kertes I, Hoffman D, Yahal O, Berkstadt M, Bar-Yosef O, Ezra O, et al. The normal fetal Cavum Septum Pellucidum in MR imaging - New biometric data. Eur J Radiol. 2021;135:109470. doi:10.1016/j.ejrad.2020.109470.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

El estudio será autofinanciado por la autora. El presupuesto total previsto es de S/ 640,00.

Rubro	Unidad	Cantidad	Precio unitario (S/)	Costo (S/)
Impresiones y fotocopias	Hojas	150	0,50	75,00
Material de escritorio	Kit	1	70,00	70,00
USB o almacenamiento digital	Unidad	1	40,00	40,00
Transporte	Viajes	20	15,00	300,00
Internet y comunicaciones	Mes	4	30,00	120,00
Imprevistos	—	—	—	35,00
TOTAL				640,00

Cronograma de Gantt

Periodo previsto: octubre de 2026 a julio de 2027. La revisión de registros comenzará después de obtener las aprobaciones ética e institucional. La publicación estará sujeta a los plazos editoriales.

Actividades Año	2025				2026									
Actividad / mes	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct
Planificación y Diseño														

Actividades Año	2025				2026									
Actividad / mes	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct
Revisión Bibliográfica Exhaustiva														
Elaboración del plan de tesis														
Aprobación y validación del instrumento														
Recolección de Datos														
Recopilación y Organización de Datos														
Análisis e Interpretación														
Elaboración del Informe Final														
Sustentación de la investigación y difusión de resultados														

8. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Forma de registro
Presencia de CSP	Espacio entre las láminas septales identificado en la RM cerebral.	Independiente; cualitativa	Nominal	0: No 1: Sí
Longitud del CSP	Longitud anteroposterior máxima medida directamente en la RM con las herramientas del PACS.	Independiente; cuantitativa continua	Razón	Milímetros; 0 si está ausente.

Clasificación del CSP	Categoría asignada según la longitud anteroposterior máxima (L).	Independiente; cualitativa	Ordinal	0: Ausente 1: Pequeño ($0 < L \leq 4,5$ mm) 2: Limítrofe ($4,5 < L < 6$ mm) 3: Prominente ($L \geq 6$ mm)
Esquizofrenia	Diagnóstico registrado según DSM-5 o CIE-10 y confirmado por Psiquiatría.	Dependiente; cualitativa	Nominal	0: No (control) 1: Sí (caso)
Edad	Edad en la fecha de realización de la RM cerebral.	Covariable; cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos.
Sexo	Sexo consignado en la historia clínica electrónica.	Covariable; cualitativa	Nominal	0: Masculino 1: Femenino

Edad de inicio de esquizofrenia	Edad al primer diagnóstico documentado de esquizofrenia; solo en casos.	Secundaria; cuantitativa discreta	Razón	Años; no aplica en controles.
Tiempo de enfermedad	Años desde el primer diagnóstico documentado de esquizofrenia hasta la RM; solo en casos.	Secundaria; cuantitativa continua	Razón	Años; no aplica en controles.
Uso de antipsicóticos	Uso de antipsicóticos documentado en la fecha de la RM.	Covariable; cualitativa	Nominal	0: No 1: Sí
Uso de clozapina	Uso de clozapina documentado en la fecha de la RM.	Covariable; cualitativa	Nominal	0: No 1: Sí

Anexo 1. Ficha de recolección de datos

Asociación entre los hallazgos del cavum septum pellucidum en resonancia magnética y la esquizofrenia en adultos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2025

Fuentes: historias clínicas electrónicas y RM cerebral almacenada en el PACS institucional.

A. Identificación y elegibilidad

Código del participante: _____

Fecha de la RM: ____/____/____ Edad: ____ años

Sexo: Masculino (0) [] Femenino (1) []

Servicio de procedencia: _____

Indicación de la RM: _____

Cumple criterios de inclusión: No [] Sí []

Enfermedad neurológica estructural: No [] Sí []

Traumatismo craneoencefálico grave: No [] Sí []

Neurocirugía previa: No [] Sí []

Intoxicación o dependencia de sustancias ilícitas: No [] Sí []

B. Datos clínicos

Esquizofrenia: No / control (0) [] Sí / caso (1) []

Criterio diagnóstico documentado: DSM-5 [] CIE-10 []

Diagnóstico confirmado por Psiquiatría: No [] Sí []

Primer diagnóstico documentado: ____/ ____/ __

Edad al primer diagnóstico: ____años No aplica []

Tiempo de enfermedad hasta la RM: ____años No aplica []

Uso de psicofármacos en la fecha de la RM: No [] Sí []

Uso de antipsicóticos en la fecha de la RM: No (0) [] Sí (1) []

Uso de clozapina en la fecha de la RM: No (0) [] Sí (1) []

Variables clínicas no documentadas: _____

C. Evaluación de la resonancia magnética

Calidad de imagen para evaluación del CSP: Adecuada (1) [] No adecuada (0) []

Artefactos: No (1) [] Si (0) []

Plano utilizado para la medición: Coronal (1) [] Axial (0) []

D. Evaluación del cavum septum pellucidum

Lector 1: _____ Fecha de lectura: ____/ ____/ _____

Presencia de CSP: No (0) [] Sí (1) []

Longitud anteroposterior máxima: ____mm

Clasificación: Ausente (0) [] Pequeño (1) []

Limítrofe (2) [] Prominente (3) []

Seleccionado para segunda lectura: No [] Sí []

Lector 2: _____ Fecha de lectura: ____/ ____/ _____

Presencia de CSP: No (0) [] Sí (1) []

Longitud anteroposterior máxima: _____mm

Clasificación: Ausente (0) [☐] Pequeño (1) [☐]

Limítrofe (2) [☐] Prominente (3) [☐]

Consenso, si corresponde: Presencia _____ Longitud _____mm

Clasificación final: _____

Criterios: ausente, 0 mm; pequeño, > 0 a $\leq 4,5$ mm; limítrofe, $> 4,5$ a < 6 mm; prominente, ≥ 6 mm.