



ORIGINAL

Antecedente de trastorno mental en la UCI e interconsulta a psiquiatría



A. Fernández Trujillo^{a,*}, C. López Ortiz^b, O. Cuñat Rodríguez^c, B. del Hoyo Buxo^c, F.J. Parrilla^d, A. Serrano-Blanco^{e,g,h} y J.J. Berrade Zubiri^f

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^b Unidad de Agudos de Psiquiatría, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^c MIR Psiquiatría, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^d Servicio de Medicina Intensiva, Hospital del Mar, Parc de Satlüt Mar, GREPAC, IMIM, Barcelona, España

^e Salud Mental, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^f Unidad de Medicina Intensiva, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^g Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^h CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Madrid, España

Recibido el 20 de noviembre de 2020; aceptado el 21 de marzo de 2021

Disponible en Internet el 8 de mayo de 2021

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría de enlace;
Hospital general;
Cuidados intensivos;
Derivación y
consulta;
Pacientes ingresados

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de pacientes con trastorno mental (TM) ingresados en la UCI. Comparar las características clínicas según la presencia de antecedentes psiquiátricos. Revisar la pertinencia de las interconsultas realizadas a psiquiatría.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Ámbito: UCI del Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España.

Pacientes: Pacientes ingresados entre enero de 2016 y junio de 2018.

Intervenciones: Ninguna.

Variables de interés principales: Nivel de gravedad (APACHE II), motivo de ingreso, días de ingreso, días de ventilación mecánica, antecedentes psiquiátricos y motivo de interconsulta a psiquiatría.

Resultados: Se incluyeron 1.247 pacientes; 194 (15,5%) cumplían criterios de TM, siendo su media de edad más joven (59 vs 68, $p < 0,001$) y con menor puntuación media en la escala APACHE II (12 vs 14, $p \leq 0,003$). Se realizaron 64 interconsultas a psiquiatría (5,1% de los ingresos), 59 de las cuales fueron en pacientes con TM (92,1%). En cuanto a los motivos de la interconsulta, el 22,6% fueron por intento autolítico, el 61,3% para ajuste farmacológico, el 11,3% para descartar TM y el 4,8% para valoración de competencia. La posibilidad de que se realizara una interconsulta estando indicada fue del 89,1%, mientras que la posibilidad de no realizarla no estando indicada fue del 99,4%.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: argenteaft.3@hotmail.com (A. Fernández Trujillo).

Conclusiones: Este estudio respalda la necesidad de ampliar las recomendaciones específicas para realizar interconsulta a psiquiatría, más allá de la valoración tras intento autolítico, puesto que un gran porcentaje (77,5%) de las interconsultas pertinentes fueron por otros motivos.
© 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Consultation-liaison psychiatry;
General hospital;
Critical care;
Referral and consultation;
Inpatients

History of mental disorder in an ICU and referrals to psychiatry

Abstract

Objective: To describe the prevalence of patients with mental disorders (MD) admitted to the ICU. To compare the clinical characteristics according to the presence of psychiatric history. To review the relevance of the consultations made to Psychiatry.

Design: Retrospective descriptive study.

Setting: ICU of the General Hospital of the Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain.

Patients: Patients admitted between January 2016 and June 2018.

Interventions: None.

Main variables of interest: Severity level (APACHE II), reason for admission, days of admission, days of mechanical ventilation, psychiatric history and reason for psychiatric consultation.

Results: A total of 1,247 patients were included; 194 (15.5%) met MD criteria, their mean age being younger (59 vs 68, $P < .001$) and with a lower mean score on the APACHE II scale (12 vs 14, $P \leq .003$). There were 64 consultations to Psychiatry (5.1% of admissions), 59 of which were in patients with TM (92.1%). Regarding the reasons for the consultation, 22.6% were for attempted suicide, 61.3% for pharmacological adjustment, 11.3% to rule out mental disorder, and 4.8% for competence assessment. The probability of a consultation being carried out while it was indicated was 89.1%, while the probability of not carrying it out when it was not indicated was 99.4%.

Conclusions: This study supports the need to expand the specific recommendations for consultation to Psychiatry, beyond the assessment after a suicide attempt, since a large percentage (77.5%) of the pertinent consultations were for other reasons.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

El trastorno mental (TM) es frecuente en la población general. Su prevalencia se aproxima al 20%¹ y genera una gran pérdida en la calidad de vida, además de un aumento en la mortalidad y en la estancia hospitalaria². La OMS estima que en 2030 la depresión se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en la población, junto con el HIV y la enfermedad cardiovascular³.

En pacientes hospitalizados esta prevalencia es mucho más elevada, llegando a cifras de entre el 12 y el 60%⁴⁻⁸. No obstante, es difícil definir qué se considera patología mental en esta población específica, ya que algunos síntomas físicos y psiquiátricos pueden solaparse. Estas cifras de elevada prevalencia contrastan con el bajo porcentaje de interconsultas a psiquiatría realizadas a estos pacientes, aproximadamente del 2,2% en los hospitales españoles⁹. Los tipos de demanda más frecuentes de los facultativos que realizan estas consultas son: colaboración diagnóstica o terapéutica, organización del alta médica para la continuación del tratamiento y transferencia a una unidad de psiquiatría¹⁰.

Existen muy pocos estudios sobre los TM en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), a pesar

de que la presencia de esta comorbilidad puede empeorar el pronóstico del paciente crítico^{7,11,12}. La literatura científica que engloba pacientes críticos y psiquiatría trata fundamentalmente sobre los trastornos psiquiátricos que se engloban en el síndrome post-UCI. Este síndrome se define como la aparición o empeoramiento físico, cognitivo o en la salud mental en pacientes que han estado ingresados en la UCI, y que persiste tras ser dados de alta del hospital^{13,14}. Pechlaner et al.¹⁵ en 2008 ya subrayan la notable escasez de evidencia en relación con los trastornos psiquiátricos en la UCI y destacan que tanto la epidemiología como el impacto de la patología psiquiátrica en las enfermedades críticas siguen siendo muy inciertos e indefinidos, siendo necesaria una estrecha colaboración entre intensivistas y psiquiatras para beneficiar, no únicamente el progreso científico, sino también la atención del paciente. Conociendo el impacto negativo que puede tener el ingreso en la UCI, sería importante saber detectar y manejar los síntomas psiquiátricos en pacientes que, además, ya presentaban antecedentes de TM.

Los médicos intensivistas no disponen de una formación específica en la evaluación y tratamiento de las personas que padecen TM. No existen unos criterios claros sobre los cuidados específicos a estos pacientes en la UCI o indicaciones

de interconsulta a psiquiatría. Solo existen algunos estudios publicados en relación a interconsultas solicitadas por síndrome confusional, para evaluación de las intoxicaciones agudas por abuso de sustancias o tentativas autolíticas¹⁶. La única recomendación específica que se da desde la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) es la de realizar una interconsulta a psiquiatría antes del alta de la UCI de todos los pacientes con intento de autolisis¹⁷.

La idoneidad o pertinencia de las interconsultas permite evaluar la calidad y el funcionamiento del sistema. Vaz Leal et al.¹⁸ consideraron interconsultas psiquiátricas no procedentes aquellas que se debieron a una mala interpretación del paciente y de su conducta por el médico que las atendió. Catalogar de trastorno psiquiátrico la adaptación del paciente a su enfermedad, sus reacciones ante circunstancias vitales adversas o protestas justificadas ante hechos reales representaron en este estudio hasta el 6% del total de las interconsultas no indicadas.

El presente artículo tiene como principales objetivos la determinación de la prevalencia de TM en la UCI, la comparación de las características de los pacientes con antecedentes psiquiátricos respecto a los que no los tienen y, por último, la revisión de la pertinencia de las interconsultas realizadas por el equipo de la UCI a psiquiatría. Para este fin previamente se han definido una lista de criterios de interconsulta de psiquiatría en la UCI mediante el consenso de nuestro equipo. Este consenso pretende ser una propuesta de posibles criterios pertinentes que pueda servir de guía para los médicos intensivistas y ayude al mejor abordaje de estos pacientes.

Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2018 en la UCI del Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, en Sant Boi de Llobregat (Barcelona). El hospital general dispone de 200 camas y la unidad consta de seis: dos de críticos y cuatro de semicríticos. Se da la circunstancia que forma parte de un complejo sanitario que dispone de 448 camas para enfermos psiquiátricos. Además, es el centro de referencia para Benito Menni Complex Assitencial, un centro sanitario psiquiátrico con 600 camas ubicado en la misma población. Este hecho se considerará en la discusión como una limitación de este estudio, dado que estas características especiales del centro hacen que los datos sean difícilmente extrapolables por completo a otros centros. Consideramos, sin embargo, que estas características también dan un valor añadido a los datos obtenidos. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en la UCI en el periodo mencionado. Se clasificaron según antecedente o no de TM, como se indica posteriormente.

El estudio fue aprobado por el CEIC con el código PIC-161-18 el 25 de octubre de 2018.

Se procedió a la revisión manual de las historias clínicas de pacientes ingresados en la UCI siguiendo unas fases (fig. 1).

Fase 1. Revisión por parte de la UCI de todos los pacientes ingresados durante el periodo mencionado

En esta fase se realizó un cribado inicial de la muestra total de pacientes seleccionando únicamente aquellos con un posible TM. Se incluyeron en este grupo los pacientes en cuyo informe de alta constase alguno de los siguientes:

- Diagnóstico de TM por parte de un psiquiatra.
- Seguimiento por psiquiatría.
- Presencia en el tratamiento habitual de estabilizadores del ánimo o neurolépticos.
- Repercusión orgánica por consumo de drogas o alcohol.

Fase 2. Revisión por parte de psiquiatría de los pacientes seleccionados en la primera fase

En esta fase el equipo de psiquiatría depuró nuevamente la muestra antes seleccionada utilizando un criterio más restrictivo y específico de antecedente psiquiátrico, al que llegó a partir de un consenso según la experiencia y la práctica clínica habitual, así como la revisión de la literatura científica.

Por consenso, se consideró antecedente psiquiátrico:

- a. Diagnóstico de trastorno mental grave (TMG)¹⁹. Existen diferentes definiciones, aunque aquí se utiliza la facilitada en la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Este diagnóstico se contempla según tres dimensiones: la clínica, la duración y el grado de discapacidad funcional producido. En cuanto a la dimensión clínica, se incluyen determinados diagnósticos psiquiátricos con presencia de síntomas psicóticos positivos y negativos, un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. En cuanto a la dimensión temporal, se incluyen los pacientes con una duración del trastorno de más de 2 años o un deterioro funcional progresivo y marcado en los últimos 6 meses. Por último, se incluyen los pacientes con moderadas o graves dificultades en el funcionamiento personal, familiar, laboral y social como consecuencia de la enfermedad.
- b. Ausencia de diagnóstico de TMG pero que cumple alguno de los siguientes criterios:
 - Historia de vinculación a seguimiento en Programa de atención psiquiátrica de atención primaria (PSP), Centro de salud mental (CSM), psicogeriatría o psiquiatría especializada en discapacidad intelectual.
 - Trastorno por uso de sustancias en los siguientes casos:
 - Ligados a un centro de atención y seguimiento para las drogodependencias (CAS).
 - Casos en los que se hubiera intentado la derivación al CAS.
 - Consumo con repercusión orgánica (cirrosis hepática, varices gastroesofágicas, pancreatitis, ascitis).
 - Problemas conductuales o legales.

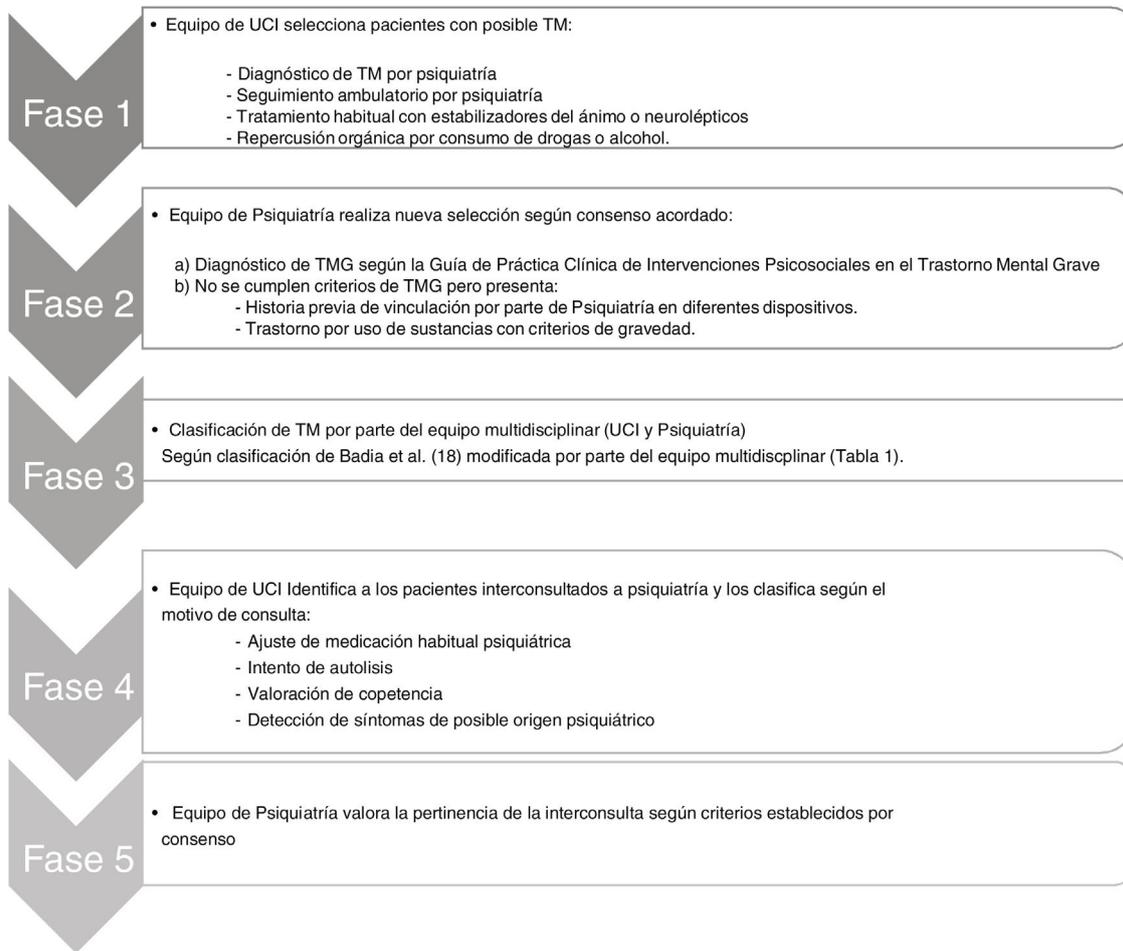


Figura 1 Diagrama de fases para la revisión de historias y su clasificación.

- Consumo de alcohol en UBE (unidad de bebida estándar) muy elevado, por encima del consumo considerado perjudicial (> 8 UBE en hombres/6 UBE en mujeres).
- Detección de síntomas abstinenciales durante el ingreso en la UCI.

Fase 3. Clasificación de TM.

El equipo multidisciplinar clasificó el grupo de pacientes con antecedente de TM en tres categorías diagnósticas: intoxicación aguda, intento autolítico y un TM asociado al diagnóstico principal. Esta última se dividió en seis subgrupos:

- TM relacionado con sustancias.
- TM relacionado con trastornos psicóticos (incluido el trastorno bipolar con síntomas psicóticos).
- TM relacionado con trastornos del estado de ánimo.
- TM relacionado con trastornos de ansiedad.
- TM relacionado con trastornos de la personalidad.
- TM relacionado con trastorno del control de los impulsos.

En caso de haber más de un diagnóstico en un paciente, se escogía el considerado como más grave (tabla 1).

Esta clasificación se inspiró en el único modelo previo de clasificación de TM en la UCI, que se especifica en el artículo

Tabla 1 Clasificación de trastornos mentales basada en Badía et al.²⁰

1. Intoxicación aguda	
2. Intento autolítico	
3. Trastorno mental asociado ^a	1. TM relacionado con sustancias 2. Diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (incluido el trastorno bipolar con síntomas psicóticos) 3. Trastornos del estado de ánimo 4. TM con trastornos de ansiedad 5. Trastorno de personalidad 6. Trastorno del control de los impulsos

^a TM con diagnóstico tipificado en antecedentes médicos.

de Badía et al.²⁰, con el objetivo de poder realizar cierta comparación de datos. No obstante, en este estudio la tercera categoría diagnóstica tiene características de inclusión diferentes a la nuestra, considerando TM a los pacientes con seguimiento psiquiátrico y diagnosticados tipificados según el DSM-IV-TR. Además, solo diferencian los cuatro primeros subgrupos.

Fase 4. Identificación de pacientes en los que se realizó interconsulta a psiquiatría durante su estancia en la UCI según cuatro motivos en las peticiones

- a. Ajuste de medicación habitual psiquiátrica por:
 - Cambio en la clínica psiquiátrica durante el ingreso en la UCI.
 - Clínica somática que dificulta la administración de su medicación habitual.
- b. Intento de autolisis.
- c. Valoración de competencia.
- d. Detección de síntomas que podrían corresponder a enfermedad psiquiátrica.

Fase 5. Valoración de la pertinencia o no de la interconsulta

El equipo de psiquiatría revisó la historia clínica de la muestra de pacientes seleccionados con antecedentes de TM para valorar la correcta indicación de interconsulta. Se tuvo en cuenta tanto el curso de la enfermedad somática como el de la patología psiquiátrica y el desenlace del proceso clínico. Psiquiatría llegó al siguiente consenso sobre las indicaciones para realizar interconsulta:

- a. Interconsulta indicada:
 - TMG con una pauta de medicación compleja y/o clozapina, para su ajuste o reintroducción.
 - TMG con síntomas de descompensación o síntomas crónicos de gravedad.
 - TMG con síndrome confusional comórbido con el objetivo de realizar diagnóstico diferencial.
 - Síndrome confusional agudo de difícil manejo farmacológico.
 - Intento autolítico, antes del alta a planta.
 - Sintomatología ansioso-depresiva que interfiere con el tratamiento de la UCI (p.ej., negativa a la ingesta, labilidad emocional, ansiedad severa, insomnio resistente, etc.).
 - Evaluación de competencia mental en casos complejos o con antecedentes psiquiátricos.
 - Trastorno por uso de sustancias grave de nueva detección (aparición de síntomas de abstinencia en la UCI sin antecedente descrito, complicaciones médicas asociadas al consumo) sin vinculación previa a CAS o recurso de toxicomanías.
- b. Interconsulta no indicada:
 - TMG ingresados en la UCI con medicación estable no compleja y con estabilidad psicopatológica.
 - Complicaciones médicas durante el ingreso en la UCI que no permiten valorar el estado mental (intubación orotraqueal, elevada sedación...).
 - Síndrome confusional agudo de características típicas y manejo rutinario.
 - Trastorno por uso de sustancias ya conocido que presenta clínica abstinerencial.
 - Trastorno por uso de sustancias vinculado a CAS o psiquiatría con buen seguimiento.
 - Sintomatología ansioso-depresiva que no interfiere con el tratamiento de la UCI.

Del total de pacientes ingresados, se recogieron las siguientes variables:

- Nivel de gravedad (APACHE II).
- Días de estancia en la UCI.
- Antecedente de patología psiquiátrica.
- Días de ventilación mecánica invasiva.
- Motivo de ingreso.
- Destino al alta.
- Aplicación de contención mecánica por agitación.
- Antecedente psiquiátrico.
- Motivo de interconsulta a psiquiatría (si es que esta se había realizado).

Los datos fueron tratados según la legislación vigente.

El estudio estadístico fue realizado mediante el software IBM SPSS Statistics v21. La distribución de normalidad de las variables fue evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los datos están presentados como medias y desviaciones estándar para variables continuas que siguen una distribución normal, y medianas con rango intercuartil (25-75%) para las continuas que no siguen una distribución normal. Las variables continuas fueron comparadas usando el test t de Student o Mann-Whitney según fueran de distribución normal o no normal. Las variables categóricas fueron comparadas mediante chi cuadrado. Se usó el test de ANOVA para las mediciones repetidas. La significación estadística fue determinada con valores de $p < 0,05$.

Resultados

Durante el periodo analizado hubo un total de 1.247 de ingresos en la UCI, con una media de edad de 67 años ($DE = 16$). En una primera revisión realizada por los intensivistas se seleccionaron 363 (29,1%) pacientes con posible TM. En la segunda revisión se depuraron los datos hasta encontrar un total de 194 (15,5%) pacientes con antecedente de TM. Se realizaron 64 interconsultas a psiquiatría (5,1% de los ingresos). La patología psiquiátrica más frecuente en los pacientes con interconsulta fue psicosis o trastorno bipolar (48,4%), seguida de abuso de sustancias (21%) y alteración del estado de ánimo (17,7%). El 8,1% de los pacientes en los que se realizó interconsulta no presentaba antecedente de TM (fig. 2).

En la tabla 2 se describen las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes analizados según motivo de ingreso, gravedad medida según el índice APACHE II, días de ventilación mecánica invasiva o tipo de alta según presentaban o no antecedente psiquiátrico. La media de edad en los pacientes con antecedente de TM fue de 59 ($DE = 14$) años frente a 68 ($DE = 16$) del grupo control ($p < 0,001$). El motivo principal de ingreso en pacientes con TM fue insuficiencia respiratoria (25,3%), mientras que el más frecuente en pacientes sin TM fue patología cardíaca (40,4%). El nivel de gravedad determinado mediante la escala APACHE II fue menor en pacientes sin TM, con una media de 12 ($DE = 7$) frente a 14 ($DE = 8$), encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,003$). Hubo un mayor porcentaje en cuanto a la utilización de ventilación mecánica invasiva en pacientes con TM ($p < 0,001$), no encontrándolas en cuanto a los días de utilización de la misma.

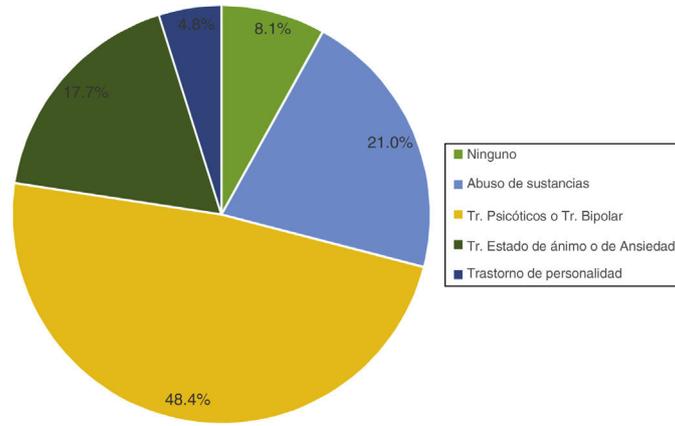


Figura 2 Antecedentes psiquiátricos de los pacientes a los que se realizó interconsulta psiquiátrica.

Tabla 2 Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

	Total n = 1.247	No TM n = 1.053	TM n = 194	p
Edad (años)	67 ± 16	68 ± 16	59 ± 14	< 0,001
APACHE II score	12,1 ± 7,2	12 ± 7	14 ± 8	0,003
VMI (%)	15% (188)	11% (139)	4% (49)	< 0,001
Días VMI	4 ± 4	5 ± 0,4	3,9 ± 0,6	0,527
Días de estancia en la UCI	3 ± 8	8 ± 0,2	6,4 ± 0,5	0,408
Motivo de ingreso	Porcentaje (n)			
Cardiológico	37% (458)	40,4% (425)	17,5% (34)	< 0,001
Insuficiencia respiratoria	17% (206)	15% (159)	25,3% (49)	0,001
Postoperatorio urgente	12% (148)	12,5% (132)	8,2% (16)	0,092
Postoperatorio programado	8% (94)	8,1% (85)	4,1% (8)	0,054
Sepsis	7% (89)	7,6% (80)	4,6% (9)	0,141
Digestivo	5% (56)	3,9% (41)	7,7% (15)	0,018
Neurológico	3% (42)	2,7% (28)	7,2% (14)	0,001
Traumatológico	3% (38)	3% (32)	3,1% (6)	0,968
Intoxicación farmacológica	2% (20)	0,2% (2)	9,3% (18)	< 0,001
PCR	1% (17)	0,9% (10)	3,6% (7)	0,003
Intoxicación no farmacológica	0,2% (3)	0% (0)	1,5% (3)	< 0,001
Otras	6% (74)	5,6% (59)	7,7% (15)	0,249
Muerte	6% (78)	6,3% (66)	6,2% (12)	0,97
Contención	6% (76)	5,3% (56)	10,3% (20)	0,013
Interconsulta psiquiátrica	5% (64)	0,6% (6)	30% (58)	< 0,001

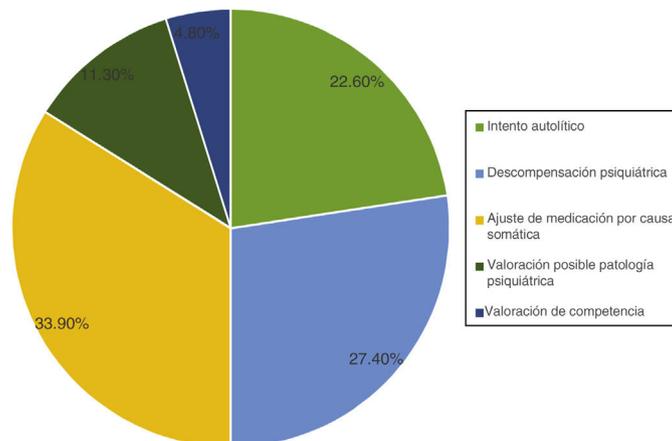


Figura 3 Motivos por los que se realiza interconsulta psiquiátrica.

De las 64 interconsultas psiquiátricas realizadas en pacientes ingresados en la UCI, 59 (92,1%) tenían antecedente de TM. En la [figura 3](#) se puede observar la distribución del motivo de interconsulta psiquiátrica en la muestra estudiada. En nuestra muestra se observó que el 89,1% de interconsultas (n = 57) estuvieron correctamente solicitadas según el equipo de psiquiatría, y no lo fueron el 10,9% de ellas (n = 5). Por otro lado, no se realizó la consulta a psiquiatría cuando no estaba indicada en el 99,4% (n = 1185), no solicitándose valoración cuando lo requerían en el 0,6% de los casos (n = 69).

Los motivos de considerar las interconsultas no indicadas fueron por responder a síndrome ansioso o por estar el paciente ya en tratamiento previo por otros profesionales de salud mental. Motivo de las interconsultas que se consideró que sí debieron haberse realizado: ajuste de medicación por empeoramiento de la enfermedad psiquiátrica durante el ingreso en la UCI, manejo del síndrome confusional en paciente con TM.

Discusión

En el presente estudio existe una prevalencia del 15,5% de patología mental en la UCI. Se han hallado dos estudios similares sobre prevalencia de TM en la UCI. Los pacientes con TM tuvieron un APACHE II mayor, sin que se encontraran diferencias en la mortalidad. Se realizó interconsulta a psiquiatría en el 5,1% del total de pacientes.

Se decidió realizar una metodología por fases, de manera que se pudiese analizar el antecedente de TM de manera fehaciente. Al realizar una revisión inicial solo con el informe de alta de la UCI se descartaron un gran número de pacientes en los que no constaba ningún tipo de TM como antecedente, frente a aquellos en los que sí se realizaba una investigación más exhaustiva para comprobar que dicho diagnóstico hubiese sido realizado por un especialista o el paciente estuviese vinculado a algún tipo de asistencia por parte algún centro de salud mental, en ese momento o en el pasado.

Suchyta et al.⁷ encontraron en su serie una prevalencia del 19% de TM previo y del 19% de abuso de sustancias, sin especificar el porcentaje que presentaban ambos antecedentes en una serie de 742 pacientes críticos. Badia et al.²⁰ encuentran una prevalencia del 7,8% en su serie de 1.860 pacientes. Resultados tan variables pueden estar en relación con el método de revisión de los pacientes, ya que los tres fueron estudios retrospectivos, o con características diferentes de las unidades en las que se realizaron.

En cuanto a las características de la población con TM en comparación con el grupo sin dicho antecedente, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a los días de ventilación mecánica o a la mortalidad, al igual que en el estudio de Badia et al.²⁰. El nivel de gravedad al ingreso (cuantificado mediante la escala APACHE II) fue significativamente mayor en pacientes con TM, tal como se describe en otras series⁷, lo que llama la atención sobre que no hubiese diferencias en cuanto a la mortalidad. Se ha visto que el antecedente de TM aumenta la mortalidad, como en el estudio de Suchyta et al.⁷; sin embargo, parte de los pacientes recogidos en su serie eran traumáticos debido a las características de dicha unidad. El hecho de que un mayor APACHE II

no suponga un aumento de mortalidad tanto en nuestros pacientes o en los de Badia et al.²⁰ puede deberse al tamaño de la muestra o a una penalización excesiva del nivel de conciencia en dicho índice para este grupo de pacientes, sobre todo en aquellos con intoxicación aguda. Los pacientes con TM eran más jóvenes de manera significativa que los sin TM, en concordancia con estudios previos^{12,21}. Respecto a los días de estancia, no hubo diferencias significativas en nuestra serie, a diferencia del estudio de Badia et al.²⁰, en el que la estancia fue menor en los pacientes con TM. Creemos que esta diferencia puede deberse a que más del 60% de los pacientes de su serie ingresaron bien por intento autolítico o por intoxicación aguda, con una estancia media inferior a los pacientes ingresados por patología somática y un TM asociado. El motivo de ingreso en la UCI más frecuente en el grupo de pacientes con TM fue insuficiencia respiratoria, mientras que la causa cardiológica fue el motivo de ingreso más frecuente en el grupo de pacientes sin antecedente de TM. No se ha podido comparar este dato con otras series.

Se realizó interconsulta en el 5,1% de los pacientes de la UCI. Sánchez-González et al.⁹ encontraron en su serie un porcentaje de interconsultas al psiquiatra en el hospital del 2,2%. En otras series la cifra oscila entre el 0,7 y el 5%²¹⁻²⁶. Creemos que el elevado porcentaje de interconsultas desde la UCI se debe al trabajo conjunto con psiquiatría de manera continuada y ser referencia de un elevado número de pacientes psiquiátricos hospitalizados. El porcentaje de interconsulta exclusivamente en pacientes con antecedente de TM fue del 30%, muy similar a la del estudio de Badia et al.²⁰, que fue del 32,9%.

Se encontraron cinco motivos de interconsulta a psiquiatría: ajuste de medicación por enfermedad somática, ajuste de medicación por causas atribuibles a enfermedad psiquiátrica de base, valoración por intento de autolisis, valoración de posible TM no diagnosticado y valoración de la competencia. Esto amplía claramente la única recomendación que hace la SEMICYUC sobre realizar interconsulta en los casos de intento de autolisis antes del alta a planta. Vaz Leal et al.¹⁸ escriben que, en general, los principales factores que motivan a la psiquiatría desde la planta de hospitalización son la existencia, o no, de trastornos psicopatológicos detectables en el momento en que se genera la interconsulta; la existencia o la ausencia de antecedentes psicopatológicos en la historia del paciente, y la presencia o no de trastornos psicopatológicos en el momento del ingreso. En un estudio del *European Consultation-Liason Workgroup*²⁵ realizado en 56 hospitales generales de 11 países, con una muestra total de 3.608 pacientes, los motivos más frecuentes para solicitar interconsulta psiquiátrica en el hospital fueron los síntomas psiquiátricos (50%), los síntomas físicos sin explicación (15%), el abuso de sustancias (9%), los antecedentes de TM (8,5%), la valoración del riesgo suicida (6%) y el afrontamiento de la enfermedad médico-quirúrgica (5,8%). Estos factores no coinciden de manera exacta pero sí tienen en común con el nuestro la solicitud de ayuda para control de los síntomas psiquiátricos, la valoración del abuso de sustancias o el antecedente de TM con motivo de regular la medicación.

En cuanto al porcentaje de interconsultas indicadas, no hemos encontrado estudios previos con los cuales comparar. De los datos se desprende que, en líneas generales, la probabilidad de realizar una interconsulta estando indicada fue

elevada (89,1%), mientras que la probabilidad de haberla solicitado cuando no lo estaba era del 10,9%. Aunque el número de pacientes en los que no se hizo interconsulta y que realmente sí procedía fue del 1%, resultado sesgado por el bajo número de interconsultas realizadas en la población total (5,1%). En estos casos se consideró que debería haberse realizado interconsulta por ser pacientes con antecedente de TM que presentaron síntomas de agitación durante su estancia en la UCI. Dado el contexto, y aun con conocimientos sobre el síndrome confusional, debería considerarse la interconsulta cuando aparezcan estos síntomas en este grupo de pacientes.

La principal limitación de este estudio es que se ha realizado en una sola UCI y con unas características específicas que afectan especialmente al paciente con antecedentes psiquiátricos: UCI pequeña en un complejo hospitalario que atiende a una población mucho mayor en proporción con los pacientes psiquiátricos, y por ello una especial sensibilidad por parte de los profesionales de la UCI respecto al TM, además de una colaboración estrecha con el servicio de psiquiatría. Esto hace que los datos no sean extrapolables a otros centros, pero consideramos que también dan valor a los resultados, dada la especial atención a este tipo de pacientes.

Otra de las limitaciones del estudio fue que la indicación o no de realización de interconsulta solo se revisó en pacientes con antecedentes de TM, por lo que puede que no se realizase alguna interconsulta indicada en algún paciente sin dicho antecedente. Además, es un estudio retrospectivo, por lo que la clasificación se basó en la revisión de historias clínicas, pudiéndose perder parte de la información.

Los datos de este estudio respaldan la necesidad de ampliar las recomendaciones específicas de realizar una interconsulta a psiquiatría en pacientes de la UCI, más allá de la evaluación de una tentativa autolítica previa al alta, puesto que un gran porcentaje (77,5%) de las interconsultas pertinentes corresponden a otros motivos. Serían necesarios más estudios para una mejor aproximación a la indicación de interconsulta a psiquiatría desde la UCI.

Autoría

Todos los autores han hecho contribuciones sustanciales en este trabajo. Todos los autores están de acuerdo con el contenido del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445–51.
- Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018;151:171–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3:2011–30, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
- Baculima P, Iñamagua B, Sánchez M. Trastornos psiquiátricos no diagnosticados en pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014 [tesis]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
- Díaz-Nolazco MA, Corimanya-Capitán BN, Soto-Cáceres V D-VC. Psicopatología de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Lambayeque. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 2015;9:157–63.
- Weichert I. The prevalence and impact of psychiatric comorbidity in inpatients admitted to a district general hospital in England: A 1-week cross-sectional study. *J R Coll Physicians Edinb*. 2019;49:237–44, <http://dx.doi.org/10.4997/JRCPE.2019.314>.
- Suchyta MR, Beck CJ, Key CW, Jephson A, Hopkins RO. Substance dependence and psychiatric disorders are related to outcomes in a mixed ICU population. *Intensive Care Med*. 2008;34:2264–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-008-1263-9>.
- Furlanetto LM, da Silva RV, Bueno JR. The impact of psychiatric comorbidity on length of stay of medical inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:14–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343\(02\)00236-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343(02)00236-0).
- Sánchez-González R, Baillès-Lázaro E, Bastidas-Salvado A, Lligón A, Herranz-Villanueva S, Pérez-Solá V, et al. Características clínicas de los pacientes derivados a un servicio hospitalario de psiquiatría de enlace e interconsulta: un estudio observacional evaluando cambios a lo largo de un período de 10 años. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46:58–67.
- Lobo A, Campyano A. Psiquiatría de enlace. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editores. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: ENE Publicidad; 2019. p. 651–9.
- Rincon HG, Granados M, Unutzer J, Gomez M, Duran R, Badiel M, et al. Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics*. 2001;42:391–6, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.391>.
- Gascón M, Pérez-Martínez E, Rodríguez-Marín J, van-der Hofstad Román C. Interconsultas de psiquiatría en un hospital general: resultados de la comparación entre menores y mayores de 65 años. *Psicosom Psiquiatr*. 2018;6:32–41.
- Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, depression and post traumatic stress disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Crit Care*. 2018;22:1–13, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>.
- Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. *Crit Care Med*. 2012;40:502–9, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>.
- Pechlaner C, Mégarbane B, Fleischhacker WW. Psychiatric disorders and the ICU: Gaps and opportunities. *Intensive Care Med*. 2008;34:2136–8.
- Arbabi M, Shahhatami F, Mojtahedzadeh M, Mohammadi M, Ghaeli P. Adaptation of the pharmacological management of delirium in ICU patients in Iran: Introduction and definition. *Iran J Psychiatry*. 2018;13:65–79.
- Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llopart-Pou JA, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2017;41:285–305, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.03.004>.
- Vaz F, Silvestre M, Salcedo M, Ingelmo J. Psiquiatría de enlace en el hospital general: Aplicación a la práctica de un modelo teórico. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 1989;9:363–80.
- Guideline development group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. *Clinical*

- Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. Quality Plan for the National Health System, Ministry of Health and Social Policy. Aragon Health Sciences Institute – I+CS; 2009. Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS: I+CS No 2007/05.
20. Badia M, Justes M, Serviá L, Montserrat N, Vilanova J, Rodríguez Á, et al. Clasificación de los trastornos mentales en la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2011;35:539–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2011.05.022>.
 21. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: Results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23:124–32, [http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343\(01\)00139-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343(01)00139-6).
 22. Su JA, Chou SY, Chang CJ, Weng HH. Changes in consultation-liaison psychiatry in the first five years of operation of a newly-opened hospital. *Chang Gung Med J*. 2010;33:292–300.
 23. Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE. Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics*. 2005;46:47–57, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.46.1.47>.
 24. Christodoulou CG, Fineti K, Douzenis A, Moussas G, Michopoulos I, Lykouras L. Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7:1–7, <http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-7-10>.
 25. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: Stability and change over a 10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24:249–56, [http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343\(02\)00182-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343(02)00182-2).
 26. Gala C, Rigatelli M, de Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21:310–7, [http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343\(99\)00015-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343(99)00015-8).