

El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España

Manuel Valdés^a, Joan de Pablo^a, Ricardo Campos^b, Josep Maria Farré^c, Manuel Girón^d, Maximino Lozano^e, Carlos Aibar^b, Eduardo García-Camba^f, Ana Martínez Calvo^b, Sonia Carreras^b, Barbara Stein^g, Frits Huyse^h, Thomas Herzog^g y Antonio Lobo^b

^aInstitut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. IDIBAPS*. Hospital Clínic. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

^bServicio de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

^cServicio de Medicina Psicopatológica. Instituto Dexeus. Barcelona. ^dServicio de Psiquiatría. Hospital General de Alicante.

^eServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa de Madrid. ^fServicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

^gUniversidad de Friburgo. Alemania. ^hFree University Hospital. Amsterdam. Holanda.

FUNDAMENTO: En el contexto de una investigación multinacional europea sobre gestión de calidad en psiquiatría de enlace (financiada por el programa BIOMED 1 de la Unión Europea), se analiza la naturaleza de la actividad asistencial de las unidades de psicopatología y psiquiatría de enlace (UPPE) de los seis hospitales generales españoles que participaron en el estudio.

PACIENTES Y MÉTODO: Se estudiaron 3.608 pacientes, atendidos consecutivamente por las unidades de psiquiatría de enlace de cinco hospitales generales de la red pública (Clínico de Zaragoza, Clínico de Barcelona, General de Alicante, Ramón y Cajal de Madrid y Princesa de Madrid) y un centro privado monográfico (Instituto Dexeus de Barcelona), a partir de los datos recogidos con un instrumento de registro (CL-BDok-P) estandarizado y validado en investigaciones previas.

RESULTADOS: La petición de consulta psiquiátrica se hizo a los 10,6 días (como promedio) del ingreso del paciente, la mitad de las peticiones fueron urgentes y el promedio de tiempo de respuesta de la psiquiatría de enlace fue de 1,9 días. Los principales motivos de petición de consulta fueron la existencia de síntomas psiquiátricos (50,3%), los síntomas somáticos sin explicación médica (15,2%), el abuso de sustancias (9,2%), la existencia de antecedentes psiquiátricos (8,5%), el riesgo de suicidio (6%) y el afrontamiento de la enfermedad (5,8%). Los servicios que hicieron más demandas fueron los de medicina interna (17,2%), traumatología (7,5%) y cirugía general (7,3%). Se documenta una importante actividad asistencial en pacientes a menudo «complejos», con medidas diagnósticas e intervenciones de amplio espectro y seguimientos intrahospitalarios y al alta del paciente. Por el contrario, se ponen de manifiesto algunos problemas en el «proceso» de intervención.

CONCLUSIONES: De los resultados se infiere la indudable importancia de la psiquiatría de enlace española en el contexto de la asistencia especializada, pero también la posibilidad de mejorar su eficiencia con la propuesta de modelos integradores, de modificaciones organizativas y de la implementación de un moderno modelo de «gestión de calidad».

Palabras clave: Psiquiatría de enlace. España. Comorbilidad. Epidemiología psiquiátrica. Complejidad. Calidad asistencial.

Multinational European project and multicenter Spanish study of quality improvement of assistance on consultation-liaison psychiatry in general hospital: clinical profile in Spain

BACKGROUND: In the frame of the European study on quality assurance in consultation liaison psychiatry and psychosomatics (supported by the BIOMED 1 program), the clinical «process» of consultation-liaison psychiatry units pertaining to six Spanish general hospitals is analyzed.

PATIENTS AND METHOD: A sample of 3.608 consecutive patients referred to the consultation-liaison psychiatry units of five public general hospitals (Clínico de Zaragoza, Clínico de Barcelona, General of Alicante, Ramón y Cajal de Madrid, Princesa de Madrid) and one private gynecological hospital (Dexeus of Barcelona) was studied. The data were recorded with a standardized instrument (CL-BDok-P), validated in a previous study.

RESULTS: Consult request took place 10.6 days (on average) after the patients admission («lagtime 1»), half the requests were urgent, and psychiatric consultants examined the patients 1.9 days (on average) after the request («lagtime 2»). The most frequent reasons for referral were current psychiatric symptoms (50.3%), unexplained physical symptoms (15.2%), substance abuse (9.2%), psychiatric history (8.5%), suicide risk (6%) and coping with illness (5.8%). The main referral services were internal medicine (17.5%), traumatology (7.5%) and general surgery (7.3%). An important clinical activity is documented in patients frequently considered to be «complex», with broad spectrum diagnostic and interventions processes and both in-hospital and out-patient follow-up. However, some problems were also detected in the clinical «process».

CONCLUSIONS: The results outline the clinical importance of Spanish consultation-liaison psychiatry in the general hospital, but the possibility of improving its efficiency through the implementation of integrative models, organizational changes and modern models of «quality assurance» is also emphasized.

Key words: Consultation-liaison psychiatry. Spain. Comorbidity. Psychiatric epidemiology. Complexity. Quality assurance.

Med Clin (Barc) 2000; 115: 690-694

*IDIBAPS: Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer.

Este estudio se ha realizado con la ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Proyecto FIS 96/1987-01E y con el patrocinio del Programa BIOMED de la Unión Europea, Proyecto BMHI-CT93-1180.

Correspondencia: Prof. M. Valdés.
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Clínic de Barcelona.
Villarreal, 170. 08036 Barcelona.
Correo electrónico: mvaldes@clinic.ub.es

Recibido el 5-6-2000; aceptado para su publicación el 17-10-2000

La psiquiatría de enlace es una disciplina que busca la coordinación, el «enlace» con otras disciplinas médicas y está centrada en la detección, análisis y tratamiento de la morbilidad psiquiátrica en los pacientes medicoquirúrgicos, y en el estudio y tratamiento de las consecuencias psicológicas y conductuales de cualquier enfermedad somática o problema de salud¹. A pesar de su notable desarrollo desde 1975, la psiquiatría de enlace no está cumpliendo funciones homogéneas en todos los hospitales, y ha de hacer frente a problemas teóricos y organizativos que condicionan su actividad². Una de sus características distintivas es que, en la práctica asistencial, la demanda de sus servicios no suele hacerla el paciente o sus familiares, sino el médico responsable de la enfermedad o trastorno que ha obligado a la hospitalización, y esa demanda puede depender de la sospecha de enfermedad psiquiátrica, de la necesidad de asesoramiento psicológico o familiar o de la conveniencia de planificar seguimientos conjuntos en pacientes de alta complejidad. En los últimos años, un ambicioso estudio multicéntrico europeo abordó la práctica asistencial de la psiquiatría de enlace con objeto de evaluar su eficiencia en el hospital general: el estudio del European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW), realizado en 56 hospitales de 11 países, en el que se incluyen hospitales universitarios españoles². El ECLW ha puesto de manifiesto una importante actividad clínica en las unidades de psicopatología y/o psiquiatría de enlace (UPPE): en relación con su eficacia, se han documentado intervenciones intensas y especializadas, a menudo en casos de enfermedad grave; además, en todos los países investigados, la estancia media de los enfermos medicoquirúrgicos en quienes se solicita una interconsulta es dos o tres veces más alta que la media general hospitalaria, sugiriendo que se trata de enfermos complejos, en los que podría estudiarse la eficiencia de intervenciones adecuadas. Pero también se han detectado algunas deficiencias en el proceso asistencial y se ha hecho patente la importancia de una

mayor cobertura: en los hospitales participantes, la tasa media de remisiones de enfermos para interconsulta es del 1,4% (3% en los hospitales españoles), muy lejos de las tasas epidemiológicas de morbilidad psíquica documentada (30%). En términos de equidad, no todos los hospitales tienen una UPPE acreditada, y las intervenciones de enlace en sentido estricto no llegan al 10%.

A raíz del estudio ECLW surgió, entre otros, un nuevo proyecto europeo con participación española, el «Quality Assurance (QA) in Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics: Development and Implementation of an European QA System», coordinado desde Friburgo (Alemania) y financiado por el programa Biomed 1 de la Comunidad Europea³, para estudiar con diseño semiexperimental un método de mejora de la calidad asistencial. Incluido en el proyecto está el estudio que ahora presentamos, cuyo objetivo principal es documentar el perfil asistencial de la psiquiatría de enlace en hospitales españoles con la finalidad de describir la práctica clínica de modo estandarizado, disponer de registros de información que permitan la investigación y el seguimiento, identificar deficiencias teóricas y organizativas y proponer medidas correctoras. Aunque en el primer estudio europeo participaron tres hospitales de nuestro país², éste es el primer informe multicéntrico en un amplio espectro de hospitales para describir esta modalidad de asistencia hospitalaria.

El objetivo general del proyecto Biomed ha sido desarrollar, implementar y estudiar la factibilidad y la efectividad de un programa de gestión de calidad asistencial en las UPPE en hospitales generales³. El proyecto se divide en tres fases, que se resumen en la tabla 1: una «Fase preparatoria», que incluye el desarrollo de instrumentos adecuados y un programa formativo; una «Fase principal», para implementar el programa y actuación de los distintos grupos locales, y una «Fase final», de análisis de resultados, verificación de la hipótesis semiexperimental sobre la mejora de calidad y presentación de conclusiones. El estudio actual se refiere a la fase principal y, en concreto, a la documentación sistemática de las prestaciones asistenciales en los hospitales españoles participantes.

Pacientes y método

Hospitales participantes y pacientes remitidos a las unidades de psicosomática y/o psiquiatría de enlace

Ocho hospitales españoles con actividad acreditada en psiquiatría de enlace participaron inicialmente en el proyecto pero, por motivos logísticos, los hospitales de Guadalajara y de Galdácano no pudieron completar la «fase preparatoria». En la tabla 2 figuran los seis hospitales españoles que finalizaron el proyecto: cinco de ellos pertenecen a la red pública y concertada y disponen de servicios de psiquiatría estructurados con más de 200 camas. Se estudiaron a lo largo de un año los pacientes consecutivos atendidos en las UPPE, registrándose los datos del «proceso» asistencial en un total

TABLA 1

Fases del proyecto

| Fase | Contenidos |
|-------------------|---|
| Fase preparatoria | 1. Desarrollo/perfeccionamiento de los instrumentos de documentación 2. Desarrollo del programa de formación «Gestión de calidad en psicosomática y psiquiatría de enlace» 3. Selección de los participantes 4. Adaptación del programa y de los instrumentos con los participantes |
| Fase principal | 1. Implementar el programa de formación <ul style="list-style-type: none"> Definir estándares y normativas locales de asistencia psicosomática y de psiquiatría de enlace Actuación por bloques 1-8 2. Actuación local de los grupos de trabajo de gestión de calidad (paralelamente a 1) <ul style="list-style-type: none"> Documentar sistemáticamente y valorar las prestaciones asistenciales Efectuar medidas de gestión de calidad Feedback mensual desde el centro coordinador, en la última parte de esta fase y medidas de modificación |
| Fase final | 1. Análisis estadístico de resultados y <i>feedback</i> a los grupos locales 2. Valoración de la oferta de formación y de los resultados conseguidos 3. Establecer nuevos patrones y estándares a la vista de los resultados 4. Elaboración de un compendio práctico de «gestión de calidad» |

TABLA 2

Edad y sexo de los pacientes atendidos por la unidad de psiquiatría de enlace en cada centro

| Centro | Número | Edad (media) | Edad (> 70 años) | Mujeres (%) | Varones (%) |
|----------------------------------|--------|--------------|------------------|-------------|-------------|
| Hospital Ramón y Cajal de Madrid | 814 | 50,8 | 18,9 | 43,2 | 56,8 |
| Hospital Clínico de Zaragoza | 995 | 56,5 | 29,3 | 49,6 | 50,4 |
| Hospital Princesa de Madrid | 582 | 58,9 | 31,2 | 46,6 | 53,4 |
| Instituto Dexeus de Barcelona | 162 | 40,2 | 8,3 | 89,2 | 10,8 |
| Hospital Clínico de Barcelona | 786 | 52,4 | 18,3 | 55,4 | 44,6 |
| Hospital General de Alicante | 269 | 50,6 | 16,2 | 48,6 | 51,4 |
| Total | 3.608 | 53,5 | 22,8 | 50,6 | 49,4 |

de 3.608 enfermos. La metodología general del estudio se describe en un trabajo independiente⁴, pero los siguientes aspectos concretos son relevantes aquí:

Instrumentos y registro sistemático de las prestaciones asistenciales

En la fase preparatoria se desarrollaron y estandarizaron una serie de instrumentos para gestión de calidad en la asistencia psicosomática y de psiquiatría de enlace en el hospital general, válidos a nivel nacional (y europeo). A los efectos de la presentación actual, interesa el CL-BDok-P, una adaptación para este estudio del Patient Registration Form (PRF), un instrumento para documentar cada intervención con el enfermo remitido a las UPPE para interconsulta, estandarizado y validado en un trabajo anterior⁵. El CL-BDok-P (anexo 1) recoge datos administrativos, de remisión, variables sociodemográficas de los enfermos, de su anamnesis y los lapsos de tiempo transcurridos hasta que son evaluados; características clínicas, incluyendo enfermedades somáticas (CIE-9 de la OMS), diagnóstico psiquiátrico (CIE-10 de la OMS) y situación clínica al comienzo/fin del episodio de consulta; las medidas diagnósticas y terapéuticas utilizadas y los recursos puestos a disposición (inversión de tiempo, de personal, etc.); concordancia entre medidas recomendadas y cumplidas; satisfacción (del paciente y del médico que consulta) y plan de tratamiento al alta; además, en formato también normalizado, se recoge cada intervención de seguimiento del enfermo en el hospital. El CL-BDok-P ha sido completado de modo sistemático, en la fase principal del estudio y a lo largo del año de estudio de campo, tras la intervención del psiquiatra y en el seguimiento hospitalario de todos los enfermos remitidos a las distintas UPPE. De esta forma se ha podido registrar y monitorizar, de modo estandarizado, el «proceso» asistencial de psiquiatría de enlace y se pretende describir el perfil clínico en España. Además, a partir de esos datos se efectúa, en el estudio de mejora de calidad asistencial, el reconocimiento de problemas en el logro de los estándares clínicos marcados, su priorización, el análisis de hipótesis causales y se toman decisiones sobre estrategias de solución. Algunas comunicaciones preliminares dan cuenta de este proceso⁶.

Estadística

La entrada de datos, su tratamiento y las presentaciones gráficas para los procedimientos descritos en el marco de la gestión de calidad se realiza bajo el sistema SPSS-Windows. En el contexto del estudio europeo, se ha logrado una adecuada automatización y estandarización de los procedimientos, incorporados en cada centro participante, que ha permitido aplicar localmente los programas correspondientes para garantizar la homogeneidad y el análisis multicéntrico nacional y para el estudio transnacional que siga. También se ha conseguido seleccionar un número de intervenciones que asegure suficiente poder estadístico para las comparaciones de variables principales. En este estudio se hace sólo estadística descriptiva, reservándose los métodos más complejos para someter a verificación las hipótesis planteadas en los estudios posteriores.

Resultados

La proporción de hospitales que completaron el estudio y el número de 3.608 pacientes registrados (tabla 2) apoya la factibilidad del proyecto en nuestro medio. Se han comunicado, además, datos preliminares sobre los resultados de la intervención en cada hospital participante, encontrando apoyo la hipótesis general sobre mejora de calidad asistencial mediante una retroalimentación sistemática al equipo clínico⁷. Los cuadros clínicos evaluados son a menudo complejos por la comorbilidad somático-psiquiátrica y abundan los procesos patológicos graves como los síndromes orgánicos y los trastornos afectivos mayores. Los diagnósticos específicos más frecuentes son los cuadros cerebrales orgánicos (sobre todo delirium, 9,1%), los trastornos afectivos (11,6%, prácticamente todos depresiones

TABLA 3

Distribución diagnóstica en porcentajes (criterios CIE-10 adaptados para hospital general) de los enfermos remitidos en España a unidades psiquiátricas de enlace (n = 3.608)

| Diagnóstico | Porcentaje |
|----------------------------|------------|
| Trastorno adaptativo | 21 |
| Trastorno orgánico | 18,1 |
| Sin diagnóstico | 16 |
| Trastorno afectivo | 15,2 |
| Abuso de sustancias | 11,4 |
| Otros | 10,2 |
| Trastorno ansiedad | 5,5 |
| Trastorno por somatización | 2,6 |

TABLA 4

Algunas características del proceso de consulta a psiquiatría de enlace

| | Porcentaje |
|---|------------|
| Servicios de remisión | |
| Medicina general | 17,2 |
| Traumatología | 7,5 |
| Cirugía general | 7,3 |
| Urgencia (demora desde la petición hasta la intervención) | |
| 1 día | 43,2 |
| 1 hora | 6,3 |
| Demora desde el ingreso hasta la petición (días) | 10,6 |
| Paciente informado de la petición de consulta | 63,9 |
| Intimidación para la entrevista | 54,5 |
| Volante con información suficiente | 72,6 |
| Otros servicios involucrados en el tratamiento del paciente | 10,7 |
| Tratamiento psiquiátrico ambulatorio previo | 39,4 |
| Ingreso psiquiátrico previo | 13,7 |
| Tratamiento psiquiátrico actual | 27,3 |
| Tratamiento psicofarmacológico en el último año | 42,2 |
| Historia previa en la unidad | 15,4 |
| Intento de suicidio previo | |
| Sin ingreso | 9,2 |
| Con ingreso | 5,5 |

TABLA 5

Motivos más frecuentes de la petición de consulta a psiquiatría de enlace

| Motivo de consulta | Porcentaje |
|---|------------|
| Riesgo de suicidio | 6,0 |
| Síntomas físicos sin explicación | 15,2 |
| Abuso de sustancias | 9,2 |
| Síntomas psiquiátricos | 50,3 |
| Afrontamiento de la enfermedad médicoquirúrgica | 5,8 |
| Historia psiquiátrica | 8,5 |
| Otros | 5,0 |

mayores) y los trastornos de adaptación (21%, principalmente trastornos de adaptación a la enfermedad somática) (tabla 3). Los datos del proceso asistencial sugieren que la mayoría de enfermos remitidos provienen de medicina general e interna y una proporción considerable tiene antecedentes psiquiátricos; el porcentaje de enfermos remitido con alguna urgencia se eleva al 49,5% y las peticiones se atienden con rapidez (1,9 días), aunque se formularon relativamente tarde (10'6 días tras el ingreso). No siempre el paciente

había sido informado, ni constaba «suficiente» información en el volante; en cerca de la mitad de casos no había intimidad suficiente para la entrevista con el psiquiatra (tabla 4).

El motivo más frecuente de consulta (tabla 5) fue la presencia de síntomas psiquiátricos detectados por el equipo médico (50,3%), pero también fueron motivos frecuentes la existencia de síntomas somáticos sin explicación médica, el abuso de sustancias, la valoración de los antecedentes psiquiátricos, el riesgo de suicidio y el afrontamiento de la enfermedad médicoquirúrgica. Entre todos los paciente visitados sólo un 3% tenía ideación suicida clínicamente relevante en el momento de la primera entrevista, y el 88,6% tenía un buen nivel de conciencia. Además el 64,2% presentaba problemas de movilidad, y el 45,1% tenía problemas psicosociales importantes.

En la tabla 6 se resume el tipo de intervención del psiquiatra: se documenta una importante actividad «de enlace», comunicándose directamente con médicos, enfermeras y familia; emprende acciones diagnósticas con frecuencia, incluyendo exploraciones diagnósticas, y busca apoyos sociales en una proporción considerable. En total, invierte cerca de una hora en cada primera intervención tras la interconsulta, hace un seguimiento hospitalario en más de la mitad de pacientes, recomienda un seguimiento especializado tras el alta en cerca del 20% de casos y en una proporción mayor se comunica con el médico de atención primaria y/o con el especialista de salud mental.

Discusión

El perfil asistencial de las UPPE, que se documenta por vez primera en una amplia serie de hospitales españoles, en diversas zonas geográficas del país, mediante un sistema estandarizado y validado para la Unión Europea³, atestigua un considerable volumen e intensidad de la actividad clínica. Si bien la actividad principal es de interconsulta, las posibilidades de «enlace» real son ciertas, pues cada uno de los casos de intervención (3.608 pacientes en este estudio) es, además, implícitamente un «caso docente» para el equipo médicoquirúrgico, como refleja el tiempo de comunicación directa que el psiquiatra emplea con médicos y enfermeras. Pero el estudio también refleja algunos parámetros que sugieren intervenciones para mejorar la calidad asistencial. Desde la perspectiva demográfica, es notable el porcentaje de pacientes hospitalizados con más de 70 años de edad, donde son obvias las manifestaciones clínicas de los procesos degenerativos y de las enfermedades de evolución crónica: casi la cuarta parte de toda la población atendida por los consultores y muy por

TABLA 6

Datos clínicos de la intervención de psiquiatría de enlace

| | Porcentaje |
|---|------------|
| Comunicación directa | |
| Con el médico | |
| Antes | 48,6 |
| Después | 45,6 |
| Con la enfermera | |
| Antes | 40,1 |
| Después | 52,0 |
| Con familiares | |
| Antes | 7,8 |
| Después | 37,8 |
| Acciones diagnósticas | |
| Inespecíficas | 67,9 |
| Biológicas (análisis, radiografías, etc.) | 13,5 |
| Psicométricas | 6,7 |
| Intervención previa | |
| de profesionales sanitarios | 5,5 |
| Soporte social (familia, amistades, relaciones laborales) | 30,1 |
| Otros | 0,6 |
| Ninguna | 30,5 |
| Tiempo medio de la primera visita (min) | |
| Con el paciente | 26,5 |
| Con el médico | 7,3 |
| Con enfermería | 5,4 |
| Con familia | 8,2 |
| Adicional | 9,2 |
| Total | 56,6 |
| Constancia en la historia clínica | 86,1 |
| Informe oficial | 60,5 |
| Seguimiento durante el ingreso | 56,5 |
| Seguimiento tras el alta | 19,7 |
| Comunicación tras el alta | |
| Con atención primaria | 22,8 |
| Con salud mental | 13,2 |

encima en algunos de los hospitales participantes. En España, se estima que la prevalencia de población geriátrica atendida en los hospitales generales oscila en torno al 40% (mayores de 65 años), cifra notablemente más alta que la observada en los hospitales europeos (30%)². Los servicios de medicina general e interna son los que más frecuentemente solicitan la interconsulta psiquiátrica. El tiempo que media entre la petición de consulta psiquiátrica y su materialización es de 1,9 días de promedio, en dependencia de la hora de solicitud: las peticiones realizadas en la segunda mitad de la mañana suelen ser atendidas al día siguiente, pero la práctica totalidad del 6,3% de solicitudes urgentes fueron atendidos en el mismo día. El 50% de las peticiones se cursan por la vía de urgencia (absoluta o relativa), y la agilidad en la atención de la demanda depende de las características organizativas de cada hospital y del procedimiento que sigue para cursar la solicitud, que en algunos hospitales (como el Clínico de Barcelona) se ha empezado a llevar a cabo por vía informática. Estos datos son de importancia clínica y sanitaria, ya que los pacientes atendidos precozmente por la psiquiatría de enlace suelen ser dados de alta 1,5 días antes que los pacientes con el mismo diagnóstico médico no visitados por el psiquiatra⁸. La rápida respuesta del psiquiatra consultor atestigua la existencia de un buen servicio, pero la alta proporción de

solicitudes urgentes también sugiere una cierta falta de planificación en los servicios medicoquirúrgicos demandantes.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario y la petición de consulta al psiquiatra se observa una latencia demasiado alta, lo que da lugar a diagnósticos e intervenciones demoradas, a dificultades de seguimiento y a retrasos del alta. Éste es uno de los motivos de otro proyecto multinacional y multicéntrico europeo, en el que participan también los equipos de este estudio⁹, con el fin de diseñar un sistema de cribado temprano, dirigido a detectar desde el ingreso hospitalario a enfermos que no sólo tienen morbilidad psíquica, sino también complejidad asistencial, que son los pacientes que con más frecuencia acaban siendo remitidos tardíamente a psiquiatría de enlace.

Desde un punto de vista del «proceso», los resultados del estudio sugieren algunos parámetros potencialmente mejorables: la información que contiene el volante de petición (72,6% con información suficiente); la frecuencia con que se informa previamente de la consulta al paciente (sólo se cumple en dos tercios de los enfermos de la red pública); la tardanza en solicitar la interconsulta psiquiátrica y las excesivas solicitudes de urgencia; probablemente, el hecho de que hay una limitada comunicación directa entre el psiquiatra consultor y el médico responsable del paciente; también debe incrementarse la proporción de intervenciones del psiquiatra que queden adecuadamente documentadas en la historia clínica y debe mejorar la situación, confirmada en la práctica clínica, de que un porcentaje considerable de pacientes son dados de alta sin informes específicos de la atención psiquiátrica que han recibido durante su hospitalización. Precisamente, varios de estos parámetros han sido priorizados como problemas a analizar y resolver en el curso de la intervención de «mejora de calidad»⁶.

Los motivos de consulta son similares a los referidos en estudios previos², que señalan la menor frecuencia de demanda en nuestro medio hospitalario por riesgo de suicidio (6% frente a 17% en los hospitales europeos). No obstante, el padecimiento de una enfermedad médica crónica es un factor independiente de riesgo de suicidio, al margen del diagnóstico psiquiátrico y del estado psicopatológico del paciente¹⁰. Parece lógico que los síntomas psiquiátricos detectados sean el más frecuente motivo de consulta, pero la urgencia de las solicitudes o la respuesta a señales de alarma conductual o indicios de descompensación psiquiátrica sugieren que las metas de la psiquiatría de enlace, de lograr eventualmente una atención integral a los pacientes ingresados¹, están todavía lejanas.

Otros datos de este estudio señalan el peso específico de las enfermedades psi-

quiátricas atendidas y sus implicaciones, incluyendo las asociadas a la frecuente problemática social. La prevalencia de antecedentes psiquiátricos y de tratamientos psicofarmacológicos en estos enfermos confirma los resultados de estudios epidemiológicos previos¹¹, que estiman que el 30-40% de los pacientes médicos hospitalizados presentan comorbilidad psiquiátrica y reciben diagnósticos múltiples que incrementan su complejidad, y se confirman datos previos sobre las graves enfermedades psiquiátricas atendidas². En este caso, los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron el trastorno depresivo primario (depresión mayor y distimia) o secundario al padecimiento de la enfermedad, y el trastorno mental orgánico (delirium y demencia). Como mínimo, el 10-14% de los pacientes ingresados por una enfermedad médica presenta síntomas de depresión (a diferencia de la población general, que presenta una prevalencia del 4-7%)¹², y el delirium aparece en el 10-15% de los pacientes que son hospitalizados por urgencias médicas o quirúrgicas¹³. Además, como ejemplo de potenciales implicaciones, la presencia del complejo «depresión, ansiedad y organicidad» correlaciona significativamente con una estancia hospitalaria más prolongada, a igualdad de deterioro físico¹⁴, lo que informa de la importancia de un diagnóstico psiquiátrico precoz y de la instauración diligente de un tratamiento específico. En total, el consultor de psiquiatría de enlace emplea una hora de promedio en la primera visita con cada paciente, en el 86% de los casos deja constancia escrita de su intervención en el historial médico y en el 60% de los casos emite un informe de alta. Estas cifras son más satisfactorias que años atrás, pero siguen poniendo de relieve que la actividad de la psiquiatría de enlace no queda suficientemente documentada en los historiales médicos y en los registros hospitalarios, de manera que se corre el riesgo de que sus indicaciones no sean tenidas en cuenta en la atención ambulatoria al paciente, y que su trabajo sea infravalorado por los responsables de la gestión hospitalaria. La solicitud y emisión de informes a través de las estaciones clínicas de la red informática puede ayudar a que quede constancia documental de mucha actividad hospitalaria sin reflejo administrativo.

Los resultados del presente estudio –centrado en la asistencia hospitalaria cotidiana– no describen todas las actividades de la psiquiatría de enlace en el contexto del hospital, ya que sus especialistas participan en programas y guías multidisciplinarias (trasplantes, VIH, oncología, internamiento en UCI, etc.), ponen en marcha proyectos de investigación propios y ofrecen programas docentes para el personal de enfermería y otros especialistas médicos. Más allá del modelo de la interven-

ción del psiquiatra como «apagafuegos», la psiquiatría de enlace persigue tradicionalmente la prevención primaria, secundaria y terciaria de las alteraciones psíquicas en el medio hospitalario¹⁵, de manera que sea posible su diagnóstico precoz y su tratamiento eficiente. Ello hace que, en ocasiones, también deba proponer a los responsables de la organización hospitalaria las modificaciones metodológicas, organizativas o estructurales más adecuadas para alcanzar ese objetivo sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lobo A. Psiquiatría de enlace. En: Farreras I, Rozman C, editores. Tratado de medicina interna. Barcelona: Harcourt Brace, 2000.
- Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A, and the ECLW. The European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study I: general outline. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 44-55.
- Herzog T, Huyse FJ, Malt UF, Cardoso G, Creed F, Lobo A, Rigatelli M. Quality Assurance (QA) in Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics. Development and Implementation of an European QA System. En: Baert AE, editor. European Union biomedical and health research. The BIOMED 1 Program. Amsterdam: IOS Press, 1995; 525-526.
- Lobo A, Campos R, Valdés M, de Pablo J, Farré JM, García-Camba E. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: fundamentos y metodología general. *Cuadernos Psicosisom Psiquiat Enlace*. En prensa.
- Lobo A, Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Opmeer BC, and the ECLW. The ECLW Collaborative Study II: Patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. *J Psychosom Res* 1996; 40: 143-156.
- Lobo A, Campos R, Lozano M, García-Camba E, Girón M, Farré JM et al. Vision statements of C-L psychiatric services in Spain. 22nd European Conference of Psychosomatic Research. Manchester, 2-5 de septiembre de 1998.
- Lobo A, Valdés M, Farré JM, García-Camba E, Girón M, Lozano M. Resultados del estudio multicéntrico, multinacional europeo (programa Biomed) y español (programa FIS) sobre mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace. XXXV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicopatológica. Andorra, 2000.
- Rundell JR, Hall RCW. Psychiatric Consultation in general hospital medical-surgery inpatients: impact of consultation on cognitive function and psychiatric status. Results from a pilot study. *Proceedings 40th Annual Meeting of Academy of Psychosomatic Medicine*. Nueva Orleans, 1993.
- Huyse FJ, Herzog TH, Lobo A, Malt UF, Creed F, Rigatelli M et al. Screening instrument for psychosocial risk factors in patients admitted to general hospital wards. 1995. En: Baert AE, editor. European union biomedical and health research. The BIOMED 1 Program. Amsterdam: IOS Press, 1995; 496-497.
- Kontaxakis VP, Christodoulou GN, Maureas V. Attempted suicide in psychiatric outpatients with current medical illness. *Psychother Psychosom* 1988; 50: 201-206.
- McGuire GP, Julier DL, Hawton KE, Bancroft JHJ. Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. *Br Med J* 1974; 1: 268-270.
- Katon W. The epidemiology of depression in medical care. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 93-112.
- Wise MG, Trzepacz PT. Delirium (confusional states). En: Rundell JR, Wise MG, editores. Textbook of consultation-liaison psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
- Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 324-329.
- Strain JJ, Grossman S. Psychosocial care of the medically ill: a primer liaison psychiatry. Nueva York: Appleton Century Crofts, 1975.

ANEXO 1. Hoja de registro CL-BDok-P

CÓDIGO: _____ FECHA (DD/MM/AA) ____ ____ ____

PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ ____ ____ [1] VARÓN [2] MUJER
[1] Soltero/a [2] Casado/pareja [3] Divorciado/a [4] Viudo/a [9] ?

VIVE CON: [1] Solo [2] Con pareja [3] Solo, con niños
[4] Con niños y pareja [5] Con padres [6] Con familia extensa
[7] En institución [9] ? [10] Otros:

SITUACIÓN LABORAL: [1] Tiempo completo [2] Tiempo parcial [3] En paro [4] Jubilado
[5] Incapacitado [6] ama/o de casa [7] Estudiante [9] ? [10] Otros:

FECHA DE INGRESO: ____ ____ ____ FECHA DE SOLICITAR INTERCONSULTA: ____ ____ ____

PRIMERA CONSULTA

CONSULTOR: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____

PLANTA: _____

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Urgencia: [1] Normal [2] En el día [3] En una hora
Petición: [1] Escrita [2] Verbal [3] Ambas

¿Se ha informado al paciente de la consulta? [n] [s] [?]
¿Hay algún lugar adecuado para la entrevista? [n] [s] [?]
¿Hay suficiente información en el volante? [n] [s] [?]
¿Están implicados otros servicios psicosociales? [n] [s] [?]

EL MOTIVO MÁS IMPORTANTE DE CONSULTA:

- [1] Riesgo de suicidio
- [2] Síntomas físicos mal definidos/origen psicológico
- [3] Abuso de psicofármacos/sustancias psicoactivas
- [4] Síntomas psiquiátricos presentes
- [5] Afrontamiento/cumplimiento
- [6] Antecedentes psiquiátricos
- [10] Otros:

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA PREVIA AL INGRESO

¿Tratamiento psiquiátrico ambulatorio? [n] [s] [?]
¿Ingreso psiquiátrico? [n] [s] [?]
¿Tratamiento ambulatorio en la actualidad? [n] [s] [?]
¿Es un paciente conocido por nuestro servicio? [n] [s] [?]

RIESGO DE SUICIDIO

Intentos previos [n] [s] [?]
Intentos previos que requieren ingreso [n] [s] [?]
Ideación suicida actual (MADRS): _____ [?]
[0: ninguna; ≥ 6: Plan explícito, preparación activa]

PROBLEMAS PSICOSOCIALES RELEVANTES EN LA ACTUALIDAD:

- Ninguno → en caso afirmativo, especificar (múltiple):
- Problemas con grupo primario de apoyo
- Problemas relacionados con factores socioambientales
- Problemas educativos
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos
- Problemas de acceso a servicios de salud
- Problemas legales
- Otros problemas psicosociales y ambientales:

VALORACIÓN GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL (0-5):

Motivo principal de disfunción social: _____
○ Psiquiátrico ○ Somático ○ Ambos
Vida diaria (0-5): _____
Funcionamiento profesional (0-5): _____
Funcionamiento familiar (0-5): _____
Otras actividades sociales (0-5): _____
[0: Sin disfunción; ≥ 5: Disfunción intensa y persistente]

¿Tiene capacidad para movilizarse/deambular? [n] [s] [r] [?]
¿Está alerta? [n] [s] [r] [?]

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS (CIE-10)

[n] No/ninguno [s] Sí [p] Provisional
10 _____ 20 _____ 30 _____

DIAGNÓSTICOS SOMÁTICOS (CIE-9 CM)

[n] No/ninguno [s] Sí [p] Provisional
10 _____ 20 _____ 30 _____

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: ○ No → en caso afirmativo, especificar (múltiple):
○ Inespecíficas (generales) ○ Profesionales sanitarios previos (incluidos los de salud mental)
○ Biológicas (análisis, radiografías) ○ Sistema de soporte social (incluida la familia)
○ Psicométricas ○ Otros:

MEDICACIÓN

Medicación psicotrópica prescrita en el último año antes del ingreso: [n] [s] [?]

Situación, cambio o inicio de medicación en la primera consulta (múltiple)

| | Prescrito con anterioridad | Cambiado/disminuido por el consultor | Prescrito por primera vez por el consultor |
|------------------|----------------------------|--------------------------------------|--|
| Ninguno | ○ | ○ | ○ |
| Neurólépticos | ○ | ○ | ○ |
| Antidepresivos | ○ | ○ | ○ |
| Benzodiacepinas | ○ | ○ | ○ |
| Analgésicos | ○ | ○ | ○ |
| Desconocidos [?] | ○ | ○ | ○ |
| Otras | ○ | ○ | ○ |

Prescripción incluida dosis:

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS (CARA A CARA) (múltiple)

| | Paciente | Apoyo soc./familia | Staff |
|---|----------|--------------------|-------|
| Inespecíficas | ○ | ○ | ○ |
| Información/educación | ○ | ○ | ○ |
| Asesoramiento/apoyo emocional | ○ | ○ | ○ |
| Específicas | | | |
| Cognitiva/conductual/relajación/hipnosis | ○ | ○ | ○ |
| Interpretativa, orientada hacia conflictos/relaciones | ○ | ○ | ○ |

INTERVENCIONES ESPECIALES: ○ Ninguna → en caso afirmativo, especificar (múltiple):

- Integración con otros servicios psicosociales
- Plan de acción en la planta (cuidados de enfermería/riesgo de suicidio)
- Valorar capacidad de juicio
- Motivar al paciente para que reciba asistencia psiquiátrica posterior
- Intervención con el staff (orientada hacia el equipo/grupo)
- DUE de psiquiatría de enlace
- Otras:

COMUNICACIÓN (CARA A CARA) (múltiple) Y TIEMPO EMPLEADO

Tiempo total: _____ min
Con el paciente: _____ min
Con el médico: ○ Ninguna ○ Antes ○ Durante ○ Después de la interconsulta _____ min
Con enfermera/o: ○ Ninguna ○ Antes ○ Durante ○ Después de la interconsulta _____ min
Con los familiares: ○ Ninguna ○ Antes ○ Durante ○ Después de la interconsulta _____ min
Tiempo adicional (revisando la historia): _____ min

¿Anotación escrita en historia clínica? [n] [s] ¿Informe oficial para el médico? [n] [s]

RECOMENDACIÓN DE SEGUIMIENTO POSTERIOR: [n] No/ninguna [s] Sí [d] Diferido
en caso afirmativo especificar (múltiple): ○ Otras consultas psiquiátricas/salud mental
○ Otras plantas de psiquiatría ○ Centros de atención a alcohol/drogodependencia
○ Psicopatología ambulatoria ○ Planta de psiquiatría del propio servicio
○ Médico de familia ○ Otros:

¿Se ha iniciado/planificado activamente seguimiento por servicio de psiquiatría/salud mental? [n] [s]

Comunicación tras el alta

– ¿Con el médico no psiquiatra? [1] Ninguna [2] Escrita [3] Verbal [4] Ambas
– ¿Con el profesional de salud mental? [1] Ninguna [2] Escrita [3] Verbal [4] Ambas

¿Se ha planificado seguimiento durante el ingreso? [n] [s] [?]

FECHA: ____ ____ ____ HORA: _____

Cómo rellenar el impreso: [n]: no/ninguno (0); [s]: sí (1);
[r] [d] [p]: reducido, diferido, provisional (3); [?]: desconocido (9);
(múltiple): se permiten múltiples respuestas ○,○,○, etc.: por favor, marcar.