



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 31/07/2017. Aceptado: 14/08/2018

INTERCONSULTAS DE PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL: RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN ENTRE MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS

LIAISON IN GENERAL HOSPITAL: RESULTS TO COMPARE BETWEEN OLDER AND YOUNGER THAN 65 YEARS

M.R. Alonso Gascón¹, E. Pérez-Martínez², J. Rodríguez-Marín³, C.J. van-der Hofstadt Román⁴

¹Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. E-mail: miguel.alonso02@goumh.umh.es. ²Jefe de Sección. Unidad de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). E-mail: eperezmar@yahoo.es. ³Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). E-mail: rod.marin@umh.es.

⁴Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). E-mail: cjvander@umh.es.

Correspondencia: Dr. Carlos J. van-der Hofstadt Román. Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante. C/ Pintor Baeza 12. 03010-Alicante. E-mail: cjvander@umh.es

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:32-41.

32



RESUMEN

Introducción: La prevalencia de problemas mentales relativamente alta en pacientes ingresados en hospitales generales, lo que a menudo conduce a peores resultados de salud, a retrasos en el alta hospitalaria y a un mayor y peor uso de los recursos sanitarios. La interconsulta psiquiátrica se ocupa generalmente de la atención a esos problemas. Las razones para solicitar una consulta psiquiátrica son muy diferentes, y es interesante estudiarlas. **Objetivos:** Identificar y describir diferentes variables clínicas y de resultado en pacientes hospitalizados para los que se solicita una interconsulta con psiquiatría; y verificar si hay diferencias entre mayores y menores de 65 años. **Método:** Este es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 168 consultas hospitalarias a la Unidad de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Alicante, divididas en dos grupos en función de la edad de los pacientes (mayores y menores de 65 años). **Resultados:** Los principales motivos para la solicitud de interconsulta fueron: problemas respiratorios, accidentes cardiovasculares e intentos autolíticos. Los diagnósticos más frecuentes en la interconsulta fueron trastornos de ansiedad y depresión, síndrome confusional y trastorno adaptativo mixto, que es el que presenta el peor pronóstico. En función de la edad encontramos diferencias en el motivo de la interconsulta: las causas más comunes en la población menor de 65 años fueron, la ideación suicida y la valoración y ajuste de medicación; y la más común en mayores de 65 años fue la sintomatología depresiva. Además observamos mayores tasas de exitus en la población mayor de 65 años y mayores tasas de derivación a salud mental en la población menor de 65 años. **Conclusión:** Existen diferencias entre las interconsultas solicitadas según la edad. Creemos que es necesario establecer pautas de acción con los pacientes hospitalizados mayores de 65 años para reducir los factores estresantes de la hospitalización y la comorbilidad psiquiátrica.

Palabras clave: Interconsulta psiquiátrica, hospitalización, ancianos, pacientes hospitalizados, trastornos psiquiátricos.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of mental problems is common in hospitalized patients, which often leads to worse health outcomes, delays in discharge and greater and poorer use of sanitary resources. Consultation-liaison psychiatry deals with the management of these problems. The reasons for claiming psychiatric consultation are very different, and it is interesting to study them. **Objectives:** To identify and describe different clinical variables and health results in hospitalized patients to which psychiatric consultation is requested; and to check if there are significant differences between adults younger than 65 years of age and adults 65 years of age and older (both men and women) in terms of age. **Method:** An observational, descriptive and retrospective study was carried out. 168 hospital consultations to Psychiatry Unit of the General University Hospital of Alicante were reviewed, divided into two groups to be compared (over and under 65 years). **Results:** The main reasons for requesting psychiatric consultation were respiratory problems, cardiovascular accidents and autolytic attempts. The most frequent diagnoses in PC were anxiety and depression disorders, delirium and adjustment disorder mixed with anxiety and depressed mood that is associated with a poorest prognosis. Thirty six per cent (36 %) of the patients were over 65 years old. According to age, we found differences in the reason for PC: the most common causes in the patients under 65 years of age are suicidal ideation and medication adjustment; and, in those over 65, the depression symptoms. We also found higher rates of death and of referral to mental health services in the population under 65 years of age. **Conclusion:** According results there is evidence that there exist differences between psychiatric consultations requested depending on the age. We think that it is necessary to establish guidelines of action with older 65 year hospitalized patients to reduce the stressful factors of hospitalization and psychiatric comorbidity.

Key words: Liaison psychiatry, hospitalization, older people, inpatient, psychiatric disorder.



INTRODUCCIÓN

En el hospital, la forma habitual de responder a la necesidad de atención al estado emocional del paciente, es mediante una interconsulta, que se encarga de evaluar, diagnosticar y tratar, los problemas y alteraciones emocionales, cognitivos o conductuales, que surgen en relación al estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad somática, o de la relación entre los profesionales sanitarios participantes en la atención del paciente y su familia (Lobo, 2000).

La principal característica, que diferencia la forma de actuar en la interconsulta psiquiátrica, viene dada por los demandantes, pues no suelen ser los pacientes o familiares los que solicitan la valoración o atención psiquiátrica, sino un profesional del equipo médico. Esa demanda puede responder a la sospecha de existencia de algún trastorno psiquiátrico, a la necesidad de asesoramiento psicológico para el paciente o alguno de sus familiares, o para establecer estrategias conjuntas en pacientes de alta complejidad.

La importancia del estudio de la relación entre la enfermedad somática y comorbilidad psicopatológica en el paciente hospitalizado es vital para prestarle una correcta atención. Diferentes trabajos han establecido que, en hospitales generales, el índice de morbilidad por trastorno psiquiátrico oscila entre el 44.5% y el 50% de los pacientes hospitalizados (Baculima, Iñamagua y Sánchez, 2014; Díaz-Nolazco, Corimanya-Capitán, Soto-Cáceres y Díaz-Vélez, 2017). Estos datos contrastan con la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general que ronda el 19.5% (Haro, et al, 2006).

LA HOSPITALIZACIÓN EN ESPAÑA

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE, 2014) revela que la estancia media se ha reducido ligeramente en los últimos años situándose en la actualidad por debajo de los 7 días. Las mujeres representan un 54% de los pacientes ingresados. Con relación a los motivos más frecuentes de alta, encontramos que un 4% se produce por exitus del paciente, que el 85% se produce por curación o mejora y el resto por traspaso a otro hospital.

La población geriátrica es la que utiliza más frecuentemente los servicios sanitarios. Dentro de esta población, los mayores de 85 años, con un 35% de los ingresos, son los que tienen hospitalizaciones más largas (INE, 2014).

Los motivos más frecuentes de ingreso en hospitales públicos españoles son: los problemas circulatorios (13%), los digestivos (12%), el embarazo y la maternidad (11.8%), las

enfermedades respiratorias (11.1%) y los tumores (9.5%). En particular, los motivos más frecuentes son, por ese orden, las arritmias cardíacas, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la aterosclerosis coronaria, la diabetes, las infecciones respiratorias y las infecciones urinarias, la intoxicación medicamentosa y la neumonía (INE 2014).

Por otro lado, en términos generales, la hospitalización puede suponer un acontecimiento vital estresante. La persona hospitalizada se encuentra afectada por las percepciones del medio hospitalario (olores, ruidos, etc.), por la pérdida de su intimidad, y de su identidad personal; debe aceptar nuevas normas y valores, que le impone la institución hospitalaria; y debe asumir un nuevo rol, el del paciente hospitalizado. Todo ello puede causar emociones negativas en de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995).

Trastornos psiquiátricos

Las alteraciones emocionales pueden complicar el pronóstico en pacientes ingresados por patologías orgánicas. Para hacer un repaso de estos problemas, vamos a agrupar los trastornos según sean comunes en población general o más específicos de población geriátrica.

La hospitalización puede ser un elemento que contribuya a la reagudización de los episodios depresivos. La prevalencia de episodios depresivos, según se establece en una reciente revisión sistemática de los últimos 15 años en España (Cardila, et al., 2015), oscila desde el 1.12% en preescolares, al 8.56% en población general y hasta el 55.6% en estudiantes universitarios. Respecto a la población geriátrica, la variabilidad y la inadecuación de los instrumentos para medir la depresión dificulta el establecer datos de prevalencia, aunque autores como Baldwin (2002) estiman que entre el 10 y el 15% tiene sintomatología depresiva destacable, y otros, como Tartaglini y colaboradores (2017), cifran la prevalencia incluso en un 35%. Durante la hospitalización las cifras varían de manera significativa, observándose sintomatología depresiva en el 88,3%, siendo leve en el 50,0% de los pacientes geriátricos hospitalizados (Cardozo-Fernández, Aguilera-Gaona, Ferreira-Gaona, y Diaz-Reissner, 2017), y en torno al 33% en la población general de hospitalizados en un servicio de medicina interna (Villizhañay y Diego, 2014). Es necesario distinguir los procesos de duelo de los episodios depresivos, porque pueden tener sintomatología similar; en este sentido es importante evaluar la historia de pérdidas como factor



predisponente a mostrar sintomatología depresiva (Chaurand, Feixas, Neimeyer, Salla, y Trujillo, 2015).

Junto al trastorno depresivo, otro de los trastornos más comunes es el trastorno ansioso, cuya prevalencia se sitúa entre el 5 y el 13% en la población general española (Albarracín, Rovira, Carreras y Rejas, 2008), cifra que aumenta en las personas mayores de 50 años, llegando a ser de un 14.3% (Carreiras y Facal, 2017). Durante la hospitalización, las cifras de prevalencia oscilan entre un 25% con sintomatología moderada/grave y un 50 % con sintomatología leve, en pacientes con insuficiencia cardiaca (Hernández Salazar, Figueroa, Ramos del Río, y Alcocer, 2013), siendo significativamente más altas en personas ancianas hospitalizadas, en las que puede alcanzar el 40% (Grau, Suñer, Abulí y Comas, 2003).

Los trastornos adaptativos son otros de los trastornos más comunes en pacientes hospitalizados, con una prevalencia que ronda el 9% tanto en población general como en geriátrica (García y Costas, 2010). Por ejemplo, un estudio con pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna ha encontrado una prevalencia de un 30.9% de trastornos de ansiedad, adaptativos o somatomorfos (Alberdi-Sudupe, Fernandez-Díaz y Iglesias-Gil, 2013).

Los trastornos mentales graves también ocurren durante la hospitalización. El trastorno bipolar presenta prevalencias de entre el 2 y 3% en la población general. Sin embargo, estos datos difieren de los que se observan en la población geriátrica en la que la prevalencia de esta patología oscila entre el 0.5 y el 1%, aunque en pacientes ancianos en ámbitos psiquiátricos clínicos puede llegar aproximadamente al 17% los que padecen un trastorno bipolar. Este dato supone que los ancianos con este trastorno son usuarios con mayor frecuencia de los servicios de urgencias y de asistencia hospitalaria y ambulatoria (Sajatovic y Chen, 2012). Barlets et al. (2000) indicaron que estos pacientes requerían ingresos hospitalarios con una frecuencia 4 veces superior que el resto de pacientes. Cifras similares se encuentran entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo (Sajatovic y Chen, 2012).

Los trastornos mentales graves presentan una alta comorbilidad con las conductas adictivas. El alcoholismo genera múltiples patologías orgánicas, y presenta una prevalencia de 13.5% tanto en población general, como geriátrica, según la encuesta EDADES (2013). Esta adicción plantea como un factor de riesgo en numerosas enfermedades, influyendo

directamente sobre el riesgo de mortalidad en mayores de 45 años (Sarasa-Renedo, et al., 2014).

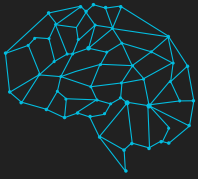
Durante la vejez, existen además otras patologías, tales como las demencias y los cuadros confusionales, que pueden ocasionar una disminución de la calidad de vida del paciente hospitalizado, complicando el pronóstico.

El síndrome confusional es un trastorno que, con bastante frecuencia afecta a la población geriátrica durante la hospitalización, situando su prevalencia en torno al 22.5%, suponiendo un problema de salud en los adultos en emergencia médica (Crespo-Domínguez, Castellón-Lozano, Cárdena y Saavedra de la Cruz, 2014). Además, existen estudios que muestran que este trastorno está asociado a un mayor deterioro funcional y provoca hospitalizaciones más prolongadas y un aumento del riesgo de institucionalización tras la hospitalización (O'Keefe y Lavan, 1997).

Las cifras de incidencia y prevalencia de la demencia muestran resultados muy variables debido a las diferentes metodologías de los estudios al respecto, aunque las alteraciones cognitivas se consideran uno de los principales factores de riesgo de deterioro funcional asociado al ingreso (Osuna-Pozo, Ortiz-Alonso, Vidán, Ferreira y Serra-Rexach, 2014). La incidencia anual de demencia en España se estimó entre el 1 y el 1.5%. Los estudios de prevalencia en España indican un aumento progresivo de la incidencia con en función de la edad, variando en mayores de 65 años entre un 5 y un 14.9% (Romero-Delgado, Domingo-Rubio, Barahona-Hernando y Rodríguez-Gómez, 2015).

Actualmente existen en España 300.000 pacientes diagnosticados de enfermedad de Alzheimer, y se estima un nuevo caso por cada 10.000 habitantes al año, siendo más común en edades avanzadas (García-Ramos, López-Valdés, Ballesteros, Jesús, y Mir, 2016).

Por último, otro problema importante es el suicidio. Según cifras oficiales, es la causa de muerte no natural más frecuente en España, por delante de los accidentes de tráfico (Giner y Guija, 2014). Los datos de prevalencia, que varían en función de los autores, muestran que son las mujeres las que presentan mayor ideación o planificación de suicidio. Además, indican que la mayor tasa de intentos se produce en las décadas de los 20 y los 50, pero también existe un aumento destacable de la ideación autolítica a partir de los 70 años (Gabilondo et al., 2007). Otros trabajos muestran que la tasa registrada de suicidios consumados va aumentando con la edad, en especial a partir de los 65 años, y que, aunque



las tasas de suicidios en ancianos han disminuido respecto a décadas previas, siguen siendo desproporcionadamente altas (Nock et al. 2008).

El objetivo general de este trabajo es analizar el contenido de las interconsultas de psiquiatría respecto de las variables siguientes: motivo y duración del ingreso, síntomas por los que se solicita la interconsulta, antecedentes psiquiátricos de los pacientes, diagnóstico, tratamiento, derivación al alta y mortalidad. Los objetivos específicos son:

1. Evaluar si existen diferencias por edad.
2. Analizar la influencia de posibles variables moduladoras sobre el pronóstico del paciente.

MÉTODO

Este estudio se ha llevado a cabo en la Unidad de Psiquiatría del Hospital general Universitario de Alicante, un hospital general de tercer nivel asistencial (grupo C de los hospitales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana), que dispone de 950 camas y que es el Centro Sanitario de Referencia de la provincia de Alicante. La unidad dispone de un psiquiatra consultor y lleva a cabo actividades docentes, de investigación y asistenciales, incluyendo el servicio de interconsulta. El hospital carece de unidad de hospitalización psiquiátrica.

Se revisaron todas las hojas de interconsulta realizadas entre julio y diciembre del 2013, por la Unidad. Para ello se construyó una base de datos donde se recogieron las variables: sexo, edad, motivo de ingreso, sintomatología principal que justifica la interconsulta y el diagnóstico que se realiza en la interconsulta. Para conocer el resto de datos, se accedió a través de programas específicos de gestión clínica (Mizar y Abucasis) al resto de variables, pudiendo registrar así: diagnóstico de ingreso, tratamiento, duración del ingreso y mortalidad al alta.

El diseño del estudio planteado es de tipo observacional, descriptivo y transversal.

La muestra está compuesta por 168 pacientes, con una edad media de 55 años (dt 19.6) sin diferencias destacables en cuanto a género (50.4% hombres y 49.6% mujeres). Para este estudio la muestra queda dividida en dos grupos, hospitalizados mayores de 65 años (36%), y el resto (64%), sin que haya diferencias de género.

Para identificar a los pacientes se utilizó el número de inclusión en la base de datos, manteniendo el anonimato y garantizando la confidencialidad

Con respecto al ingreso del paciente registramos el servicio solicitante de la interconsulta y el motivo principal de ingreso: Problemas Respiratorios, Problemas Cardíacos, Intento Autolítico, Problema Digestivo, Pre o Post Operatorio, Enfermedad Mental a Estudio u otros motivos. Del mismo modo, también se especifica la sintomatología principal que motiva la interconsulta y los posibles antecedentes psiquiátricos.

En lo relativo a la función del psiquiatra registramos el diagnóstico psiquiátrico y, si procede, la existencia de tratamiento farmacológico, así como la posible derivación al alta para seguimientos en unidades de salud mental.

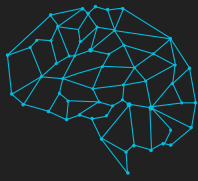
Por último, también incluimos la duración final del ingreso y la tasa de mortalidad registrada al alta, a los 3 meses y al año.

Los datos fueron registrados en una base de datos en Excel. Esta base de datos se codificó en el paquete estadístico SPSS donde se realizó un análisis de frecuencia para describir la incidencia de cada uno de las variables estudiadas, además se implementaron distintos análisis no paramétricos para estudiar las diferencias entre los grupos. Estos análisis se realizaron empleando el parámetro chi-cuadrado, y estableciendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Todos los análisis fueron realizados con la versión 21.0 para Windows del paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

En primer lugar, presentamos los porcentajes relativos a los servicios que con mayor frecuencia demandan las interconsultas y los principales motivos de ingreso. Estos resultados se muestran de manera global y clasificada en población menor de 65 años y mayor de 65.

En lo referente a los servicios solicitantes, en la muestra global encontramos que el 42% de las interconsultas vienen derivados de 5 servicios médicos, concretamente Medicina Interna (13,7%), Medicina Digestiva (7,7%), Unidad de Corta Estancia (7,1%), Neurocirugía (7,1%) y Unidad de Enfermedades Infecciosas (6,5%). Respecto a la población menor de 65 años, encontramos que el 46% de las interconsultas proceden también de 5 servicios médicos: Medicina Digestiva (10,1%), Unidad de Corta Estancia (9,2%), Neurología (9,2%), Unidad Enfermedades Infecciosas (9,2%) y Medicina Interna (8,3%). En la población mayor de 65 años son 4 servicios los que acumulan el 45% de las interconsultas: Medicina Interna (24%) y a continuación Nefrología (6,9%), Cirugía (6,9%) y Neumología (6,9%).



Interconsultas de psiquiatría en un hospital general:

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:32-41.

M.R. Alonso y cols.

Tabla I. Porcentaje de pacientes por enfermedad principal de ingreso

	TOTAL	MENORES DE 65	MAYORES DE 65
Problemas respiratorios	11,38	12,84	8,62
Ac. Cardiovascular	11,98	10,09	15,52
Intento Autolítico	12,57	15,60	6,90
Pre-Post Operatorio	9,58	8,26	12,07
Deterioro Cognitivo	4,79	1,83	10,34
Inflamación intestinal	8,98	11,01	5,17

Tabla II. Frecuencia de antecedentes psiquiátricos

	TOTAL	MENORES DE 65	MAYORES DE 65	X ² (GL, N)=P<0,05
Depresión	25%	20%	35%	(1, N=168)=0,06
Ansiedad	20%	17%	28%	(1, N=168)=0,12
Alcoholismo	2,4%	1,8%	3,4%	(1, N=168)=0,51
Drogadicción	2,4%	4%	0%	(1, N=168)=0,01*
Trastorno bipolar	4%	5,5%	0%	(1, N=168)=0,01*
Esquizofrenia	8%	11%	1,8%	(1, N=168)=0,01*

*p<0.05, significación estadística

Si analizamos los principales motivos de ingreso encontramos que, para la muestra general, los ingresos corresponden a: intentos autolíticos (12,5%), accidentes cardiovasculares (11,9%), problemas respiratorios (10,1%), pre o post operatorios (9,5%), problemas digestivos (8,9%) y deterioro cognitivo (2%). El resto de motivos de ingreso (43%) se deben a ingresos con frecuencias especialmente bajas (inferior al 2%), no observándose diferencias significativas a nivel estadístico entre los grupos de edad para esta variable χ^2 (6, N = 168) = 0,73, p<0,05 (Tabla I).

Respecto a los datos obtenidos del análisis de los síntomas que ocasionaron la interconsulta, con relación a la muestra general, encontramos que destacan la sintomatología depresiva, la ideación suicida y las indicaciones sobre valoración y ajuste.

En lo referente a la muestra de población más joven, destaca la ideación suicida, seguida de la valoración o ajuste de medicación por sintomatología ansiosa o depresiva, lo que suponen diferencias significativas a nivel estadístico (χ^2 (7, N=168) = 0,11, p<.05). En el caso de los mayores de 65 años hay

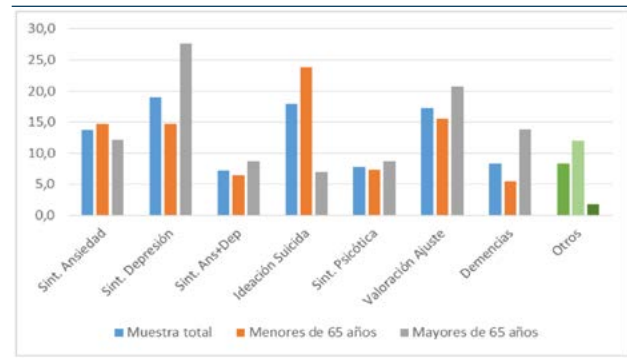


FIGURA 1. Sintomatología predominante motivadora de la interconsulta.

Tabla III. Diagnósticos psiquiátricos

	TOTAL	MENORES DE 65	MAYORES DE 65
Tr Ansiedad	9,5	11,9	5,2
Tr Depresión	13,7	16,5	8,6
Esquizofrenia	5,4	7,3	1,7
Tr Bipolar	0,6	0,9	0,0
Tr Adaptativo	11,9	11,0	13,8
Sd Confusional	9,5	5,5	17,2
Tr Ans-depresión	10,1	5,5	19,0
Sin Diagnóstico	17,3	17,4	17,2
Otros	18,5	19,3	17,2

una mayor presencia de depresión y, en menor medida, valoración o ajuste de medicación, demencias y ansiedad (Figura 1).

Respecto a la presencia de antecedentes psiquiátricos encontramos que el 25% de la muestra ha padecido episodios depresivos y un 20% trastornos de ansiedad, y en menor número alcoholismo (2,4%), drogadicción (2,4%), trastorno bipolar (4%) y esquizofrenia (8%). Hay diferencias estadísticamente significativas en las categorías drogadicción, trastorno bipolar y esquizofrenia entre los grupos de edad (Tabla II).

Los diagnósticos refieren mayor presencia de trastornos depresivos en la muestra total y menor presencia de trastornos mentales graves como esquizofrenia o trastorno bipolar (Tabla III).

Cuando comparamos la población geriátrica con la población menor de 65 años, encontramos que los más jóvenes presentan con mayor frecuencia ansiedad o depresión, y la



población geriátrica presenta mayor comorbilidad entre depresión y ansiedad. En el caso del trastorno adaptativo las cifras son similares entre los dos grupos de edad, pero los síndromes confusionales son más prevalentes en población geriátrica (Tabla III). Estas diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2(6, N = 168) = 0,09, p < 0,05$).

Los datos muestran que la prescripción farmacológica está presente en el 66% de los diagnósticos, sin que existan diferencias significativas a nivel estadístico por grupos de edad ($\chi^2(1, N = 168) = 0,23, p < 0,05$). Respecto a la derivación a unidades de salud mental encontramos que esta se produce en un 24% de los casos. Por grupos, estas derivaciones son mucho más frecuentes en el grupo de población más joven (un 28%), que en el grupo geriátrico (un 15%) siendo esa diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2(3, N = 168) = 0,01, p < 0,05$).

En el caso de la duración de las hospitalizaciones encontramos una media de 13 días (dt 14.57), y no aparecieron diferencias significativas a nivel estadístico entre los mayores y menores de 65 años.

La mortalidad de los pacientes estudiados se sitúa en un 17%. En un 7% de los pacientes el exitus fue el motivo del alta; un 8% de los pacientes falleció durante los 3 meses siguientes al alta; y un 2% lo hizo durante los doce meses posteriores al alta. Estas cifras varían de forma estadísticamente significativa en el caso de la población mayor de 65 años ($\chi^2(3, N = 168) = 0,01, p < 0,05$), en la que los resultados muestran que en el 12% el exitus fue la causa de alta hospitalaria, el 14% falleció durante los tres meses posteriores al alta, y 3,5% lo hizo durante el año siguiente al alta.

Con el propósito de encontrar cuáles son los diagnósticos psiquiátricos con peor pronóstico, respecto de la duración del ingreso, observamos que, con una media de duración del ingreso de 19 días (dt 17.26), el trastorno depresivo está relacionado con ingresos más largos ($r = 0,20$), frente a los 11 días (dt 13.43) del resto de diagnósticos, siendo esta diferencia significativa a nivel estadístico, con un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1992).

DISCUSIÓN

Las interconsultas solicitadas por los servicios de Medicina Interna, Medicina Digestiva, Unidad de Corta Estancia, Neurología y Unidad de Enfermedades Infecciosas, se han realizado por los principales motivos de ingreso, incluyendo

intentos autolíticos, problemas cardiacos, respiratorios o digestivos y pre o post operatorio, pero las solicitudes más frecuentes lo han sido para pacientes cuyo motivo de ingreso había sido un el intento autolítico.

Respecto a los síntomas psiquiátricos que justifican la interconsulta, destaca la sintomatología depresiva, la ideación suicida y las peticiones de valoración y ajuste farmacológico. Los antecedentes muestran que 1 de cada 5 pacientes tiene antecedentes de depresión, 1 de cada 4 los tiene de ansiedad; en torno al 8% tiene antecedentes de esquizofrenia y un 4% de trastorno bipolar.

En lo referente a los diagnósticos de los pacientes hospitalizados encontramos prevalencias similares en la revisión bibliográfica. Respecto a trastornos depresivos, los resultados muestran una incidencia del 13%. Esta frecuencia es inferior a lo esperable a partir de la revisión bibliográfica, que para el caso de los trastornos depresivos en hospitalizados en un servicio de medicina interna, establece una prevalencia de en torno al 33% (Villizhañay y Diego, 2014).

En el caso de los trastornos ansiosos, algún estudio previo estima una incidencia del 23,1%, en pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna (Salazar Sánchez, 2015), y nuestros resultados muestran una incidencia similar (en torno al 20% en trastorno de ansiedad más trastorno ansioso-depresivo). Al contrario, para los trastornos mentales graves (0.6% para trastorno bipolar y 5.4% para esquizofrenia), obtenemos cifras inferiores a las encontradas en la revisión de la literatura científica, que cifra estos trastornos en torno al 9% (Sajatovic y Chen 2012). La disparidad de resultado puede ser debida a que en el HGUA no existe unidad de hospitalización psiquiátrica.

En el caso del síndrome confusional, nuestros resultados muestran que afecta al 9.5% de los sujetos estudiados, mientras que algún otro estudio encuentra un nivel de afectación más bajo (7.5% de la muestra en un hospital general) (Llorens, et al., 2009).

Referente al tratamiento propuesto para estos diagnósticos nuestro estudio encuentra que en el 66% de los pacientes se prescribe medicación farmacológica y en un 24% se deriva a unidades de salud mental. Esos datos son similares a los obtenidos en otros estudios como en el de Costa-Requena, et al. (2015), con índices de derivación de 17.5%.

Comparándolos con los datos de la Encuesta de morbilidad Hospitalaria (INE, 2004), tanto la duración de la hospitalización es más larga en nuestra muestra (13 días frente



a los 7 de la literatura), como también es más alta la tasa de mortalidad (un 7% de nuestra muestra frente a un 4%). Una posible explicación es que las hospitalizaciones de los pacientes que precisan atención de psiquiatría son de peor pronóstico.

Si analizamos los objetivos específicos, el primero de ellos proponía estudiar si había diferencias entre los grupos de edad. Efectivamente, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en la sintomatología que originó la interconsulta, el diagnóstico, la derivación a unidades de salud mental y la mortalidad al alta.

Con relación a la sintomatología que originó la interconsulta, en los más jóvenes son más comunes los intentos autolíticos y la sintomatología ansiosa o depresiva, que en el grupo de las personas mayores, en el que los motivos más frecuentes son demencias y sintomatología ansiosa depresiva. Esos síntomas son los síntomas psiquiátricos más comunes en las personas hospitalizadas (Albarracín, et al., 2008).

Respecto a la variable diagnóstico, también se observan diferencias entre mayores y menores de 65 años. El grupo más joven presenta con mayor frecuencia trastornos de ansiedad o depresión frente al grupo mayor de 65 años, que presenta mayor comorbilidad de estos dos trastornos y también un alto porcentaje de síndromes confusionales. Esta diferencia es esperable si partimos de que el síndrome confusional es un trastorno poco común en poblaciones no geriátricas y, además, si asumimos que este síndrome presenta gran comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión, según aparece en estudios como el de Crespo-Domínguez y sus colaboradores (2014).

En nuestros resultados se muestran mayores índices de derivaciones a unidades de salud mental en el grupo de pacientes más jóvenes. Esto puede deberse a que estos pacientes puedan beneficiarse más de un tratamiento más específico, y a que en los pacientes mayores, la mayoría de los problemas como el síndrome confusional desaparecen durante los 3 meses siguientes al alta. Autores como Costa-Requena et al. (2015) exponen que la mayoría de las interconsultas se cierran tras 2 o 3 visitas, sin necesidad de apoyo posterior en unidades de salud mental. Esto podría deberse a la necesidad de atención derivada de una reacción adaptativa, sin estar relacionada con un trastorno psiquiátrico significativo.

El siguiente de los objetivos específicos planteaba comprobar cuáles son los diagnósticos psiquiátricos que tienen peor pronóstico (mayor duración del ingreso y tasa de mortalidad). Nuestros datos muestran que son los trastornos depresivos los que tienen peor pronóstico con respecto a la duración de los ingresos, sin que se observen diferencias entre el resto de trastornos. Por otro lado, los resultados muestran que son los trastornos adaptativos, junto con los depresivos y los ansioso-depresivos lo que presentan mayor tasa de mortalidad durante los doce meses posteriores alta.

CONCLUSIONES.

Hemos encontrado diferencias significativas a nivel estadístico entre los grupos de edad en la sintomatología que origina la interconsulta, el diagnóstico, la derivación a unidades de salud mental y la mortalidad al alta.

Igualmente, nuestros resultados muestran que los trastornos depresivos son los que tienen peor pronóstico con respecto a la duración de los ingresos, pero no aparecen diferencias entre el resto de trastornos. Asimismo muestran que los trastornos adaptativos, junto con los depresivos y los ansioso-depresivos, se asocian a un mayor porcentaje de mortalidad durante los doce meses posteriores alta.

En suma, los resultados nos permiten pensar que conocer la relación entre los motivos de ingreso, la sintomatología que justifica la interconsulta, el diagnóstico de la interconsulta o los antecedentes psiquiátricos, nos puede permitir establecer pautas de acción con estos pacientes, que nos podrán permitir reducir los factores estresantes de la hospitalización y la comorbilidad de algunos trastornos psiquiátricos.

Este estudio presenta diversas limitaciones, entre las que destacaríamos la dificultad para acceder a datos de evolución y seguimiento, y la imposibilidad de recopilar la totalidad de datos sociodemográficos necesarios para clasificar a los pacientes en función de variables como nivel formativo, estatus social, estado civil, número de hijos, etc., que, entre otros factores, pueden mejorar o empeorar el estado emocional.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El trabajo es original, no ha sido publicado anteriormente ni presentado simultáneamente a otra publicación.



BIBLIOGRAFÍA

1. Albarracín G, Rovira J, Carreras L y Rejas J. (2008) Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3):165-176.
2. Alberdi-Sudupe, J., Fernández-Díaz, A., y Iglesias-Gil, F. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clínica*, 74(4), 161-174.
3. Baculima, L.P., Iñamagua, A.B. y Sánchez, M.C. (2014). Trastornos psiquiátricos no diagnosticados en pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2014. Cuenca (Ecuador) (Tesis para la obtención del grado de Bachelor). Recuperado a partir de <http://dspace.uccuenca.edu.ec/handle/123456789/21059>
4. Baldwin, R. (2002). Depressive disorders. En: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the Elderly*. Oxford: Oxford University Press, 627-676.
5. Bartels, S., Forester, B. y Miles, K.M. (2000). Mental health service use by elderly patients with bipolar disorder and unipolar major depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 8, 160-166.
6. Cardila, F., Martos, A., Barragán, A. B., Pérez-Fuentes, M.C., Moleró, M. D. y Gázquez, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.
7. Cardozo-Fernández, O. M., Aguilera-Gaona, E., Ferreira-Gaona, M. I., y Díaz-Reissner, C. V. (2017). Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(1), 48-56.
8. Carreiras, C., y Facal, D. (2017). Ansiedad en las personas mayores de 50 años. Datos de un estudio representativo de la población mayor en España. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 52(4), 197-200.
9. Chaurand, A., Feixas, G., Neimeyer, R., Salla, M., y Trujillo, A. (2015). Historia de pérdidas y sintomatología depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 179-188.
10. Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
11. Costa-Requena, G., Rodríguez-Urrutia, A., Calvo, E., y Parramon, G. (2015). Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (115), 11-15.
12. Crespo-Domínguez, F. Castellón-Lozano, R., Cárdenas, A. S. y Saavedra de la Cruz, A. (2014). Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(2).
13. Díaz-Nolazco, M. A., Corimanya-Capitán, B. N., Soto-Cáceres, V., y Díaz-Vélez, C. (2017). Psicopatología de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Lambayeque, enero 2015. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 9(3), 157-163.
14. Domínguez Villizhañay, J. D. (2014). Prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2011. Cuenca (Ecuador) (Tesis de Master).
15. ENS (1997). Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
16. Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano, A., Almansa, J., Codony, M. y Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500.
17. García, A. y Costas, M. (2010). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población residencial del Área Sanitaria de Ferrol. *Psicogeriatría*, 2(1), 35-39.
18. García-Ramos, R., López-Valdés, E., Ballesteros, L., Jesús, S., y Mir, P. (2016). Informe de la fundación del cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. *Neurología*, 31(6), 401-413.
19. Gili, M., Campayo, J. G., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108.
20. Giner, L. y Guija, J.A. (2014). Number of suicides in Spain: Differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 139-146.
21. Grau, A., Suñer, J., Abulí, A. y Comas, L. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120(10), 370-375.
22. Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
23. Hernández Salazar, T., Figueroa, C., Ramos del Río, B., y Alcocer, L. (2013). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Psicología y Salud*, 24(1), 25-34.
24. Llorens, M., Irigoin, V., Prieto, J., Tortorolo, A., Guerrini, V., Lamas, L., y Calvelo, E. (2009). Características clínicas del síndrome confusional en un hospital general: factores de riesgo y factores precipitantes. *Archivos de Medicina Interna*, 31(4), 93-98.
25. Lobo, A., (2000). *Psiquiatría de enlace*. En: Farreras, I. y Rozman, C., *Tratado de Medicina Interna*. Barcelona: Harcourt Brace.
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España, edades 2011-2012. Madrid: MSSSI, 2013. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Prese220113134906000.ppt#256,1>
27. Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal Psychiatry*, 1, 98-105.
28. O'Keefe, S. y Lavan, J. (1997). The prognostic significance of delirium in older hospitalised patients. *Journal American Geriatric Society*, 45, 247-248.
29. Osuna-Pozo, C. M., Ortiz-Alonso, J., Vidán, M., Ferreira, G., y Serra-Rexach, J. A. (2014). Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 49(2), 77-89.
30. Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., y DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1133-1142.
31. Rodríguez-Marín, J. (1995). El paciente en el medio hospitalario. En J.M. Latorre (Coord.), *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid: Síntesis, 191-202.
32. Romero Delgado, F., Domingo Rubio, R., Barahona-Hernando, R., y Rodríguez-Gómez, O. (2015). Demencias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4297-4305.



Interconsultas de psiquiatría en un hospital general:

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:32-41.

M.R. Alonso y cols.

-
33. Sajatovic, M. y Chen P. (2012) Trastorno bipolar geriátrico. *Psiquiatría Biológica*, 19 (3),76-83.
34. Salazar, C. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para la obtención del grado de doctor en Medicina. Lima: Universidad Ricardo Palma. Recuperado de <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/454>
35. Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., y Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491.
36. Tartaglino, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V., y Stefani, D. (2017). Prevalence of geriatric depression and alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, 20(4), 516-524.
-