

NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

PSYCHOSOMATICS AND LIAISON PSYCHIATRY SECTION

Ignacio Gómez Reino¹, Jesús Artal², Iris Tolosa³, Gemma Mestre Bach⁴, Jorge Lázaro⁵

¹Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace. Prof. Asociado F. de Medicina de la USC. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ²H. Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Psicóloga. Hospital Universitario Dexeus. ⁴Psicóloga. Hospital Universitario Dexeus. Universidad Internacional de la Rioja. ⁵Psiquiatra. Equipo de Interconsulta y de Enlace. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Profesor Colaborador (venia docendi) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

RELACIÓN MEDICO-PACIENTE



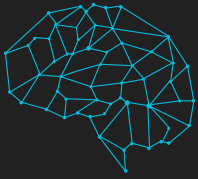
INFRavalorado Y OLVIDADO: LA IMPORTANCIA DE LOS ESPACIOS PRIVADOS EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

UNDERVALUED AND OVERLOOKED: THE IMPORTANCE OF PRIVATE SPACE IN LIAISON PSYCHIATRY.

BJPsych Advances (2022), page 1 of 3

Palabras clave: Psychiatric assessment; communication; private space in general hospitals; clinical governance; risk assessment

Resumen: El acceso a espacios privados para evaluaciones psiquiátricas es crucial para facilitar la recopilación efectiva de información relevante, mientras se preserva la dignidad de los pacientes. En este artículo, se discute la disponibilidad actual de espacios privados para los servicios de psiquiatría de enlace en las salas de los hospitales generales y se reflexiona sobre cómo afecta a la comunicación con los pacientes. Además, se proponen soluciones a los dispositivos de atención médica para abordar este problema.



Comentario: Este artículo se centra en un aspecto, que a mi entender suele olvidarse en el diseño de las unidades Médico-Quirúrgicas, como es, **la privacidad**. Este es un elemento clave en el establecimiento de la **relación médico-paciente** que a su vez condiciona la recopilación de una información valiosa para el diagnóstico y el tratamiento.

Además, es un componente que se debería incluir en los estándares de acreditación de las unidades de psiquiatría psicósomática y de enlace tal y como lo hace el Royal Collage en Inglaterra.

El artículo señala también que coincidiendo con la **epidemia de covid**, muchos espacios utilizados para las entrevistas a los pacientes y que podían ser ocupados por los psiquiatras se han convertido en almacenes o lugar de descanso para un personal fuertemente estresado.

La información que se maneja en las entrevistas suele ser altamente confidencial y sensible, y **es inapropiado discutir ideación suicida, traumas previos o situaciones estigmatizantes en un ambiente que no sea privado. Además, a esta falta de privacidad se le une las interrupciones** que con frecuencia pueden ocurrir en las habitaciones al entrar otro personal sanitario (enfermería o médicos) o de servicios (limpieza, comida) que pueden interrumpir líneas de preguntas que no se retomarán o lo harán sin llegar al lugar donde podrían haber llegado.

Una posible solución podría **ser reubicar a los pacientes fuera de la habitación**, en una zona de evaluación privada, pero **esto discriminaría al grupo de pacientes encamados o con baja movilidad**. Otra opción podría ser **sacar a los otros pacientes de la habitación**, pero se necesitarían celadores o personal de enfermería si la deambulación del paciente es dificultosa o necesitaría un lugar para poder esperar mientras se realiza la entrevista.

Aunque esta reflexión se centra en las salas de hospitalización, **el servicio de urgencias** presenta desafíos específicos en la evaluación de los pacientes psiquiátricos. La sobreestimulación a que un servicio de urgencias puede someter a un paciente con una crisis de salud mental puede favorecer la agitación. Por otra parte, los pacientes psiquiátricos que no tienen problemas físicos serios pueden tener tiempos de espera considerables antes de ser evaluados, lo que puede exacerbar su angustia y aumentar riesgos de alteraciones de conducta.

Por lo tanto, un entorno físico inadecuado no solo pone en riesgo la **dignidad del paciente, también inhibe la información que se puede recopilar** de encuentros porque

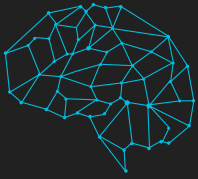
el paciente se siente incómodo divulgando información y el médico pidiéndola. En psiquiatría esto es especialmente pertinente, ya que la historia que da un **paciente es crucial para diagnóstico**, evaluación y gestión de riesgos.

La disposición de espacios privados en los hospitales generales es muy variable y depende del propio diseño de cada hospital. Los nuevos se están diseñando con un mayor número de habitaciones individuales, lo que reduce las infecciones nosocomiales y mejora el sueño y la privacidad. Pero en la mayoría de los hospitales siguen predominando las habitaciones dobles. Una solución podría ser convertir las salas del staff en zonas para realizar estas entrevistas. Pero esto sin duda complicaría el bienestar del personal sanitario, en un momento donde el covid ha erosionado la salud de muchos sanitarios. En respuesta a esta situación los hospitales en UK ha promovido lo que denominan **'wobble rooms'**, que son espacios alejados del ambiente clínico, que promueven la resiliencia psicológica. En el artículo se defiende la necesidad del mantenimiento de estos dispositivos ya que permite conseguir un estado en el personal que mejora la comunicación con los pacientes y disminuye los errores y las consecuentes demandas al hospital.

Una solución alternativa puede ser crear espacios privados en algunas habitaciones individuales, o salas compartidas para varias unidades que tenga una forma transparente y fácil de reservarse para que familiares y personal sanitario las puedan utilizar.

Como conclusión señalan que se ha denunciado la actual falta de disponibilidad de espacios privados para evaluaciones psiquiátricas en hospitales generales como un problema importante dentro de la psiquiatría de enlace y para los pacientes. Los entornos físicos inadecuados para las evaluaciones dificultan la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud. Esta falta de privacidad es probablemente un problema generalizado que necesita una mayor conciencia entre los profesionales de la salud y los directivos de los hospitales.

Leyendo el artículo he ido repasando mentalmente las situaciones en las que nos encontramos todos los psiquiatras de enlace en nuestro trabajo hospitalario y como la privacidad es uno de los elementos que brilla por su ausencia. En nuestra unidad alrededor del 30% de los pacientes pueden ser vistos solos en la habitación o un despacho, bien porque la habitación es individual, o porque el paciente se puede desplazar o se desplaza el compañero de habitación.

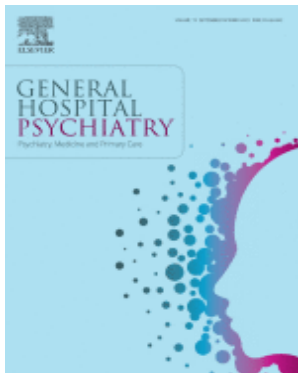


Todas y cada una de las situaciones señaladas en el artículo las sufrimos diariamente incluyen las interrupciones de otro personal del hospital durante las entrevistas, sin que en muchas ocasiones se solicite permiso para realizar la tarea, o simplemente se golpee la puerta previamente a entrar en la habitación. La utilización de despachos vacíos (cuando los hay), o de las salas de estar de familiares o comedores de pacientes son otras alternativas que solemos utilizar. Por último, una alternativa que no señala el artículo sería un cartel colocado en la puerta de la habitación con la indicación que se está haciendo una entrevista y solicitando no interrumpir.

La atención en urgencias merece una atención especial por los comentarios señalados en el artículo y por el deficiente aislamiento de despachos y boxes que hace, que si por ejemplo un despacho de entrevistas se sitúa al lado de la sala de estar del staff, las conversaciones relajadas o los ruidos de la cafetera o microondas, se entremezclen con los llantos de una paciente que relata cómo se encontró a un hijo muerto, o la desesperación de un paciente relatando como intento quitarse la vida a la que no ve sentido.

Bibliografía: James Booker & Victoria Cleak Undervalued and overlooked: the importance of private space in liaison psychiatry BJPsych Advances (2022), page 1 of 3 Doi: 10.1192/bja.2022.50

PSICOCARDIOLOGIA



**ACTIVIDAD FÍSICA
Y SALUD CARDIO-
VASCULAR EN
DEPRESIÓN.
RELACIÓN ENTRE
LA ACTIVIDAD
FÍSICA Y EL RIESGO
CARDIOVASCULAR**

**PHYSICAL ACTIVITY
AND CARDIOVASCULAR HEALTH IN DEPRESSION :
LINKS BETWEEN CHANGES IN PHYSICAL ACTIVITY
AND CARDIOVASCULAR RISK.**

Gen Hosp Psychiatry.2022; 78 (July):35-41

Palabras clave: Depression. Physical activity. Cardiovascular disease, Myocardial infarction. Ischemic stroke.

Resumen: Objetivo: Examinar la asociación entre los cambios en la actividad física antes y después de un diagnóstico de depresión y los riesgos de enfermedades cardiovasculares (ECV) y mortalidad por todas las causas.

Método: Se incluyeron en los análisis un total de 1.282.160 pacientes con depresión. Los sujetos se dividieron en cuatro grupos (nunca, inició, mantenimiento y discontinuación) en función de los cambios en la actividad física antes y después del diagnóstico de depresión. Se evaluó la frecuencia de ECV incluyendo infarto de miocardio (IM) y el ictus isquémico (ACV) y la mortalidad por todas las causas.

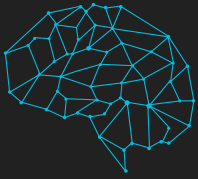
Resultados: El grupo de **inició** mostró una disminución de los riesgos de IM (índice de riesgo ajustado [aHR]: 0,85; 95% Intervalo de confianza [IC]: 0,81-0,89), ACV (aHR: 0,89; IC 95%: 0,85-0,93) y mortalidad por todas las causas (aHR: 0,80; IC del 95%: 0,77-0,82) que el grupo **nunca**. En comparación con el grupo de **mantenimiento**, el grupo de **discontinuación** mostró mayores riesgos de IM (aHR: 1,15; IC 95%: 1,08-1,23), ACV (aHR: 1,13; IC 95%: 1,06-1,21), y mortalidad por todas las causas (aHR: 1,29; IC 95%: 1,23-1,35).

Conclusiones: Iniciar actividad física regular tras el diagnóstico de depresión se asoció con una disminución de riesgo cardiovascular. Interrumpir la actividad física regular después de un diagnóstico de depresión se asoció con un mayor riesgo cardiovascular.

Comentarios: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las mayores contribuidoras a la discapacidad y originan un tercio de la mortalidad global. Existe una relación entre depresión y el riesgo de ECV. Diversos metaanálisis señalan que el riesgo de IM y ACV se incrementa en un 30% en pacientes depresivos.

Los propios síntomas de depresión pueden hacer a estos pacientes tengan menos motivación para realizar ejercicio físico. Por otra parte, también hay datos que demuestran que realizar actividad física es una buena estrategia para reducir los síntomas depresivos.

La inactividad física es un factor de riesgo. para ECV. La OMS recomienda entre 150-300 mn de ejercicio aeróbico intensidad moderada semanal o 75-150mn de vigoroso para disminuir la mortalidad por ECV y cualquier otra causa. Hasta el momento había pocos estudios sobre esta relación y mostraban resultados no concluyentes.



El objetivo del estudio fue determinar a la asociación longitudinal entre el cambio en PA (actividad física), antes y después del diagnóstico de depresión y el riesgo de ECV, incluyendo IM y ACV, entre personas con depresión usando los datos del estudio nacional de cohortes de Corea del Sur.

El estudio demuestra en primer lugar, que entre los que no habían realizado actividad física antes del diagnóstico de depresión, los que comenzaron a realizar actividad física después del diagnóstico muestran una disminución del riesgo de IM y ACV isquémico en comparación con los que permanecieron físicamente inactivos.

En segundo lugar, entre los que habían practicado PA antes del diagnóstico de depresión, y dejaron de practicar PA después del diagnóstico mostraron mayores riesgos de IM y ACV isquémico en comparación con los que siguieron practicando PA.

En tercer lugar, los grados de cambio en los riesgos cardiovasculares fueron prominentes en pacientes de mediana edad y ancianos en comparación con los pacientes adultos jóvenes.

Los resultados muestran que el riesgo de ECV puede bajar entre un 11 y 15% tras el inicio de ejercicio regular. Todo ello a pesar de la elevada proporción de factores para ECV como diabetes, hipertensión y dislipemia. Comparando los 4 grupos el riesgo puede bajar entre el 20 y 22% entre los que practican PA regularmente y los que no la hacen.

El porcentaje de pacientes que previamente no hacían PA y la inician tras el diagnóstico de depresión es del 16%. Diversos estudios demuestran que en pacientes depresivos que realizan actividad regular física los síntomas de depresión podrían reducirse hasta en un 29%.

En el estudio, el riesgo cardiovascular según cambios en la PA fue diferente entre grupos de edad. No se puede descartar la posibilidad de que los resultados no significativos o inconsistentes en adultos jóvenes fueran causados por el pequeño número de eventos ECV. Sin embargo, también debemos tener en cuenta que existen diferencias características entre el inicio temprano y tardío de la depresión. La primera es que el inicio más temprano se asocia con una mayor carga genética. Algunos estudios señalan que los jóvenes con un mayor riesgo familiar de depresión tenían más probabilidades de mostrar perfiles cardiovasculares modificados a pesar de la ausencia de síntomas depresivos, lo que sugiere que la vulnerabilidad a la enfermedad cardiovascular podría preceder al inicio de la depresión. Esto podría significar que

existe una alta carga genética que estaría relacionada con su vulnerabilidad cardiovascular, lo que a su vez atenuaría los beneficios efecto de PA.

Otra diferencia es que, en los pacientes con inicio temprano, la depresión es propensa a mostrar características atípicas, incluido un aumento de apetito o peso, mientras que aquellos que tienen una edad de inicio más tardía son propensos a mostrar depresión melancólica caracterizada por disminución de apetito o pérdida de peso. En otras palabras, dependiendo de la edad de inicio, los síntomas de la depresión que afecta el riesgo cardiovascular podrían aparecer en direcciones opuestas.

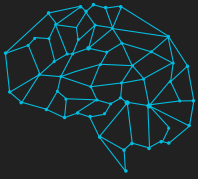
Las **fortalezas** de este estudio son el elevado número de eventos siendo 20,368 IAM y 21,659 ACV isquémicos. Además, los factores de riesgo para ECV, incluyendo el tabaquismo, el consumo de alcohol y las condiciones metabólicas (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, IMC, glucosa, sangre presión y perfiles de lípidos), se incluyeron en los análisis. Además, se especificó quienes podrían beneficiarse de la prevención o manejo de ECV a través de análisis de subgrupos según grupos de edad.

Entre las limitaciones. Primero, identificamos el estado de la PA antes y después del diagnóstico de depresión en base a las respuestas de los individuos a un cuestionario. Lo que puede sesgar el recuerdo de los pacientes bien sobrestimando o subestimando el número de días que realizó PA.

En segundo lugar, se identificó el diagnóstico de depresión basado únicamente en datos recabados y diversa información clínica (p. ej., tipo de depresión, gravedad de la depresión y uso de medicamentos psicotrópicos) que no fueron incluidos en el análisis y puede afectar al nivel de PA.

En tercer lugar, los sujetos incluidos en los análisis fueron aquellos que habían participado en el programa nacional de detección de la salud consecutivamente antes y después del diagnóstico de depresión y esto podría conducir a un sesgo de selección. Los sujetos elegibles tenían más probabilidades de participar en comportamientos que promueven la salud que aquellos que fueron excluidos porque no habían participado en los programas de detección de salud.

Cuarto, aunque aquellos que tenían ECV antes del segundo día de evaluación de salud fueron excluidos, aquellos que tenían una manifestación temprana de ECV (por ejemplo, angina) o síntomas subclínicos (por ejemplo, mareos, dificultad para respirar después del esfuerzo o el ejercicio y la sudoración) pueden experimentar dificultades para estar



físicamente activo, y posteriormente desarrollar IM o accidente cerebrovascular isquémico.

Bibliografía: Kim H, Yoo J, Han K, Jin H. Physical activity and cardiovascular health in depression : Links between changes in physical activity and cardiovascular risk. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2022;78(July):35–41. Available from:<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2022.07.002>

Información adicional: El **ejercicio aeróbico** se basa en el desarrollo de actividades con menor intensidad que las realizadas en el ejercicio anaeróbico, pero durante periodos de tiempo más largos (andar, correr, nadar y montar en bicicleta), con el objetivo de conseguir mayor resistencia. Las personas que quieren adelgazar suelen realizar este tipo de ejercicio porque quema grasa y, además, al utilizar mucho oxígeno, incrementa la capacidad pulmonar y es beneficioso para el sistema cardiovascular. A diferencia del ejercicio anaeróbico, el aeróbico no aumenta la masa muscular.

El **ejercicio anaeróbico** consiste en realizar actividades de alta intensidad como el levantamiento de pesas, carreras cortas a gran velocidad, hacer abdominales, o cualquier ejercicio que precise mucho esfuerzo durante poco tiempo. Los músculos entrenados con el ejercicio anaeróbico ofrecen mayor rendimiento al realizar actividades de corta duración y gran intensidad, por lo que este tipo de ejercicio se utiliza para adquirir potencia y masa muscular, y sirve para fortalecer el sistema musculoesquelético

Tomado de: <https://www.webconsultas.com/ejercicio-y-deporte/vida-activa/tipos-de-deporte/introduccion-1887>

Recomendaciones OMS actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

GESTION Y ORGANIZACIÓN



UNA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE UN ESTUDIO PILOTO DE CONSULTA PROACTIVA EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN COMPARACIÓN CON LA CONSULTA A DEMANDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA HOSPITALARIA

AN ECONOMIC EVALUATION OF A PROACTIVE CONSUL-LIAISON PSYCHIATRY PILOT AS COMPARED TO USUAL PSYCHIATRIC CONSULTATION ON DEMAND FOR HOSPITAL MEDICINE.

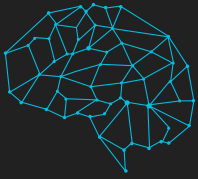
J Acad Consult Psychiatry 2022;63(4):363–71

Palabras Clave: consultation-liaison psychiatry, health care economics and organizations, cost-benefit analyses, length of stay/statistics and numerical data, length of stay/economics

Resumen: Un número creciente de artículos demuestra en la literatura el valor del modelo proactivo en los sistemas sanitarios desarrollado desde la psiquiatría de enlace, mediante la reducción en la duración de la estancia hospitalaria.

Objetivo: Evaluamos el retorno de la inversión de un programa piloto de psiquiatría de enlace de consulta proactiva de 1 año en una unidad de medicina hospitalaria.

Métodos: Utilizamos un método pre-post con una comparación activa de tres unidades de medicina hospitalaria con consulta psiquiátrica regular a demanda. Dotamos a la unidad piloto de un psiquiatra a tiempo completo que se centró en la detección temprana de casos, la comunicación estrecha con el personal de la unidad, las visitas de seguimiento frecuentes y la planificación proactiva del alta. Evaluamos el cambio al año en la duración media de la estadia para todos los pacientes que recibieron consulta psiquiátrica, a partir



del cual estimamos el margen de contribución directa de los rellenos de camas (estancias) y el retorno de la inversión del programa.

Resultados: En la unidad piloto el porcentaje de altas que recibieron consulta psiquiátrica aumentó del 7,34% al 13,79%, y la estancia de los pacientes que consultaron disminuyó en una media de 1,82 días ($P < 0,05$), frente a un aumento de 0,15 días ($P < 0,05$) en las unidades de atención habitual. La reducción de la duración de la estancia en la unidad piloto permitió ahorrar 451,71 días en total, lo que permite cubrir 73,81 camas, un margen de contribución directa de 419.343 dólares (intervalo del 95%, de 50.754 a 787.933 dólares), un margen de contribución directa neta de 298.245 dólares (70.344 a 666.835 dólares), y un rendimiento de la inversión del 132% (231% a 295%).

Conclusión: Este estudio fortalece la evidencia existente sobre la rentabilidad relativa de la psiquiatría de enlace de consulta proactiva para medicina hospitalaria en comparación con la consulta psiquiátrica habitual a demanda.

Comentario: Una nueva aportación que demuestra la utilidad económica y clínica de la consulta proactiva. Imprescindible en nuestras listas de lectura sobre gestión clínica.

Bibliografía. Bronson BD, Alam A, Calabrese T, Knapp F, Schwartz JE, Ph D. Original Research Article An Economic Evaluation of a Proactive Consultation-Liaison Psychiatry Pilot as Compared to Usual Psychiatric Consultation on Demand for Hospital Medicine. *J Acad Consult Psychiatry* [Internet]. 2022;63(4):363–71. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.12.008>.



(*1) CREENCIAS MORALES Y SISTEMA SANITARIO

Iris Tolosa

(*2) Keywords: COVID-19, healthcare professionals, healthcare system, moral distress, organizational support

Antecedentes: La angustia moral, o la incapacidad de actuar de manera congruente con las creencias morales, ha sido motivo de preocupación para los profesionales de la salud, especialmente desde la pandemia de COVID-19. Las enfermeras de los hospitales se ven particularmente afectadas en sus roles con las crecientes presiones y demandas administrativas.

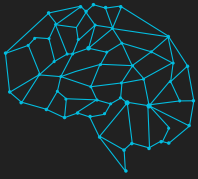
Métodos: En el presente estudio se examinó si el apoyo general y el apoyo específico recibido por el COVID en organizaciones de atención médica predijo angustia moral en una muestra de enfermeras en centros hospitalarios. Un total de 248 enfermeras completaron la Medida de Angustia Moral para Profesionales de la Salud, La Encuesta de Apoyo Organizacional Percibido, La Encuesta de Apoyo Organizacional por COVID y La Escala de Clima Ético Hospitalario.

Resultados: Se encontró que el apoyo organizacional general y relacionado con COVID fueron predictores de angustia moral después de controlar por edad, género, trabajo en una unidad de cuidados intensivos y clima ético.

Conclusiones: Los hallazgos respaldan la necesidad de una estrategia integral para abordar la angustia moral, incluidos los esfuerzos institucionales para transmitir apoyo y compromiso. Las estrategias de angustia moral pueden experimentarse de manera diferente en función de la identidad de género.

Comentario: Se resalta la necesidad de evaluar la angustia moral y el clima ético en entornos hospitalarios y poder así dar voz a las necesidades de los trabajadores sanitarios.

Bibliografía: Abigail L Latimer, Melanie D Otis, Gia Mudd-Martin, Debra K Moser (2022). **Moral distress during COVID-19: The importance of perceived organizational support for hospital nurses.** *Journal of Health Psychology*.



ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



Os presento tres enlaces con una ingente cantidad de material para estudiar y formarnos que nos proporciona de manera gratuita la academia de psiquiatría americana de Interconsulta y enlace. Seguro que si buceáis por la web encontrareis videos y más información, pero eso lo dejo a vuestra curiosidad e ímpetu aventurero.

1. <https://aclp.sclivelearningcenter.com/MVSite/MVStore.aspx>

En este enlace disponéis de distintos materiales presentados en las reuniones anuales de la academia de psiquiatría de interconsulta y enlace americanas entre 2013 y 2019. Os permite bajaros las presentaciones y los archivos mp3 de las sesiones. Parece que el material estará a disposición de manera gratuita hasta el 31 de diciembre de 2022. Hay una pestaña que permite seleccionar el tipo de sesión que deseáis ver. Es tanta la información que podéis obtener y de tan diferentes temas que es difícil destacar una sobre otras. Quizás los intereses de cada uno sea la mejor guía. En cualquier caso, el **update de Liaison Psychiatry de 2019** tiene una magnífica presentación del delirium psiquiátrico de trasplantes y Psicocardiología entre otras (más de 300 diapositivas y 3 horas de audio). Todo un reto.

2. <https://www.clpsychiatry.org/training-career/resident-information/resident-curriculum-preview/>

En esta página se presentan una serie de guías para consultas frecuentes en la interconsulta y el enlace. Se organizan en diferentes apartados necesarios para completar cada consulta. Las guías fueron escritas por miembros de ACLP que son expertos reconocidos en las áreas respectivas. Los temas van desde cómo hacer una consulta, a crear un plan conductual individualizado para un paciente, la catatonia, el manejo de clozapina o psicofármacos tras cirugía bariátrica etc. En estos momentos hay 13 guías disponibles.

3. <https://www.clpsychiatry.org/training-career/resident-information/resident-curriculum-preview/>

Por último, os presento este enlace a una serie de 20 presentaciones, desarrolladas por el Subcomité de Educación de Residencia de la ACLP, sobre temas centrales en psiquiatría C-L. Estos temas están adaptados al nivel educativo de un residente junior en psiquiatría. Las presentaciones pueden ayudar a los tutores a capacitar a sus residentes en este apasionante campo. La serie de 20 conferencias fue escrita por miembros de ACLP que tienen una larga trayectoria en su campo.

Iris Tolosa

1. <https://www.dolor.com/es-es/formacion/cursos-online>

En este enlace encontramos distintos cursos de formación sobre atención al dolor. Cursos impartidos por enfermeras, psicólogas, psiquiatras y otros profesionales expertos en dolor.

2. <https://www.fsme.es/guia-mmcc-1/>

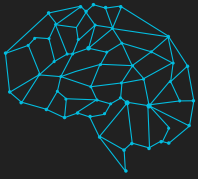
Encontramos en este enlace de la Fundación española para la prevención del suicidio, información, cursos y guías para la prevención del suicidio

RESEÑAS DE JORNADAS, CONGRESOS, CURSOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

EL XXVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOGERIATRÍA TENDRÁ LUGAR, EN FORMATO HÍBRIDO, EN EL PALACIO DE CONGRESOS CONDE ANSÚREZ DE VALLADOLID DEL 29 DE SEPTIEMBRE AL 1 DE OCTUBRE DE 2022.

El próximo 30 de septiembre tendrá lugar durante el congreso Nacional de Psicogeriatría una mesa sobre Psicogeriatría en Psiquiatría de enlace. Os dejamos información sobre la misma y os animamos a participar en este apasionante



mundo que sin duda a los psiquiatras de enlace nos toca muy de cerca y donde ambas subespecialidades tienen tanta relación. Os dejamos además un comentario sobre la relación de ambas disciplinas elaborado por Jorge Lázaro especialmente para la sección.

Necesidades y Particularidades de la atención Psicogerétrica en Psiquiatría de enlace. (en colaboración con el Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental)

Moderador: Fernando Uribe Ladrón de Cegama

Bases y particularidades de la interconsulta psicogerétrica.
Antonio Lobo Satúe

Papel de los cuidados psicogerétricos en la interconsulta hospitalaria. María Luz Ibáñez Garrote

Programas de Enlace con las Unidades de Dolor y Raquis. Características diferenciales de la población geriétrica

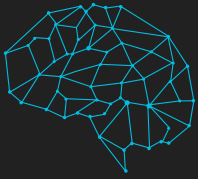
Antonio Serrano García

Psicofarmacología adaptada a la comorbilidad y fragilidad en el adulto mayor Jorge Lázaro Archilla.

Comentario de Jorge Lázaro

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

Psiquiatra. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense



JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH

MALTRATO INFANTIL Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO



THE ASSOCIATIONS BETWEEN CHILDHOOD MALTREATMENT AND PREGNANCY COMPLICATIONS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META- ANALYSIS

LAS ASOCIACIONES ENTRE EL MALTRATO INFANTIL Y LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META- ANÁLISIS

Audrey Kern, Bassam Khoury, Alesha Frederickson, Rachel Langevin

Keywords: pregnancy complications, childhood maltreatment

El maltrato en la infancia podría estar asociado a las complicaciones del embarazo. Por ello, los autores del

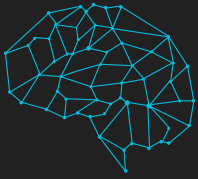
presente estudio tuvieron como objetivo revisar sistemáticamente y sintetizar cuantitativamente la fuerza de las asociaciones entre los antecedentes maternos de maltrato infantil y distintas complicaciones en el embarazo, principalmente el riesgo de parto prematuro, el bajo peso al nacer y la diabetes gestacional.

En la presente revisión sistemática y meta-análisis se llevaron a cabo búsquedas en MEDLINE, PsycINFO y Web of Science Core Collection. Los autores incluyeron los estudios originales o las disertaciones que exploraron las asociaciones cuantitativas entre el maltrato infantil y cualquiera de las complicaciones en el embarazo descritas anteriormente. Teniendo en cuenta estas características, los autores revisaron 28 estudios y 22 fueron meta-analizados. Se observó que el maltrato en la infancia se asoció con los tres factores explorados: el parto prematuro (OR = 1,27; IC del 95%: 1,06-1,52; p = 0,001), el bajo peso al nacer (OR = 1,42; IC del 95%: 1,10-1,83; p = 0,001) y la diabetes gestacional (RR = 1,37; IC del 95%: 1,02-1,83; p = 0,030). Sin embargo, cabe destacar que se obtuvieron resultados heterogéneos. Asimismo, los resultados no fueron significativos en aquellos estudios que examinaron la edad gestacional y el peso al nacer como variables continuas.

Los resultados del presente estudio sugieren que, bajo determinadas condiciones, el maltrato infantil se asocia a distintas complicaciones durante el embarazo. Las investigaciones futuras deben aclarar los mecanismos subyacentes a estas asociaciones. Asimismo, la exploración exhaustiva del maltrato y el trauma resulta esencial a fin de adaptar la atención adecuada a las mujeres embarazadas.

Iris Tolosa

Hospital Universitari Dexeus Barcelona (colab.)



¿PSICOGERIATRÍA, OPORTUNIDAD O NECESIDAD EN LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE?

La organización mundial de la salud, a través de su proyecto de la *Década del envejecimiento saludable*, ha fijado como objetivo mejorar las vidas de las personas mayores. Se encuentra vinculado a la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible⁽¹⁾. Todas las previsiones apuntan a un crecimiento de la población mayor de 60 años en las próximas tres décadas cercano al doble⁽²⁾. Parece por lo tanto que nos encontramos en un momento apropiado para mirar con más detenimiento a esta población y sus características para mejorar su salud. El medio hospitalario no sólo es un lugar de atención a la enfermedad; también puede ser una palanca muy poderosa promotora de salud, una oportunidad de detección de vulnerabilidad o un agente de iatrogenia. En una franja etaria tan particular, con las mayores diferencias interindividuales biológicas del ciclo de la vida, la psiquiatría de enlace y psicósomática deberá estar a la altura en estos tiempos. El envejecimiento de la población es un fenómeno que no esperará a negacionistas; quien no esté preparado (sociedad civil, gobiernos, sector privado o profesionales de la salud) correrá el riesgo de ser desbordado y cometerá la necesidad de no ajustarse a las nuevas viejas realidades. Ya Lipowski⁽³⁾ en los albores de la psicósomática y psiquiatría de enlace señaló la necesidad de adquirir especiales conocimientos en psicogeriatría para desarrollar un trabajo de calidad en esta disciplina. Próximamente la Sociedad Española de Psicogeriatría celebrará su XIX congreso nacional (3-4 de noviembre)⁽⁴⁾. En esta edición se realizará una colaboración con el Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental con la participación y coordinación de una mesa que abordará las *necesidades y particularidades de la atención psicoge-*

riátrica en psiquiatría de interconsulta y enlace. Además se expondrán actualizaciones relativas a patologías como el delirium, abuso de sustancias, trastornos de conducta, deterioro cognitivo, planificación compartida de cuidados, eutanasia, cuidados paliativos en el mayor, psicofarmacología y muchos otros temas relacionados con la atención del mayor. Parece obvio que todos ellos son problemas habituales en el día a día de cualquier interconsultor. Mirando el programa, se intuye que este congreso es una oportunidad. Mirando al futuro, la psicogeriatría en la interconsulta se postula como una necesidad.

Necesidades y Particularidades de la atención Psicogeriatrica en Psiquiatría de interconsulta y enlace. (en colaboración con el Grupo de Trabajo de Psicósomática de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental)

Moderador. Isabel Ramos García
Bases y particularidades de la interconsulta psicogeriatrica.
Antonio Lobo Satúe
Papel de los cuidados psicogeriatricos en la interconsulta hospitalaria. Maria Luz Ibáñez Garrote
Programas de Enlace con las Unidades de Dolor y Raquis. Características diferenciales de la población geriátrica
Antonio Serrano García
Psicofarmacología adaptada a la comorbilidad y fragilidad en el adulto mayor Jorge Lázaro Archilla

BIBLIOGRAFÍA:

1. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
2. Informe Mundial Obre Envejecimiento y Salud. Organización Mundial de la Salud. 2015
3. Lipowsky.1983.The Need To Integrate Liasion Psychiatry And Geropsychiatry. Am J Psychiatry. 1983 Aug;140(8):1003-5.
4. <https://congreso2022.sepg.es/pagina/programa>

Jorge Lázaro Archilla

Psiquiatra. Equipo de Interconsulta y de Enlace. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.
Profesor Colaborador (venia docendi) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.