



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

PSYCHOSOMATICS AND LIAISON PSYCHIATRY SECTION

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

¹Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Psicósomática 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.

RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Iris Tolosa



PSICOONCOLOGIA

(*1) APOYO SOCIAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER

(*2) Keywords: social support, coping strategies, cancer, types of cancer, systematic review, association

Antecedentes: El tipo de estrategias utilizadas para el afrontamiento en pacientes con cáncer ha sido muy explorado a lo largo de la historia. También, la manera en la que el modelo de afrontamiento puede interferir en el apoyo social o en la percepción de dicho apoyo.

Métodos: Los objetivos de esta revisión sistemática fueron (a) analizar estudios recientes sobre la asociación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer después de un diagnóstico establecido; (b) evaluar la dirección de esta asociación; y (c) resaltar cualquier diferencia entre los diferentes tipos de cáncer.

Se realizaron búsquedas en siete bases de datos en busca de estudios que informaran sobre la asociación entre el afrontamiento y el apoyo social para pacientes con cáncer en los últimos 51 años.

Resultados: La mayoría de los 52 estudios incluidos destacaron la asociación entre el afrontamiento y el apoyo social, independientemente de la fuente. Los hallazgos apoyaron una asociación bidireccional. No se encontraron diferencias significativas entre los diferentes tipos de cáncer.



ISSN 2565-0564

DOI: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatnum2311>



Conclusiones: En conclusión, los resultados sustentan la importancia del conocimiento en el estudio de esta asociación para identificar límites sociales y recursos para el bienestar de los pacientes oncológicos. Este conocimiento podría conducir a la creación de protocolos holísticos para prevenir la mala adaptación al cáncer.

Comentario: Se resalta la necesidad de tener en cuenta esta asociación bidireccional para poder mejorar la intervención psicológica y acompañamiento de los pacientes oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rossella Bottaro; Giuseppe Craparo and Palmira Faraci (2022). What is the direction of the association between social support and coping in cancer patients? A systematic review *Journal of Health Psychology* <https://doi.org/10.1177/1359105322113118>

Gemma Mestre Bach



DIABETES

(*1) SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DIABETES INCIDENTE

(*2) Keywords: depressive symptom, trajectory, diabetes, CHARLS

Antecedentes: Estudios previos han sugerido que la depresión puede tener un rol esencial en el desarrollo de diabetes. Es decir, tanto los síntomas depresivos como la depresión estarían asociados a un mayor riesgo de diabetes. Sin embargo, la trayectoria de los síntomas depresivos es cambiante a lo largo de la vida y pocos estudios han explorado este factor con relación al desarrollo de diabetes. Por lo tanto, los autores del presente estudio tuvieron como objetivo central describir las distintas trayectorias de los síntomas depresivos, así como explorar el valor predictivo de las trayectorias a largo plazo de los síntomas depresivos sobre la aparición de la diabetes.

Métodos: Se utilizaron datos del Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación de China (CHARLS). Concretamente, se incluyeron datos de 8806 participantes de hasta 45 años. Las trayectorias de los síntomas depresivos se identificaron

mediante un modelo de mezcla latente.

Resultados: Los datos identificaron cinco trayectorias de síntomas depresivos. Aquellos los individuos con síntomas depresivos más estables en el tiempo presentaron un mayor riesgo de desarrollar diabetes, en comparación con los individuos sin síntomas depresivos.

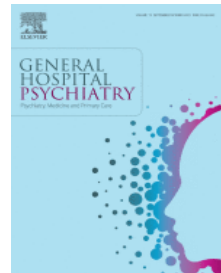
Conclusiones: Los síntomas depresivos a largo plazo podrían ser un fuerte predictor de diabetes.

Comentario: Los presentes hallazgos ofrecen directrices en relación con la prevención y el control de la diabetes. Los autores recomiendan verificar la aplicación potencial de las trayectorias de los síntomas depresivos como un posible método para detectar posible riesgo de diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xiaowei Zheng, Minglan Jiang, Xiao Ren, Longyang Han, Suwen Shen (2023). Distinct depressive symptom trajectories are associated with incident diabetes among Chinese middle-aged and older adults: The China Health and Retirement Longitudinal Study *Journal of Psychosomatic Research*.

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



DELIRIUM

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE SÍNTOMAS EN EL DELIRIUM: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

General Hospital Psychiatry 79 (2022) 60–75.

Palabras Clave: Delirium Agitation Antipsychotics Dexmedetomidine Pharmacologic agents

Objetivo: Se realiza una revisión sistemática, actualizada, integral y contemporánea para examinar la eficacia de los agentes farmacológicos existentes, empleados para el tratamiento de los síntomas del delirium en adultos hospitalizados.

Métodos: Se realizaron búsquedas en las bases de datos de PubMed, Scopus, Embase y Cochrane Library desde el inicio hasta mayo de 2021, para identificar estudios que



investigaran la eficacia de los agentes farmacológicos en el tratamiento del Delirium.

Resultados: De 11424 artículos obtenidos a partir de búsquedas, un total de 33 artículos (N=3030 participantes) de ensayos aleatorios o no aleatorios, en los que se comparó el tratamiento farmacológico con un comparador activo, placebo o ningún tratamiento, cumplieron todos los criterios y se incluyeron en esta revisión. Los medicamentos utilizados para el tratamiento de los síntomas del delirium incluyeron medicamentos antipsicóticos (N=27), agonistas alfa-2 (N=5), benzodiazepinas (N=2), antidepresivos (N=1), inhibidores de la acetilcolinesterasa (N=2), melatonina (N=2), opioides (N=1) y antieméticos (N=2). A pesar de los hallazgos algo contradictorios y la falta relativa de ensayos de alta calidad, parece que los medicamentos antipsicóticos (p. ej., Haloperidol, Olanzapina, Risperidona o Quetiapina) y la Dexmedetomidina tienen el potencial de mejorar los resultados del delirium.

Conclusiones: Los agentes farmacológicos pueden reducir los síntomas del delirium (p. ej., agitación) en algunos pacientes hospitalizados. Se necesitan con urgencia ensayos clínicos doble ciego, aleatorizados y controlados con placebo para investigar la eficacia de los agentes farmacológicos en diversas poblaciones hospitalizadas (p. ej., pacientes quirúrgicos, pacientes al final de su vida o en unidades de cuidados intensivos).

Bibliografía. Monika Sadlonova, Laura Duque, Diana Smith, Elizabeth N. Madva, Hermioni L. Amonoo, Jonathan Vogelsang J, Sophie C. Staton, Christine A.F. von Arnim, Jeff C. Huffman, Christopher M. Celano. Pharmacologic treatment of delirium symptoms: A systematic review. *General Hospital Psychiatry* 79 (2022) 60–75.

Comentario. El artículo nos proporciona diversos elementos de interés más allá de los resultados a los que llega. Por una parte, nos sugiere medidas para la evaluación de la eficacia en el tratamiento del Delirium como gravedad de los síntomas, duración del delirium, o la estancia media de los pacientes. También nos facilita información sobre instrumentos para el diagnóstico del delirium y la medición de su gravedad global o de síntomas específicos (como la agitación). Señala recomendaciones clínicas, de tratamiento e investigación futura en base a las evidencias existentes.

El metaanálisis incluye artículos publicados (1) en inglés, (2) con adultos mayores de 18 años, (3) los estudios podían estar aleatorizados o no y también se incluyen los cuasi aleatorizados, con tratamiento farmacológico comparado

con otro producto activo, placebo o sin tratamiento. (4) La evaluación de un tratamiento para un síntoma determinado como la agitación, (5) y diferentes medidas de resultado.

Para la evaluación del delirium y sus síntomas, las escalas más frecuentemente usadas eran: (1) Diagnóstico la CAM, la CAM-ICU y la Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC); (2) Severidad del delirium y de los síntomas la DRS-R-98 y la MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale); Agitación/Sedación la RASS. Finalmente, la impresión general de la severidad y de la evolución de los síntomas con la CGI y la BPRS.

Para la evaluación de los resultados del tratamiento se emplearon medidas de cambio de la severidad con las escalas previamente señaladas, respuesta a la medicación con criterios definidos del CGI y el BPRS. duración del delirium etc... Un segundo tipo de medidas tienen que ver con parámetros como el tiempo libre de ventilación mecánica, frecuencia de reintubación, cambio en los niveles de sedación o agitación con el RASS. Las complicaciones evaluadas van desde la necesidad de medicación de rescate, uso de contenciones, caídas, arrancamientos de catéteres, retraso de procedimientos etc. Por último, se mide la estancia media en la UCI y el hospital, la mortalidad y calidad y cantidad de sueño.

Esta primera parte del artículo nos proporciona conocimientos sobre las escalas más frecuentemente utilizadas para la evaluación del delirium y medidas de calidad que orientan la eficacia del tratamiento tanto directamente como de manera indirecta con distintas complicaciones o medidas de resultado final.

En relación con los tratamientos más allá de lo señalado por los autores en el resumen del artículo al inicio de este comentario, los diferentes artículos parecen demostrar que la Dexmedetomidina es el más efectivo de los tratamientos para pacientes hospitalizados. El problema de este medicamento es que solo se suele usar en la UCI por sus potenciales efectos adversos cardiovasculares. De los neurolepticos clásicos el Haloperidol muestra mejora en los resultados en algunos trabajos, pero no en todos. Especialmente hay que tener en cuenta que su utilización en pacientes paliativos parece aumentar el riesgo de mortalidad. Los neurolepticos atípicos Risperidona, Quetiapina y Olanzapina parecen ser efectivos en la mejora de la clínica del delirium y con resultados similares a otros neurolepticos. La Melatonina y la Mianserina se han usado con resultados esperanzadores, pero con mues-



tras muy pequeñas, por lo que habría que hacer estudios más amplios. Los datos con Rivastigmina no son suficientes para su recomendación en estos pacientes.

Otro de los puntos fuerte de este artículo es que se evalúan distintos escenarios en los que puede aparecer un delirium (UCI, paliativos y en salas médico o quirúrgicas). Según el tipo de unidad el delirium puede responder a diferentes causas e individualizar los tratamientos debería de tenerse en cuenta a la hora de la prescripción de la medicación. En paciente con enfermedad terminal, el confort de los pacientes es lo prioritario recomendando el uso de antipsicóticos para la agitación, cuando esta cause considerable estrés al paciente y las intervenciones no farmacológicas hayan fallado. Pero debemos clarificar el síntoma diana, minimizar la duración del tratamiento, y pautar la dosis mínima y con subidas muy lentas. En la UCI la Dexmetomidina parece ser la más efectiva para el tratamiento con propiedades ansiolíticas, analgésicas, sedativas, y no produce depresión respiratoria. En pacientes con problema de bradicardia o hipotensión los antipsicóticos serían mejor opción (quetiapina y olanzapina) y el haloperidol si se necesita vía intravenosa. En las salas medico quirúrgicas los antipsicóticos serían los de elección, eligiendo cual, en función de la vía de administración, el QTc o perfil de efectos secundarios. Señalan de nuevo que la melatonina puede tener una pequeña evidencia que necesita ser estudiada (las dosis utilizadas en los artículos van de 2,5 a 5mg).

En cuanto al diseño de futuros estudios recomiendan (1) screening con la CAM, LA CAM-ICU, o la ICDRS, (2) diagnóstico con criterios DSM-V o ICD-10, (3) en caso de dudas antes de incluir al paciente en el ensayo debe ser consultado un psiquiatra o medico psicólogo, (4) recomienda estandarizar las medidas de resultado. (5) Para los cambios en la severidad del delirium recomiendan la MDAS y la DRS-R-98. (6) Como medidas de resultados secundarios recomiendan la estancia media en la UCI y en el hospital, los efectos secundarios y las complicaciones del delirium, uso de medicaciones de rescate y mortalidad. (7) Los estudios deben ser doble ciego controlados con placebo, (8) centrarse en los delirium hiperactivos y con un plan preespecificado de rescate para asegurar un adecuado tratamiento del paciente que no responde a tratamiento. (9) Por último el consentimiento informado se debe obtener de un familiar cercano o tutor legal en caso de estar incapacitado.



INTENTOS DE SUICIDIO POR ARMA DE FUEGO

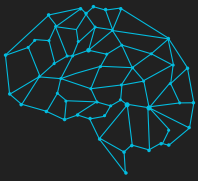
SESIÓN CLÍNICA DE CASO DE CONSULTA- ENLACE: DESPUÉS DE UNA LESIÓN POR ARMA DE FUEGO SESIÓN CLÍNICA DE CASOS EVALUACIÓN Y MANEJO PSIQUIÁTRICO

Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry 2022;
63:426-433

Se presenta el caso de una mujer de 23 años que es valorada por la unidad de Psiquiatría de enlace tras ingreso por múltiples heridas de bala. Los temas clave de enseñanza incluyen factores de riesgo para la victimización por violencia armada, evaluación de diagnósticos psiquiátricos asociados con lesiones por arma de fuego y desafíos de manejo que incluyen el acceso a la atención psiquiátrica. Específicamente, destacamos la alta prevalencia de trastornos relacionados con el trauma, por uso de sustancias y deterioro funcional después de una lesión por arma de fuego. También brindamos orientación práctica sobre cuestiones de evaluación de la letalidad, atención informada sobre el trauma, manejo psiquiátrico y recursos comunitarios que apoyen la recuperación.

Palabras clave: gunshot injury, gun violence, trauma-informed care, critical illness psychiatry.

Historia clínica: Se trata de una mujer de 23 años que sufre un allanamiento de su domicilio y que recibe 6 disparos de arma de fuego, produciéndose la muerte de su pareja. Se solicita una interconsulta para valorar la posibilidad de la existencia de un síndrome de estrés posttraumático. En la exploración inicial mostraba miedo a dormirse por la aparición de imágenes intrusivas del tiroteo, estaba muy ansiosa en relación con la posibilidad de volver a su domicilio y también a su trabajo, que estaba cerca de casa. Se sentía culpable por la muerte de la pareja y tenía miedo de que el agresor no hubiera sido detenido. No presentaba despersonalización, desrealización, amnesia disociativa o aplanamiento emocional.



Estaba satisfecha con el tratamiento en el hospital y negaba síntomas de retraumatización relacionados con el cuidado. Tampoco había ideación suicida, homicida o alucinaciones.

El estado afectivo previo al incidente revelaba situaciones intermitentes de ansiedad, episodios de crisis de ansiedad, consumo cinco días por semana de alcohol y ocasionalmente marihuana. En los antecedentes destacaba un cuadro de depresión mayor que llevaba en remisión tres años, un intento de autolisis con 18 años y síntomas afectivos tras sufrir abuso sexual con 15 años. Vivía en una ciudad rural pequeña, tiene tres hijos y es afroamericana. El diagnóstico inicial fue de T. adaptativo con ansiedad.

Comentario. En este primer relato de la historia creo que hay varios elementos que pueden ser de utilidad. Por una parte, el concepto de retraumatización en relación con el cuidado, que es uno de los elementos que posiblemente no tengamos en cuenta a la hora de atender a pacientes en situaciones estresantes similares. Os adjunto un enlace a una infografía que explica, a mi entender este concepto, de manera muy visual (<https://socialwork.buffalo.edu/content/dam/socialwork/social-research/ITTIC/trauma-informed-care-infographic.pdf>).

Otro elemento común y frecuente en la interconsulta es la estancia corta de los pacientes tras la petición, lo que condiciona las intervenciones y debe llevarnos a reflexionar como poder protocolizar estas situaciones para evitar que el paciente se pierda en la telaraña del sistema sanitario. Además, en estos caso se abre otra derivada como es el propio diagnóstico y su correcta codificación, si seguimos los criterios de los manuales habituales. Hasta que pasen tres días no se puede diagnosticar de estrés agudo y hasta que pase un mes de estrés postraumático.

El artículo señala luego un apartado donde se hace un repaso de los determinantes sociales, que juegan un papel fundamental en muchas de las patologías que vemos habitualmente y sobre todo en este tipo concreto pacientes como son situaciones estresantes previas (en la infancia) que pueden servir como base para favorecer la victimización en la edad adulta. La exploración de estas situaciones en la historia clínica es otra enseñanza que nos recuerda este artículo. Las dificultades de acceso a los recursos, la inequidad de las oportunidades económicas, o la marginación aumentan la posibilidad de verse expuesto a la violencia.

El apartado siguiente nos da guías para la evaluación de este tipo de situaciones, con una muy aprovechable Tabla

que sistematiza la exploración. Introduce el concepto de principios de cuidados de trauma informado (TIC), (os dejo un enlace a un documento que lo explica https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf).

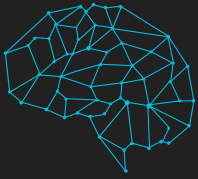
Los elementos generales para examinar son los síntomas de SEPT, presencia de clínica depresiva o ansiosa previa, abuso de sustancias o síntomas de abstinencia, complicaciones de las heridas como problemas de dolor crónico, desfiguración etc.. La evaluación cognitiva puede ser necesaria si hay traumatismo craneoencefálico. También se aconseja preguntar en relación con la ideación homicida hacia el agresor.

En relación con el tratamiento psicofarmacológico se recomienda los ISRS como tratamiento de primera línea, los antipsicóticos como aripiprazol y quetiapina como coadyuvantes. No se recomienda el uso de benzodiazepinas. Prazosin por pesadillas e Hidroxizina para la ansiedad diurna. La utilización de intervenciones psicoterapéuticas como el uso de los principios de primeros auxilios psicológicos, entrevistas motivacionales, y estrategias cognitivas se pueden usar en esas primeras evaluaciones para reducir el riesgo de futuras victimizaciones. Los grupos de apoyo en este tipo de situaciones es muy frecuente, pero su evaluación es bastante limitada. El protocolo para actuar en el caso de que el paciente tenga acceso a armas y presente ideación homicida, no está generalizado, recomendándose en el artículo hacer la pregunta directamente y solicitar apoyo de otros estamentos en el hospital en caso de respuesta positiva. También se señala que este tipo de pacientes suelen ser víctimas de violencia doméstica, por lo que la valoración por parte de trabajo social suele ser necesaria. Los reingresos son frecuentes en este tipo de pacientes, por lo que una consulta proactiva en caso de que se produzca esta situación deberíamos de tenerlo en cuenta.

Información adicional. En el siguiente enlace podéis acceder a un curso sobre primeros auxilios psicológicos que se desarrolla dentro de la plataforma Coursera.

(<https://www.coursera.org/learn/psychological-first-aid>),

El curso utiliza el modelo RAPID (escucha reflexiva, evaluación de necesidades, priorización, intervención y disposición), proporcionando perspectivas sobre lesiones y traumas que van más allá de la naturaleza física. El modelo RAPID es fácilmente aplicable a entornos de salud pública, el lugar de trabajo, las fuerzas armadas, organizaciones religiosas, lugares de desastres masivos e incluso las demandas de



eventos críticos más comunes, por ejemplo, lidiar con las secuelas psicológicas de accidentes, robos, suicidio, homicidio o violencia comunitaria. Además, se ha encontrado que el modelo RAPID es eficaz para promover la resiliencia personal y comunitaria.

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



Intramed es un portal médico dirigido a usuarios de habla hispana y que tiene su origen en la Argentina. Es necesario inscribirse con un correo y la clave correspondiente. Proporciona información regular tanto general como de una especialidad concreta entre las que se incluye la Psiquiatría. Dispone de numerosas secciones la mayoría gratuitas, con cursos, libros, comentarios de artículos, noticias médicas y una sección de arte y literatura. Entre los libros que os podéis bajar hay varios directamente relacionados con la Psiquiatría. También os podéis adentrar en un interesante curso son Psiconeuro-inmunoendocrinología o artículos y temas referentes al covid.

Os enlazo dos direcciones de la página para que podáis bucear por ella.

<https://www.intramed.net/> (Inicio)

<https://campus.intramed.net/intramed/my/> (para hacerse socio)

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

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



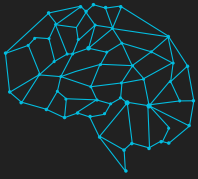
XXV Congreso Nacional de Psiquiatría

17 AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2022 • SANTIAGO DE COMPOSTELA



El pasado jueves 17 de noviembre a las 11 de la mañana ha tenido lugar en Santiago de Compostela, en el marco del XXV Congreso Nacional de Psiquiatría, la presentación del libro Psiquiatría Psicósomática. La aportación de la psiquiatría al resto de la medicina, cuyo alma matér ha sido el Profesor Antonio Lobo. Este libro ha sido elaborado cuidadosamente, para transmitir un claro mensaje acorde con la filosofía y objetivos del Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace de la Sociedad Española de Psiquiatría y salud mental. En el libro se defiende la máxima general "Un hospital una unidad de Psiquiatría psicósomática y de enlace", articulando su contenido en torno a una serie de "ideas clave" que apoyan la relevancia de la disciplina y que comienzan por su filosofía general, la defensa de una medicina humanista tradicional y, por otra parte, sus bases empíricas, las de una "psiquiatría basada en la evidencia".

La Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental ha otorgado su Premio a la Trayectoria Profesional 2022 al doctor Antonio Lobo Satué, Catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza y jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario (HCU), hasta el año



2012 en que fue nombrado Profesor Emérito (actualmente es "Colaborador Extraordinario" con reconocimiento de "Profesor Honorario"). La entrega del galardón ha tenido lugar durante la XXV edición del Congreso Nacional de Psiquiatría, el 18 de noviembre en el Palacio de Congresos de Santiago de Compostela. El profesor Lobo ha agradecido el premio a la trayectoria profesional, con un emotivo discurso en que ha recordado a las personas que han contribuido a su trayectoria, desde sus padres, por inculcarle el hábito por el trabajo bien hecho, a sus

profesores, maestros, compañeros universitarios y colaboradores que han sido un estímulo continuo, con su pasión por aprender y su crítica constructiva. También ha recordado a su mujer e hijos que han sido parte importante en el desarrollo de su trayectoria profesional, regalándole parte de su tiempo. Por último, sus nietos de los que ahora puede disfrutar y que seguro, como a todos sus alumnos, está contribuyendo, con su ejemplo a convertirlos en futuros excelentes profesionales y sobre todo mejores personas.