

Las interconsultas psiquiátricas: Análisis y comparaciones.

Psiquiatric consult: Analysis and comparison.

ARIAS Jaime¹.

¹Doctor en Medicina. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

SUMMARY

724 psychiatrist's interconsultations sent to a general hospital Psychiatry Service during the period April 1984 to April 1988 were retrospectively reviewed. The results were analyzed and compared with the ones in other national and foreign publications. Measures were suggested to improve and analyze diagnostic criteria. (*Rev Med Hered 1993; 4(3): 119-124*)

KEY WORDS: Liaison's psychiatry, interconsultations.

RESUMEN

Presentamos una revisión de 724 interconsultas psiquiátricas enviadas al servicio de psiquiatría de un hospital general durante el período de Abril de 1984 a Abril de 1988. Los resultados son analizados y comparados con otras publicaciones nacionales y extranjeras, invocándose medidas para mejorar los criterios diagnósticos y el análisis de los mismos. (*Rev Med Hered 1993; 4(3): 119-124*)

PALABRAS CLAVE: Psiquiatría de enlace, interconsultas

INTRODUCCIÓN

El HNCH es un hospital general que tiene 330 camas, distribuidas en los departamentos de Medicina, Pediatría, Cirugía, Ginecología-Obstetricia y Emergencia, registra un promedio de 12,000 admisiones al año, sirviendo a una población de 780,000 habitantes del cono norte de Lima. Existen 41 consultorios externos y en el Departamento de Emergencia se atienden 125,000 pacientes por año (1).

El servicio de psiquiatría cuenta con dos psiquiatras, con el apoyo de los psicólogos del departamento de Psicología del hospital, y el de 1 a 2 médicos residentes de psiquiatría que

hacen su pasantía en psiquiatría de enlace. Se dispone de un detallado manual de normas y procedimientos, en el que se incluyen las pautas para la absolución de interconsultas. Siendo el tiempo promedio de hospitalización de los pacientes entre 3 días (Obstetricia) y 15 días (Medicina), las interconsultas son respondidas en un tiempo máximo de 2 días, en ellas se solicitan opiniones, sugerencias o manejo conjunto, respecto a los trastornos psicopatológicos de los pacientes. Las interconsultas son registradas en un cuaderno, respondiéndose por duplicado, y la copia se archiva en el servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

El número total de interconsultas recibidas durante el período de Abril 1984 a Abril 1988 fue de 757, dando una media de 189 interconsultas por año y que representan el 1.57% de las admisiones anuales.

Muestra evaluada: en esta revisión sólo se evalúan 724, ya que las 33 restantes procedían del Departamento de Pediatría y no se analizan por constituir una muestra pequeña.

Criterios Diagnósticos: Se usó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (2). Debido a que 138 pacientes recibieron doble diagnóstico (Trastorno de Personalidad y Neurosis) el total de diagnósticos que serán analizados y comparados es de 862. Además se aplicó un glosario psicopatológico uniforme en la descripción de los trastornos psiquiátricos (3).

Procedimientos Estadísticos: Para comparar las diferencias entre los porcentajes maestres, se usó la prueba z para el caso de los promedios de edad la prueba t de Student. Para comparar el tamaño de las muestras según el sexo y según los diagnósticos o el número de diagnósticos según el tiempo y el departamento interconsultante se usó la prueba Chi-cuadrado. En todas se aceptó que las diferencias eran significativas, si la probabilidad de que fuesen resultado del azar era menor que 0.05 (4,5).

RESULTADOS

El 43.34% (327/757) fueron varones y 56.66%, mujeres. De 724 interconsultas provenientes de servicios de adultos, el departamento de Medicina envió el mayor número con 469 (64.8%), luego el de Ginecología-Obstetricia con 100 (13.8%), Emergencia con 82 (11.3%) y Cirugía con 73 (10.1%).

La edad promedio fue de 34.8 ± 17.4 años, 14 (1.93%) tenía menos de 15 años, 245 (33.84%) entre 15 y 24 años, 275 (37.98%) entre 25 y 44 años, 127 (17.54%) entre 45 y 64 años, y 63 (8.70%) más de 65 años.

Se realizaron 862 diagnósticos psiquiátricos, 503 (58.35%) fueron neurosis, 201 (23.31%) de trastornos de personalidad, 44 (5.04%) de psicosis y 114 (13.22%) diagnósticos de Síndrome Orgánico Cerebral (SOC) ([Cuadro N°1](#)).

En el [Cuadro N°2](#), se muestra la distribución de diagnósticos según el sexo. Se puede apreciar un predominio del sexo femenino, principalmente en neurosis y en trastornos de

personalidad de tipo histérica, donde la diferencia fue significativa ($p < 0.05$). En psicosis y SOC, no hubo diferencia de presentación según sexo. En cuanto a edad según diagnóstico y sexo, sólo se encontró diferencia en neurosis histérica, donde los varones tuvieron una edad promedio mayor que las mujeres ([Cuadro N°3](#)).

En el [Cuadro N°4](#) y [Cuadro N°5](#), podemos observar los diagnósticos psiquiátricos según año y según Departamento hospitalario, respectivamente.

DISCUSIÓN

El concepto de psiquiatría de enlace, proviene de la traducción del término inglés “liaison’s psychiatry”, con el que se denomina en los países de habla inglesa a la psiquiatría que se ejercen en los hospitales generales. Consideramos que esta ramificación conceptual de la psiquiatría es irrelevante, semejante a la que resultaría de denominar como neurología a la que se ejerce en un instituto neurológico a la que se ejerce en un hospital general. Sin embargo utilizaremos el término por estar en boga.

Debemos señalar que las investigaciones retrospectivas recientes, de las interconsultas psiquiátricas en hospitales generales no son numerosas, y las revisadas no presentan estructuras fácilmente comparables (6, 7, 8, 9); en algunas ocasiones hemos tenido que reordenar sus datos para poder compararlos con los nuestros, y en otras los nuestros fueron perfilados con dicho fin.

Al revisar la literatura disponible, se tiene la impresión que los autores no supieran claramente qué uso darle a la información obtenida, a parte de la meramente estadística. En ésta discusión se plantearán algunos problemas cuyas soluciones podrán ser mejor desarrolladas en ulteriores investigaciones.

El número de interconsultas realizadas estaría entre el 0.77% y 1.91% de las admisiones anuales del hospital, menor que el promedio de 4% estimado por Lipowski y Wolston (6). En nuestro hospital, Alarcón y Castillo (10,11), encontraron que aproximadamente 75% tenían algún trastorno psiquiátrico importante en un estudio de 100 pacientes internados; Faumann (12) afirma que dicho porcentaje oscila entre el 5 y el 60% de los pacientes hospitalizados.

De lo anterior se deduce, que sólo una fracción pequeña de los pacientes con trastornos psiquiátricos es referida al servicio. Al respecto tratando de mejorar la referencia hemos difundido normas para la solicitud de interconsultas entre los médicos y residentes, sin embargo, la razón para dicha solicitud sigue siendo el encontrar dificultades en el tratamiento o diagnóstico del paciente debido a su alteración psiquiátrica.

El trabajo de Richman et al (13), revela que los criterios que se utilizan para la solicitud de interconsultas no guarda relación con la gravedad de los trastornos psiquiátricos de los pacientes internados. Ellos encontraron que la proporción de pacientes con trastornos psiquiátricos severos y leves es estadísticamente similar a la proporción de los que son interconsultados al servicio. Con el autor compartimos la opinión de que la poca demanda de interconsultas es un tema de especial importancia para ser investigado.

En los trabajos revisados en forma similar a lo observado, las interconsultas al servicio de Psiquiatría provenientes del Departamento de Medicina sobrepasan el 60% del total de ellas (6, 7, 8).

En relación a los diagnósticos según el sexo, encontramos predominio del sexo femenino, siendo la proporción de miembros de sexo femenino similar a lo hallado anteriormente en nuestro hospital por Alarcón y Matos (6). Lipowski y Wolson (7), refieren una mayor proporción del sexo femenino.

El predominio del sexo femenino, se debe a que en las neurosis (57.45% de la muestra) dicho sexo es predominante. Este predominio femenino, especialmente para el diagnóstico de neurosis histérica ha sido encontrado también por Woodruff et al. (14) y Ziegler et al (15), hallando este último un predominio de mujeres sobre varones en éste diagnóstico (82/18). Guze y Perley (16), afirman que esto se debería a que los hombres padecieran síntomas conversivos dentro de otros tipos de neurosis o dentro de trastornos de la personalidad.

En el presente estudio también hemos encontrado diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de mujeres que padecen de trastorno de personalidad histérica respecto al de varones con el mismo diagnóstico. La proporción encontrada es similar a la Linberg, citado por Guisada et al (17). Ello tal vez corrobore la hipótesis de que dicho trastorno lo padecen más frecuentemente las mujeres. Sin embargo Chodoff y Lyons (18), han encontrado que toda la literatura sobre personalidad histérica ha sido escrita por varones, y plantea que este predominio del sexo femenino, se puede deber a que los investigadores varones son más tolerantes con los pacientes de su mismo sexo, que padecen tal trastorno y tenderían a minimizar su incidencia (6). En el trabajo de Guisada (17), hay una discusión final por la Dra. Breslin que sostiene que sería interesante averiguar cuántos diagnósticos de personalidad histérica se hacen cuando el examinador es del mismo sexo o del sexo opuesto al del paciente.

En el servicio usamos con bastante regularidad pruebas psicológicas (Test de MACHOVER, Test de RORSCHARCH, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota y otros), que constituyen en algunos casos una ayuda inapreciable para la dilucidación diagnóstica de este trastorno.

Todos estos hallazgos deben inducir a otras investigaciones que permitan su cabal comprensión. El hecho de que la edad promedio de los pacientes con SOC, haya sido la mayor de toda la muestra, y que en la literatura (6, 7) existan descripciones de cifras similares, es posible entenderlo si consideramos que el normal envejecimiento del sistema nervioso lo hace más susceptible de padecer éste trastorno.

El encontrar que el 8.7% del total de mujeres interconsultadas padecen de neurosis histérica, en contraste con la prevalencia postulada por Guze y Perley (16) de 1-2% de la población femenina (14), podría ser indicador del hecho que este grupo de pacientes tienen un promedio más alto de hospitalizaciones que el resto de población, tal como lo revela Purtell (19) en su investigación.

La coincidencia con la literatura revisada en 8 de 18 comparaciones de porcentajes diagnósticos (44.44%), revela una aceptable consistencia de los mismos en los hospitales generales, esto los hace idóneos para la enseñanza de la psiquiatría en el pregrado, y refuerza las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (20) respecto a que tal enseñanza debe realizarse en ésta clase de hospitales.

Tal como se aprecia en el Cuadro 4, al efectuar el análisis estadístico para saber si existía consistencia diagnóstica respecto al tiempo, esto es, si la proporción de diagnósticos, tenían una variación anual pequeña y debida al azar, no encontramos diferencias significativas en ninguno de ellos. De la literatura revisada sólo hay un trabajo de consistencia diagnóstica similar respecto al tiempo, el de Wilson y Meyer (9), quienes sobre una muestra total de 330 diagnósticos, comparan los porcentajes diagnósticos en los años 1957 y 1958, hallando consistencia en todos sus diagnósticos que fueron: Síndrome Orgánica Cerebral, Psicosis, Depresión (que incluía tanto las neurosis como las psicosis depresivas), las Psiconeurosis y los Trastornos de Personalidad.

En relación al trabajo de Lipowski y Wolston (7), que comparan dos muestras de 1000 pacientes y un período de cuatro años en cada una; coincidimos en encontrar consistencias diagnósticas en los porcentajes anuales de pacientes con Síndrome Orgánico Cerebral, pero ellos además sólo la encuentran en los diagnósticos de Neurosis de Ansiedad y Alcoholismo, no encontrándola en las restantes 4 categorías diagnósticas: trastornos depresivos, neurosis histérica, esquizofrenia y trastornos psicológicos.

Una diferencia a considerar es que, en nuestro trabajo, sí hallamos consistencia diagnóstica en la Neurosis histérica, posiblemente se deba a que esta neurosis es, en nuestra opinión una de las más preocupantes en el manejo de los pacientes hospitalizados. Lipowski y Wolston (7) comentan que los porcentajes con que se diagnostica tal trastorno en las publicaciones oscila entre el 1 al 30%, y opinan que el DSM-III podrá en el futuro aclarar esta “confusa” área. A nuestro criterio el diagnóstico de Neurosis histérica demanda no sólo una buena descripción psicopatológica (21). Las nosografías actuales carecen de un glosario preciso y ordenado de psicopatología fenomenológica (1, 22), sino de un enfoque multipistemológico: psicoanalítico, existencial, biológico, etc (23, 24, 25). Somos de la opinión que el concepto básico para el diagnóstico de dicho trastorno, es el de la transformación de un conflicto emocional inconsciente en una alteración orgánica o en una alteración funcional (18, 26, 27, 28). Las nosografías vigentes por evitar recurrir a la psicología analítica en la descripción de la histeria, la disfrazan de tal manera que generan una confusión mayor que la propia teoría pudiese producir.

Al trabajar en un hospital general en constante contacto con los problemas diagnósticos de las enfermedades, hemos aprendido que si bien el “enfermo” puede ser heterogéneo en su sintomatología y curso clínico, la enfermedad como concepto diagnóstico y con una etiopatogenia definida no lo es. El problema de la psiquiatría es que no solamente carece de una clara semiología, sino que carece de certezas orgánicas, especialmente para el diagnóstico de histeria; pero creemos que de ahí a subdividir ad-infinitum (29) los diagnósticos de Neurosis histéricas, según los casos individuales de los pacientes, no va a mejorar el panorama.

Nos preocupa el diagnóstico de histeria porque ese trastorno puede enmascarar los criterios diagnósticos de una enfermedad (2, 28, 29), o simularla (9), y en caso de que la enfermedad fuese de curso crónico con períodos de remisión, la posibilidad de alargar dichos períodos puede residir en el manejo de la conflictiva inconsciente del paciente (30). Cuando realizamos una confrontación de esta índole a un paciente, hemos sido testigos de lo útil de éste enfoque para su recuperación. Porter (8) cita una revisión de Hales (22), que sostiene que una adecuada labor de psiquiatría de enlace acorta los tiempos de hospitalización y reduce los índices de mortalidad.

En este estudio, no encontramos diferencias entre los Departamentos, a excepción del Departamento de Emergencia, donde se atiende una proporción de pacientes con Psicosis bastante mayor; ello claro está, guarda relación con las 125,000 emergencias que atiende anualmente y podría además señalar que este grupo de pacientes debido a la gravedad de su alteración mental está más predispuesto a necesitar de atención en éste departamento. De igual forma la consistencia de los diagnósticos según los Departamentos, podría indicar que los pacientes que tienen las categorías utilizadas, tienen igual probabilidad de padecer algún trastorno por el cual deban ser internados en algún Departamento del hospital.

El hecho de que nuestro servicio disponga de un manual de normas y procedimientos diagnósticos, utilice un glosario uniforme de sicopatología, y el desempeño de la psiquiatría de enlace en un hospital en el que a su vez cada departamento posee normas definidas para el manejo de sus pacientes, son factores que pueden haber contribuido en el logro de todas estas apreciables consistencias.

En conclusión se encuentra que con la utilización de normas y criterios diagnósticos adecuados a un hospital general así como de una sicopatología uniforme, se logra consistencia en las proporciones diagnósticas de los principales trastornos psiquiátricos respecto al tiempo y según el departamento de procedencia (a excepción del Departamento de Emergencia). Se halla además que el sexo femenino es más proclive a padecer de forma global algún trastorno psiquiátrico, especialmente de Neurosis, Neurosis histérica y Personalidad histérica, no habiendo prevalencia en el sexo para los demás diagnósticos. Se discute la necesidad de aunar criterios con otros investigadores en psiquiatría de enlace, para lograr resultados más consistentes y comparables.

Correspondencia:

Dr. Jaime Arias

Servicio de Psiquiatría, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado s/n. San Martín de Porres. Lima, Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Departamento de Estadística del HNCH. 1988. comunicación personal.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (Novena revisión: CIE-9). Ginebra. 1978.
3. Arias J. Para una sicopatología clínica. Ed: U.P. Cayetano Heredia, Lima. 1986.

4. Chase C. Elementary Statistical Procedures. Mc-GrawHill, Tokyo. 1967.
5. Diem K. Documenta Geigy: Tablas Científicas. J.R Geigy: Sexta Edición, Suiza. 1967.
6. Alarcón R. y Matos L. La interconsulta psiquiátrica. Aspectos clínicos. IV Congreso Nacional de Psiquiatría: 288-299. 1976.
7. Lipowski Z y Wolston E. Liaison's Psychiatry: Referral patterns and their stability over Time. Am J Psychiat 1978; 138:12, 1608-1611.
8. Porter J. A Psychiatric Consultation-Liaison Service in a Community Hospital. Can J Psychiat 1988; 33:4,271-274.
9. Wilson MS y Meyer E. Diagnostic consistency in a psychiatric liaison service. Am J Psychiat 1962; 119:207-209.
10. Alarcón R y Castillo A. (1978) Manifestaciones psicopatológicas en poblaciones psiquiátricas y no psiquiátricas. Revista de Neuro-Psiquiatría 1978; 41:256-73.
11. Castillo A y Alarcón R. Dimensiones psicopatológicas en pacientes no psiquiátricos. Rev. De Neuro-Psiquiatría 1976; 39:24-38.
12. Fauman MA. Psychiatric Components of Medical and Surgical Practice, II: Referral and Treatment of Psychiatric Disorders. Am J Psychiat 1983; 140:6,760-763.
13. Richman A., Slade H. Y Gordon G. Symptom Questionnaire Validity in Assessing the Need for Psychiatrist's Care. Br J Psychiat 1966; 112:549-555.
14. Woodruff RA., Clayton PJ. Y Guze SB. Hysteria: studies of diagnosis, outcome and prevalence. JAMA 1971; 215:425-428.
15. Ziegler FJ., Imboden JB. Y Meyer E. Contemporary conversion reactions: clinical study. Am J Psychiat 1960; 116:901-910.
16. Guze S y Perley M. Observations on the Natural History of Hysteria. Am J Psychiat 1963; 119:969-965.
17. Luisada P., Peele R. Y Pittard E. The Hysterical Personality in Men. Am J Psychiat 1974; 131:5, 518-522.
18. Chodoff P. Y Lyons H. Hysteria, the hysterical personality, and hysterical conversion. Am J Psychiat 1958; 114:734-740.
19. Purtell JJ., Robins E. y Cohen ME. Observations on clinical aspects of hysteria. JAMA 1951; 146:902-909.
20. Organización Mundial de la Salud. Enseñanza de la psiquiatría y de la higiene mental a los estudiantes de medicina. Serie de Inf. Téc. N° 208. 1961.
21. Walshe F. Diagnosis of Hysteria. Brit Med J 1965; 1451-1454
22. Hales R y Fink P. A modest proposal for Consultation/Liaison Psychiatry in the 1980's. Am J Psychiat 1981; 139:8, 1015-1021.
23. Fahrer R., Catri J., Camona J., Fahrer M., Grande A., Ortiz FE y Vilchez A. Psicología Médica, Psiquiatría de Enlace. Atención primaria en Salud Mental. Documenta Psiquiátrica Ciba Geigy: 2,5-25. 1987.
24. Lipowski Z. To reduce or to integrate: Psychiatry's Dilemma. Can J Psychiat 1986; 31:347-351.
25. Stern G. Limits to the scientific understanding of man. Science 1975; 187:1052-1057.
26. Chodoff P. The diagnosis of Hysteria: An Overview. Am J Psychiat 1974; 131:10, 1073-1078.
27. Lipowski Z. Psychosomatic Medicine: Past and Present Part I. Historical Background. Can J Psychat 1986; 31:2-7.
28. Luban-Plozza B y Poldinger W. El enfermo psicossomático y su médico práctico. Ediciones Roche, Suiza. 1986.

29.Hyler S. y Spitzer R. Hysteria Split Asunder. Am J Psychiat 1978; 135:1500-1504.

30.Frances A. The DSM-III Personality Disorders Section: A Comentary. Am J Psychiat 1980; 137:1050-1054.