



Estudio sobre complejidad y comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de adultos de Psiquiatría

Latorre-Forcén Patricia^a, Campos-Ródenas Ricardo-C^a

(a) Servicio Aragonés de Salud. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Servicio de Psiquiatría.

Recibido el 9 de noviembre de 2018; aceptado el 20 de mayo de 2020

Resumen:

Introducción: Se ha demostrado que la coexistencia de síntomas o trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas es una condición que afecta la evolución y el pronóstico de los enfermos, el tiempo de estancia y el coste de las hospitalizaciones.

Objetivo: describir la complejidad y comorbilidad médico-psiquiátrica en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría.

Método: estudio observacional descriptivo, transversal de una muestra poblacional de 1.552 pacientes consecutivos ingresados en la UHA.

Resultados: destacar que se objetivó que más de la mitad de los pacientes presentaron comorbilidad médico-psiquiátrica. Además, se solicitó Interconsulta en un 36,5 % de los casos donde la mayoría de éstas se realizaron a servicios médicos.

Discusión: En la muestra del estudio se evidencia un 73 % de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, prevalencia superior a la encontrada en un estudio realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Johns Hopkins donde fue de un 20 %.

A los pacientes en riesgo de ser complejos se les aplicaría un screening al ingreso para detección y cuantificación del nivel de complejidad.

Conclusión: La patología somática está relacionada con la enfermedad mental en muchos sentidos, y ocurren con mayor frecuencia en pacientes psiquiátricos que en la población general, por lo que algunos trastornos están infradiagnosticados, motivo por el que podría ser necesario disponer de un médico de referencia en cada unidad de Psiquiatría.

© 2020 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Patología somática.
Enfermedad mental.
Infradiagnóstico.
Psiquiatría.

KEYWORDS

Somatic pathology.
Mental illness.
Underdiagnosis.
Psychiatry.

Study on complexity and medical-psychiatric comorbidity in patients admitted to a Psychiatry adult unit**Abstract :**

Introduction: It has been shown that the coexistence of psychiatric symptoms or disorders and medical diseases is a condition that affects the evolution and prognosis of patients, the length of stay and the cost of hospitalizations.

Objective: to describe the complexity and medical-psychiatric comorbidity in a Psychiatric ward.

Method: descriptive, cross-sectional observational study of a population sample of 1552 consecutive patients admitted to the Unit.

Results: highlight that it was found that more than half of the patients presented medical-psychiatric comorbidity. In addition, liaison request was needed in 36.5% of cases where most of these were performed for medical services.

Discussion: 73% of patients with medical-psychiatric comorbidity were found in the study sample, a prevalence higher than that found in a study conducted in the Psychiatric Service of Johns Hopkins Hospital where it was 20%.

Patients at risk of being complex would be screened at admission for detection and quantification of the level of complexity.

Conclusion: Somatic pathology is related to mental illness in many ways, and occurs more frequently in psychiatric patients than in the general population, so some disorders are underdiagnosed, which is why it may be necessary to have a referral doctor in each unit of Psychiatry.

© 2020 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

Se ha demostrado que la coexistencia de síntomas o trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas es una condición que afecta la evolución y el pronóstico de los enfermos, el tiempo de estancia y el coste de las hospitalizaciones^{7, 11, 13, 14}. A pesar de ello, la asistencia para muchos pacientes con comorbilidad de patología médica y psiquiátrica continúa siendo una asignatura pendiente.

Por otro lado, cuando tanto la patología psiquiátrica como la médica coexisten de forma grave y aguda, ni las unidades de hospitalización psiquiátricas ni las unidades médico-quirúrgicas convencionales disponen de los recursos necesarios para proporcionar una atención integral a tales pacientes. Hoffman, en 1984, denominó a este tipo de pacientes como los “parias del sistema médico y psiquiátrico”.

La bibliografía empírica sugiere que la práctica clínica actual es particularmente compleja²⁴. El término complejidad hace referencia a los pacientes y a la dificultad en su manejo desde diferentes perspectivas, la del médico, la de enfermería y la de gestión de cuidados. Se considera que la complejidad de un paciente viene determinada por el número de sistemas orgánicos afectados y el impacto sobre las áreas biológica y/o psicológica y/o social, mientras que la complejidad de la asistencia se determina por el número de tipos de intervención que se requieren junto con el número de disciplinas involucradas, siendo necesario conciliar la complejidad del caso y la de la asistencia^{8, 9}.

Asimismo, resulta complejo determinar la gravedad de la enfermedad; en términos clínicos se define a partir

de tres elementos: la presencia de una cantidad de síntomas, de cierta cualidad de estos síntomas y de su repercusión (vital, funcional, autonomía del individuo...) y en términos económicos hace referencia al consumo de recursos y costes sanitarios generados. En las últimas décadas, con objeto de denominar a este conjunto de información clínica y administrativa, ha ido ganando vigencia el concepto de “case-mix”, que guarda relación con la gravedad clínica pero también con la gravedad económica o consumo de recursos^{2, 3, 4, 5, 6}. Todo ello tiene un elevado interés científico, de salud pública, de percepción de calidad asistencial y conlleva importantes implicaciones tanto sanitarias como sociales y económicas^{17, 18, 19}. Es por ello que un sistema de cuidados médicos y psiquiátricos coordinados debería reemplazar al actual sistema de cuidados secuenciales independientes¹³, lo que supondría una oportunidad para mejorar aspectos clínicos, docentes así como de investigación, gestión y satisfacción de los profesionales sanitarios.

El objetivo principal de este estudio es describir la actividad asistencial de una unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría, analizando el perfil de gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica de los pacientes atendidos, en base a criterios médicos, psiquiátricos, sociales y conductuales.

La motivación de esta propuesta surge del deseo de seguir mejorando y potenciando tanto la atención integral de los enfermos con patología médico-psiquiátrica como las condiciones del personal sanitario que los atiende, y del interés por obtener el máximo beneficio de las intervenciones que se precisen para ello.

En un estudio en el servicio de Psiquiatría del Hospital Johns Hopkins²⁵ se encontró que la comorbilidad médica fue el motivo principal de cuidado en un 20 % de los pacientes. Se objetivó un incremento de síntomas psiquiátricos y de deterioro funcional asociado a la comorbilidad médica, así como un incremento de 3,25 días en la duración de la estancia media hospitalaria. Los psiquiatras deberían duplicar sus esfuerzos en detectar y tratar dicha comorbilidad, e incluso, se deberían crear unidades específicas para tratar a pacientes con comorbilidad y complejidad médica.

Se ha estudiado²⁹ que la comorbilidad médica grave asociada a enfermedad mental grave influye negativamente en la estancia media hospitalaria.

Tener una enfermedad mental continúa siendo una barrera para conseguir una atención médica efectiva. Esto se traduce en una disminución de 15 a 30 años en la esperanza de vida en estos pacientes con respecto a la población general³¹.

En la literatura está ampliamente descrito el incremento de problemas médicos en los pacientes psiquiátricos. Además, éstos sufren más eventos inesperados mientras están ingresados. Todo ello, no se puede explicar sólo por el estilo de vida y la medicación de los pacientes, sino que también se ha visto el papel que el estigma desempeña en ello.

Los trastornos somáticos³⁹ ocurren con mayor frecuencia en pacientes psiquiátricos que en la población general, por lo que algunos trastornos están infradiagnosticados en el momento de la derivación.

La patología somática⁴² está relacionada con la enfermedad mental en muchos sentidos, pero a pesar de ello numerosos psiquiatras se muestran reticentes a prestarle atención, bien por falta de experiencia o por considerar que puede alterar la alianza terapéutica, mientras que en paralelo, el resto de especialistas tienden a sentir aprensión al tratar a enfermos mentales. Los resultados de este estudio indicaban que sería necesario disponer de un médico de referencia en cada unidad de Psiquiatría.

Objetivos

Se proponen los siguientes objetivos:

1. Conocer los motivos que originan la demanda espontánea de atención médica por parte de una unidad de hospitalización de adultos (UHA) de psiquiatría.
2. En la población a estudio describir:
 - a. Las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, procedencia, idioma, convivencia, nivel educativo, situación laboral.
 - b. La distribución diagnóstica médica y/o psiquiátrica (según código CIE-10).
 - c. La proporción de pacientes que tienen comorbilidad médico-psiquiátrica.
 - d. El perfil de complejidad y/o gravedad de dicha comorbilidad según criterios internacionales: índice acumulativo de enfermedad (IAE), gravedad de enfermedad psiquiátrica (GEP-P) y a nivel conductual y social (INTERMED).
 - e. La organización de cuidados.

Hipótesis

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. En los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de adultos de psiquiatría se espera documentar una frecuencia de al menos un 20% de patología médica comórbida.
2. Los diagnósticos más frecuentes se espera que sean:
 - a. Patología digestiva.
 - b. Patología endocrina.
3. El porcentaje de interconsultas solicitadas, entre los pacientes que la precisarían, será bajo (inferior al 30%), y la mayoría se realizarán a servicios médicos.
4. La presencia de comorbilidad médico-psiquiátrica, así como de problemática social y conductual, influirá en un mayor consumo de recursos sanitarios, especialmente en los pacientes más graves.

Metodología

Diseño del estudio

Para cubrir los objetivos e hipótesis vamos a recurrir a un estudio epidemiológico, observacional descriptivo, transversal, y retrospectivo.

Muestra

Pacientes consecutivos, ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, durante los años 2014, 2015, 2016 y 2017. Los sujetos a estudio han de cumplir los criterios de inclusión. (N=1552).

Criterios de inclusión

Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría, adultos (18 o más años).

Criterios de exclusión

En este estudio no hemos excluido a ningún paciente de la muestra, si bien se podría haber considerado como criterio de exclusión que el paciente hubiera presentado una patología médica grave que hubiera impedido realizar una adecuada entrevista psiquiátrica y que hubiera precisado ser trasladado a otra unidad para su cuidado.

Fuentes de información e instrumentos de medida

1. Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) codificados en la base de datos del hospital.
2. Informe elaborado por psiquiatra del equipo de la UHA tras entrevista clínica psiquiátrica abierta, no estructurada, que recoge información sobre antecedentes psicopatológicos, psicopatología actual, funcionamiento personal, laboral, familiar y social. Los trastornos mentales se diagnosticarán siguiendo los criterios clínicos específicos de la CIE-10.
3. INTERMED (Interdisciplinary Medicine, creado por el Grupo Europeo ECLW, con participación del Grupo Español de Zaragoza): es un método genérico

que evalúa los riesgos de salud biopsicosociales y las necesidades sanitarias para planificar el tratamiento integral¹⁵. Recoge información de las cuatro áreas (biológica, psicológica, social y atención sanitaria) a partir de una entrevista realizada al paciente. Cada área recoge cinco variables que se puntúan en un rango que va del 0 (no hay problema/vulnerabilidad) al 3 (alta necesidad o vulnerabilidad). Es fiable y está validado al castellano²¹. En nuestro estudio nos centraremos en la medición de cuatro variables: dificultad de adaptación, resistencia al tratamiento, disfunción social y dificultades en las redes sociales, con objeto de valorar la conducta en el ingreso y la problemática social actual.

4. El índice acumulativo de enfermedad (IAE): es un instrumento evaluativo de enfermedad somática global, en relación con la gravedad respecto al riesgo vital, la incapacidad funcional y la necesidad de tratamiento. Se ha utilizado en pacientes médico-quirúrgicos. Adaptado al castellano³, del Cumulative Illness Rating Scale²⁰, siendo una escala fiable, sencilla y breve. Consta de 13 categorías que puntúan de 0 (sin enfermedad) a 4 (afectación extremadamente grave) y mide el estado actual de enfermedad del individuo. En pacientes con toxicomanía hay una versión adaptada que incluye dos nuevas categorías⁵.

5. Escala de gravedad de la enfermedad psiquiátrica (GEP-P): consiste en un método para valorar la atención psiquiátrica de pacientes agudos. Procede del protocolo PSYMON, desarrollado por el programa de Servicios de Salud Mental del departamento de Psiquiatría de la Universidad Northwestern de Chicago, EE. UU.²². Ha sido adaptada al castellano⁴, siendo una escala fiable, sencilla (no requiere una alta especialización) y breve. Recoge componentes clínicos del paciente pero también incorpora aspectos psicosociales relevantes como las capacidades y actividades sociolaborales. Se ha desarrollado sobre doce ítems: tres relacionados con razones para el ingreso, uno sobre capacidad actual para cuidar de sí mismo, cinco sobre complicaciones respecto a la enfermedad psiquiátrica y tres relacionados con complicaciones del tratamiento psiquiátrico².

Variables

1. Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, procedencia, dominio del castellano, convivencia, nivel educativo, situación laboral.

2. Datos del ingreso hospitalario, proceso de interconsulta, organización de cuidados y datos clínicos:

- Características asistenciales: estancia media, tratamientos y pruebas realizadas, interconsultas solicitadas.

- Características de la enfermedad médica. Codificación del diagnóstico somático según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10.

- Características de la enfermedad psiquiátrica. Codificación del diagnóstico psiquiátrico según criterios de la CIE-10.

- Conducta durante el ingreso (variables INTERMED): dificultades de adaptación y resistencia al tratamiento médico.

- Situación social actual (variables INTERMED): disfunción social y dificultad en la red social.

3. Parámetros de gravedad clínica médica y psiquiátrica:

- Puntuación en el índice acumulativo de enfermedad (IAE).

- Puntuación en la escala de gravedad de la enfermedad psiquiátrica (GEP-P).

- Criterios de gravedad médico-psiquiátrica operativizados (según Kathol).

- a) *Delirium* agitado/alteraciones conductuales.

- b) Intento autolítico con patología médica y psiquiátrica que requiera ingreso.

- c) Diagnóstico diferencial del trastorno conversivo/trastorno facticio.

- d) Demencia con alteraciones conductuales y patología médica aguda.

- e) Trastorno mental orgánico con alteraciones conductuales y patología médico-psiquiátrica que requiera ingreso: TCE; tumores cerebrales; enfermedades neurológicas (EM; párkinson...).

- f) Ancianos con patología psiquiátrica y médica que requiera ingreso.

- g) Esquizofrenia/catatonía con patología médica concomitante.

- h) Trastornos afectivos con patología médico-quirúrgica activa (TEC, catatonía, deterioro físico...).

- i) Neurosis grave con patología médica de difícil manejo en planta médica convencional.

- j) Patología médica aguda con conducta anómala de enfermar, de difícil manejo en una unidad convencional.

- k) Patología psiquiátrica primaria junto a patología médica grave.

Análisis de datos

El análisis estadístico descriptivo de los datos se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 20.0. Se ha procedido a la realización de los diferentes análisis estadísticos de tipo descriptivo observacional, sobre todo en lo relacionado con las frecuencias de aparición.

Consideraciones éticas

La identidad del paciente ha permanecido confidencial en todo momento, en cumplimiento de la legislación española y europea (Directiva 95/46/EC) referente a la protección y transmisión de datos de carácter personal.

Resultados

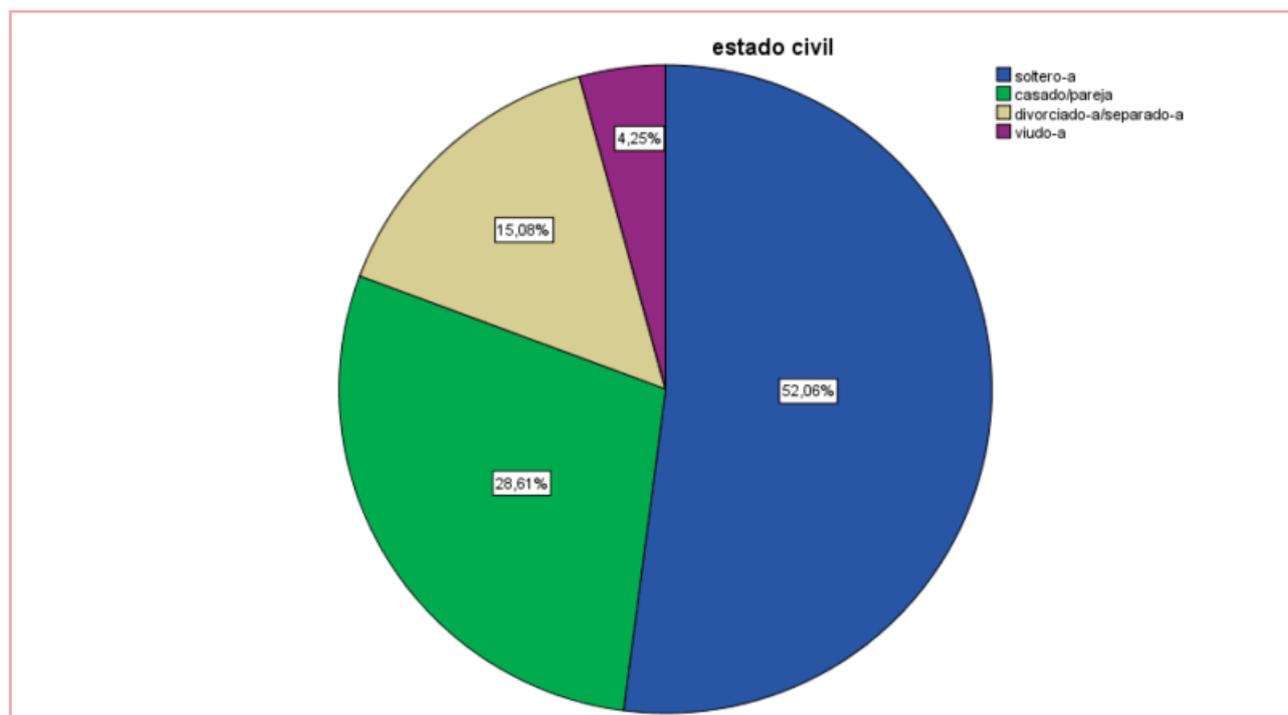


Figura 1. Variables sociodemográficas.

Análisis descriptivo de variables sociodemográficas

A continuación, se describen la distribución de las siguientes variables sociodemográficas en la muestra del estudio:

1. Edad

La media de edad de los pacientes de la muestra es de $45,85 \pm 16,37$ años.

2. Sexo

En la muestra, la frecuencia de hombres es de 53,7 y de mujeres de 46,3.

3. Estado civil

De los pacientes de la muestra, 808 (52,1 %) se declaran solteros; seguidos, en orden decreciente, por casados, divorciados/separados y viudos (figura 1).

Variables relacionadas con datos clínicos: antecedentes

1. Variables relacionadas con antecedentes médico-quirúrgicos

- Presencia de antecedentes médico-quirúrgicos: se objetivó que el 55,5 % de los pacientes presentaban antecedentes.

Análisis descriptivo de variables relacionadas con datos clínicos: enfermedad actual

1. Estancia media hospitalaria

Se pudo observar que los pacientes ingresados en la Unidad presentaban una estancia media de 18,63 días.

2. Variables relacionadas con la enfermedad médica actual

a) Complejidad diagnóstica médica actual (Intermed).

De la muestra del estudio, en el 4 % de los pacientes se objetiva complejidad para establecer el diagnóstico.

b) Diagnóstico somático según la CIE-10

- Frecuencia de diagnóstico somático:

En la muestra del estudio, y siguiendo criterios de la CIE-10, el diagnóstico somático principal se objetiva en el 22,6 % de los pacientes, mientras que el 38,1 % presentan diagnóstico somático secundario y el diagnóstico somático terciario en 12,3 % de los pacientes de la muestra.

- Tipo de diagnóstico somático:

El diagnóstico somático principal más frecuente es el de enfermedad del sistema nervioso.

c) Interconsultas solicitadas

En la muestra, se obtiene que se solicitó interconsulta a 566 pacientes (36,5 %). La mayor parte de estas interconsultas fueron realizadas a servicios médicos (22,8 %). Figura 2.

3. Variables relacionadas con la enfermedad psiquiátrica actual

3.1. Diagnóstico psiquiátrico según la CIE-10

- Frecuencia de diagnóstico psiquiátrico:

En la muestra del estudio, y siguiendo criterios de la CIE-10, inicialmente se objetiva algún diagnóstico psiquiátrico actual en el 99,9% de los pacientes. En la distribución según temporalidad y nivel de afectación: en 301 (19,4 %) son presentación de novo y en 1251 (80,6 %) trastornos previos. Figura 3.

-Tipo de diagnóstico psiquiátrico:

Los diagnósticos psiquiátricos principales más frecuentes son: 1) trastorno del espectro de la esquizofrenia (33,2 %) y del humor en 22 (31,4 %) pacientes. Figura 4.

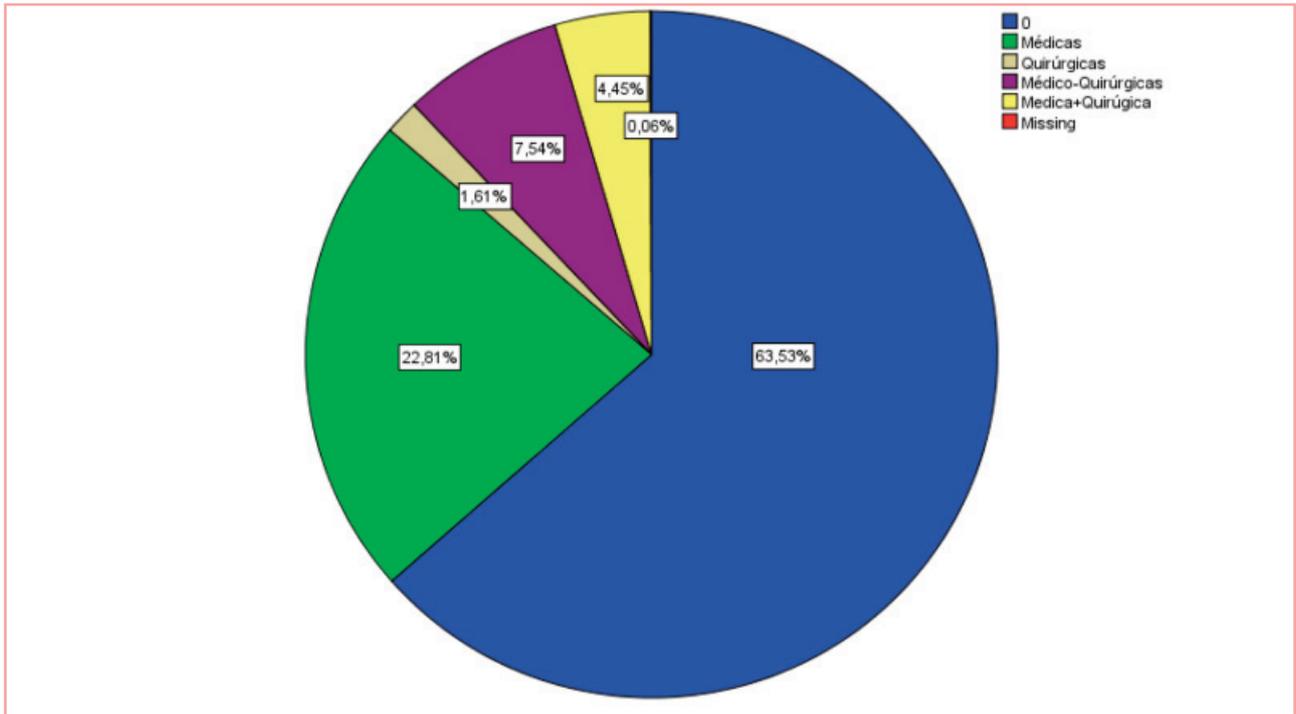


Figura 2. Interconsultas solicitadas.

Los diagnósticos psiquiátricos secundarios más frecuentes son: 1) trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas en 248 (16 %) pacientes; 2) causas externas de mortalidad y morbilidad (7,7 %); 3) trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto en 86 pacientes (5,5

%). El diagnóstico psiquiátrico terciario más frecuente es el trastorno de la personalidad.

Análisis descriptivo de variables relacionadas con la gravedad de la enfermedad actual

1. Gravedad médica: índice acumulativo de enfermedad
Un 50,7 % de los pacientes presentan afectación de

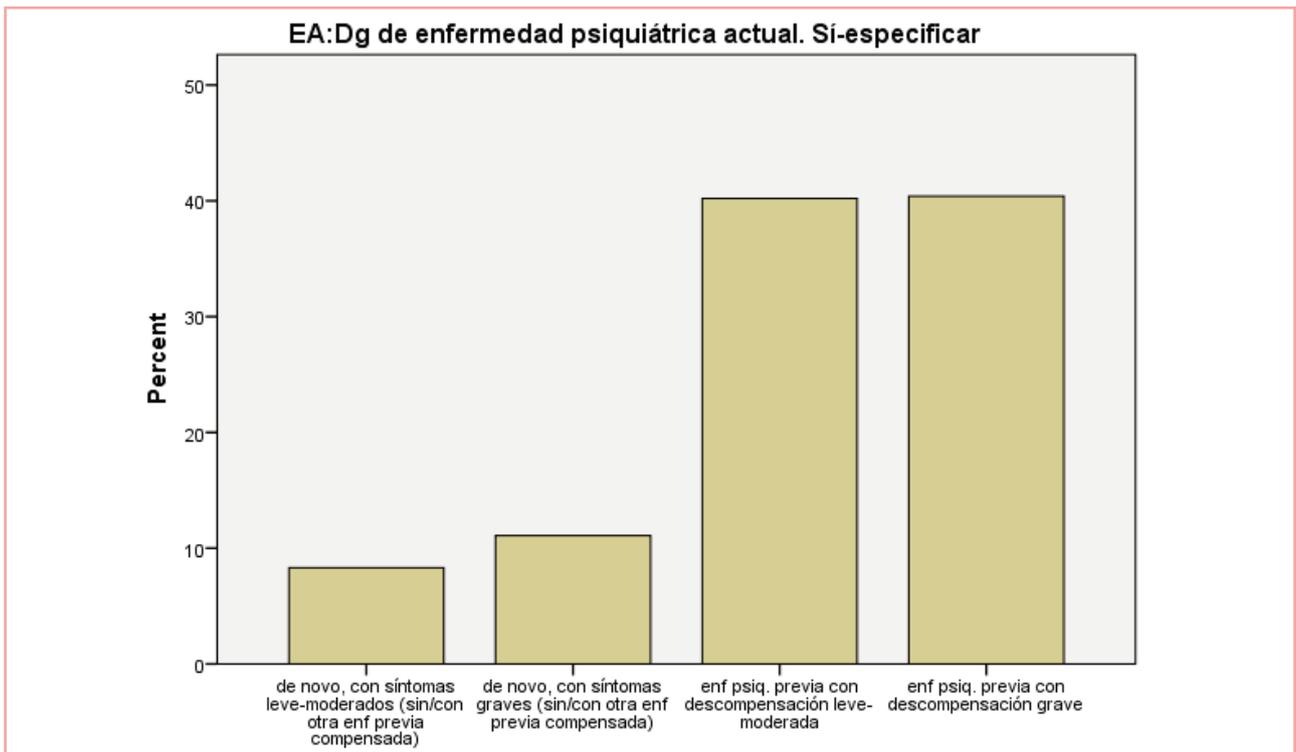


Figura 3. Diagnóstico psiquiátrico.

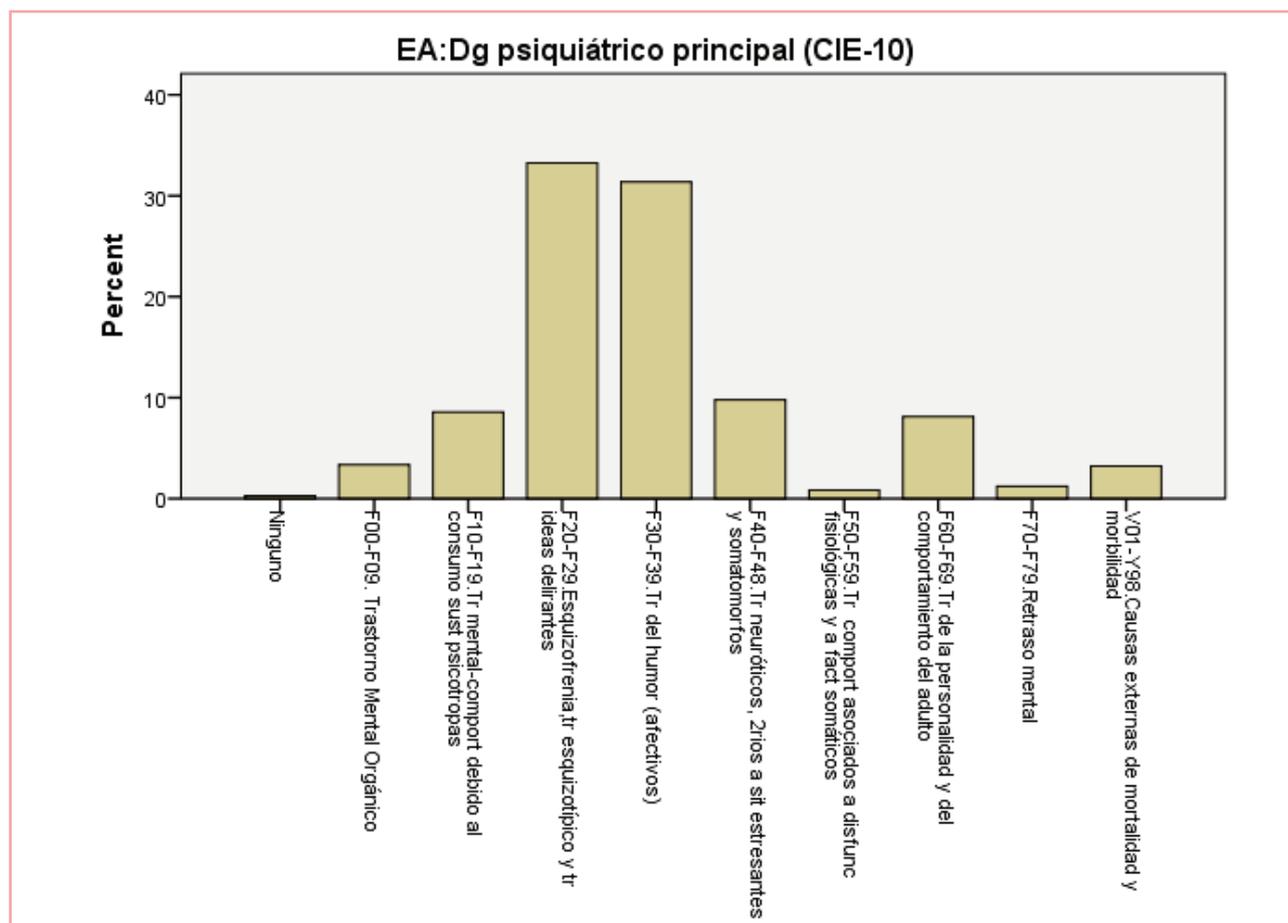


Figura 4. Tipo de diagnóstico psiquiátrico.

categoría con gravedad de nivel 3 y un 2 % en la categoría con gravedad de nivel 4.

2. Gravedad psiquiátrica: escala de gravedad de la enfermedad psiquiátrica (GEP)

En la muestra del estudio, 749 (48,3 %) pacientes se incluyen en el grupo de mayor afectación, 769 pacientes (49,5 %) en afectación moderada.

En relación con la dimensión 1 = razones para el ingreso, se objetiva un nivel de gravedad moderado-grave para: riesgo potencial de suicidio en un 20,9 % de los pacientes; y síntomas psiquiátricos en un 98,6 %. Respecto al autocuidado, el 26,9 % presentan afectación moderada. En relación a nivel de gravedad moderado con respecto a problemas médicos, encontramos el 16,4%; con problemas de toxicomanías 17,7% y 2,5% afectación grave; problemas familiares en el 28,2 % y laborales en el 29,6 %.

En cuanto a complicaciones relacionadas con el tratamiento: se objetiva afectación moderada: en el 39,7 % se oponen al tratamiento; en el 7,6 % escasa implicación familiar; y en el 60,7 % se encuentra una disfunción premórbida.

3. Gravedad médico-psiquiátrica: tipos de unidades de medicina-psiquiatría (UMP)

En la muestra del estudio, siguiendo criterios operativos de gravedad médico-psiquiátrica de Kathol, en 190 (11,3 %) pacientes estaría indicado el ingreso en una UMP tipo III o UMP tipo IV: en 147 (9,5

%) en una UMP tipo III, al ser la gravedad psiquiátrica media-alta y médica baja-media, y en 40 (2,6 %) en una UMP tipo IV, al ser la gravedad psiquiátrica y médica altas. Un 12,4 % se habría beneficiado de la existencia de una UMP. Figura 5.

4. Gravedad conductual (Intermed)

- Dificultades de adaptación del paciente a la enfermedad/ingreso:

En la muestra del estudio, 700 (45,1 %) pacientes presentan dificultades de adaptación a la enfermedad.

- Resistencia al tratamiento y/o cuidados médicos:

En la muestra del estudio, 320 (20,6 %) pacientes presentan resistencia al tratamiento y/o cuidados médicos.

5. Gravedad social (Intermed)

- Dificultades en las redes sociales:

En la muestra del estudio, 1219 (78,5 %) pacientes presentan alguna dificultad en las redes sociales; ya sea en el contacto con la familia y/o en el trabajo y/o con los amigos.

- Motivo principal de la disfunción social:

En la muestra del estudio, el 65,5 % de los pacientes presentan disfunción social.

Análisis descriptivo de variables relacionadas con el alta hospitalaria

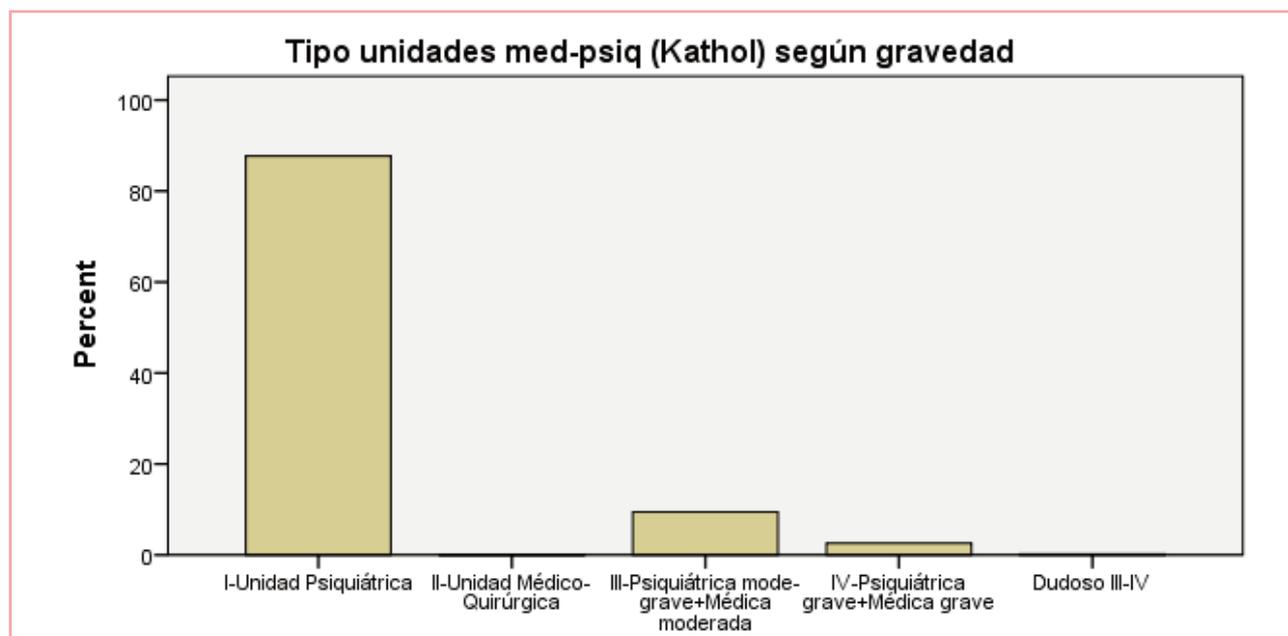


Figura 5. Tipo de unidades de medicina-psiquiatría (HKathol) según gravedad.

En este apartado, en las siguientes tablas, se describe la distribución en la muestra del estudio de las siguientes variables relacionadas con el alta hospitalaria:

1. Motivo del alta hospitalaria

El motivo de alta más frecuente es mejoría/curación.

2. Derivación al alta hospitalaria

En la muestra del estudio, casi la mitad de la muestra son derivados para continuar tratamiento psiquiátrico; 418 (26,9 %) pacientes precisan control ambulatorio médico y psiquiátrico; y 12,3 % inician seguimiento psiquiátrico.

3. Tratamiento farmacológico al alta hospitalaria

Psicofármacos recomendados al alta: en un 21,3 %: antidepresivo + ansiolítico + neuroléptico, siendo más frecuente la prescripción de tres psicofármacos.

Discusión

La muestra procede de pacientes adultos ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, durante los años 2014, 2015, 2016 y 2017.

El sesgo de información depende fundamentalmente de la validez y fiabilidad del instrumento de medida utilizado y de los errores sistemáticos debidos a los entrevistadores.

En este estudio se han utilizado instrumentos estandarizados y validados en español, para documentar la gravedad médica, psiquiátrica, conductual y social; y los criterios de la CIE-10 para el diagnóstico somático y psiquiátrico, tal y como se describe en el apartado de "Metodología". Dado que se utilizan a nivel clínico, se espera que los resultados del estudio puedan ser relevantes en la práctica clínica. En nuestro conocimiento, es el primer estudio que utiliza conjuntamente estos instrumentos para documentar la gravedad de la comorbilidad mé-

dico-psiquiátrica en una unidad de hospitalización de adultos de psiquiatría.

La recogida retrospectiva de los datos permite tener información de todo el ingreso. Se objetivan las limitaciones propias de los datos derivados de fuentes documentales, como las historias clínicas, informes de alta, etc.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se trata de un estudio observacional, sin grupo control, realizado en un único lugar. Aunque el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza es un buen ejemplo de hospital de tercer nivel del Sistema Nacional de Salud, los resultados obtenidos son sólo representativos de un área de salud, en particular del área III de Zaragoza, lo que dificulta la generalización de los resultados. No obstante, la muestra ha sido bien definida para proporcionar a otros investigadores información completa para comparar en futuros estudios.

Hay que considerar las limitaciones derivadas de un diseño retrospectivo de la recogida de datos, referida tanto a la realización de entrevistas clínicas no estructuradas como a la procedencia de fuentes documentales ya existentes.

El intento de referenciar el estudio tiene sus limitaciones ya que en lo que conocemos hasta la fecha:

a) en la actualidad, no existen en la bibliografía estudios publicados realizados sobre comorbilidad médico-psiquiátrica en unidades de hospitalización de adultos de psiquiatría con los que se pueda realizar una comparativa o de los que se pueda extraer información;

b) la implantación de las UMP se ha hecho sobre observaciones empíricas y, en este estudio, se hace un trabajo preliminar en el que se proporcionan evidencias, a partir de datos obtenidos en la práctica diaria de una unidad de hospitalización de adultos de psiquiatría, para recomendar el desarrollo de

programas de tratamiento integral, UMP, en el hospital general;

c) y las UMP ya establecidas son bastante heterogéneas en base a su organización, población que atienden, criterios de admisión (unas se enfocan a determinadas patologías y otras abarcan una mayor variedad de problemas médico-psiquiátricos; diferencias en el nivel de agudeza de la enfermedad), criterios administrativos, y tipo de centros en las que funcionan.

De la muestra, se objetiva un diagnóstico somático principal en el 22,6 % de los pacientes, mientras que el 38,1 % presentan diagnóstico somático secundario y el terciario en un 12,3 %, siendo el diagnóstico principal enfermedades del sistema nervioso (diferenciando de otros estudios en el que era el sistema digestivo⁴² donde la mayoría de la interconsulta se enviaba al servicio de Digestivo en un 30 % de los casos). En cuanto a los diagnósticos somáticos secundarios más frecuentes se encontraron enfermedades del sistema endocrino seguido de enfermedades del sistema circulatorio y del sistema nervioso; y en relación a los terciarios: enfermedades del sistema circulatorio y endocrinas (en otro estudio se documentó que casi la mitad de los pacientes presentaban alteraciones endocrinológicas⁴⁰).

A más de la mitad de la muestra se le realizaron dos o más pruebas diagnósticas, a diferencia de lo obtenido en un estudio sobre patología somática en pacientes ingresados en Psiquiatría⁴² en el que a sólo un tercio de los pacientes se les realizaban exploraciones.

Nuestro estudio muestra que en el 36,5 % de los casos fue preciso solicitar Interconsulta, que en la mayoría de los mismos (22,8 %) fueron realizadas a servicios médicos.

Los resultados del presente estudio reflejan que, el diagnóstico psiquiátrico principal más frecuente fueron los trastornos del humor en un 31,4 %, seguido de esquizofrenia en un 33,2 % (en el estudio mencionado anteriormente de Bensa⁴² se encontraron menos del 10 % de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia).

En la muestra del estudio se evidencia un 73 % de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, lo que incrementa la primera hipótesis general planteada acerca de la prevalencia de la patología médica comórbida.

Por otra parte en UMP mixtas ya establecidas, como la de Suiza, a lo largo de cinco años documentan un incremento en el número de casos de comorbilidad, así como en la complejidad de los casos, pasando de un 67,2 % en el año 2000, a un 90,6 % en 2004.

En un estudio³⁴ en el que se compara una muestra de pacientes complejos ingresados en una UMP mixta en una ocasión o en una unidad médica convencional en otra, se documenta una diferencia importante en la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos y de comorbilidad médico-psiquiátrica que se realizan. En el caso de la UMP, se diagnostica trastorno psiquiátrico en un 89 % de los casos y comorbilidad en un 41 %. Sin embargo, cuando ingresan en planta médica sólo se diagnostica

trastorno psiquiátrico en un 6 % y comorbilidad en un 4 %. Podría argumentarse que cuando son admitidos en la planta médica estuvieran menos enfermos desde el punto de vista psiquiátrico y más médicamente que cuando ingresan en la UMP; sin embargo, y de acuerdo con la bibliografía, parece que juega un papel más importante la mejor detección de casos en la UMP, teniendo en cuenta además que muchos de estos son crónicos o reagudizaciones, y que la infradetección es frecuente en unidades médicas. Por otra parte, entre la UMP y la unidad de medicina convencional hay menor diferencia en la detección de patología somática (44 % vs. 69 %) y apenas hay diferencia en los diagnósticos funcionales (29 % vs. 25 %). Esto indica que un enfoque integral en la UMP puede garantizar una adecuada detección de casos tanto psiquiátricos como somáticos.

EL IAE nos ha permitido analizar el número de categorías-aparatos, de los sistemas orgánicos afectados y su gravedad. En nuestra muestra, los valores, en media, son los siguientes:

Un 50,7% de los pacientes presentan afectación de categoría con gravedad de nivel 3 y un 2 % en la categoría con gravedad de nivel 4.

En relación a la bibliografía existente, la implantación de las UMP mixtas se ha realizado sobre observaciones empíricas. En este estudio, partiendo de la muestra descrita, pretendemos documentar, siguiendo criterios de Kathol, qué pacientes tienen la suficiente agudeza y gravedad de la comorbilidad médica y psiquiátrica para recomendar la creación de UMP, beneficiándose de un tratamiento integral.

En apoyo de la segunda hipótesis general planteada, encontramos que un 11,3 % de los pacientes serían candidatos a ingresar en una UMP tipo III o UMP tipo IV. En una UMP III, el 9,5% de los pacientes, al ser en ellos la gravedad psiquiátrica media-alta y médica media y en una UMP IV, el 2,6 % de los pacientes, los más complejos de todos al ser en ellos la gravedad psiquiátrica y médica altas.

- Buckley¹ indica que en la UMP-Irlanda tuvieron 139 admisiones, en media unos 11-12 pacientes/mes.

- Khisi y Kathol⁴⁷ señalan que la UMP IV establecida en el hospital de Iowa dispone de 12 camas, que representan en torno al 1 % de los ingresos anuales del hospital. Habitualmente hay lista de espera, es decir, que el número de pacientes que podrían ser atendidos en una UMP IV probablemente sería mucho mayor que el que los ingresos reflejan. Sugieren que más de un 1 % de pacientes ingresados en un hospital general puede beneficiarse de programas integrales médicos y psiquiátricos tipo IV. En un estudio posterior⁴⁸, indican que entre un 2 y un 5 % de todos los pacientes ingresados en un hospital general tendrán comorbilidad somática y psiquiátrica de suficiente complejidad para justificar la atención en una UMP IV.

- Goodman⁴⁵ refiere que entre las razones que motivaron el establecimiento de la UMP en el Mount Sinai Medical Center, de Nueva York, fue el alto por-

centaje, 45 %, de pacientes psiquiátricos hospitalizados con enfermedad médica en el hospital.

- En nuestro medio, en un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza⁴⁴, en pacientes médico-quirúrgicos ingresados en el hospital general por los que se solicitó interconsulta a la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de enlace, se objetivó que un 19,6 % de los pacientes cumplía criterios de agudeza y gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica, descritos por RG. Kathol, para justificar su ingreso en una Unidad mixta de Medicina y Psiquiatría (UMP) tipo III, y un 6,7 % cumplía criterios para justificar su ingreso en una UMP tipo IV.

A los pacientes en riesgo de ser complejos se les aplicaría un *screening* al ingreso para detección y cuantificación del nivel de complejidad. En otro estudio⁴⁶, que documenta la utilidad de Intermed en pacientes neumológicos para valorar la complejidad del caso en el momento del ingreso hospitalario, se objetivó que un 24,7 % de esta población de pacientes se clasifican con dicho método como complejos. Además, se observó que estos pacientes puntuaban más alto en medidas de complejidad de cuidados, también valoradas en el presente estudio (IAE, número de consultas durante el ingreso y número de diagnósticos) y también se asociaba con la duración de la estancia hospitalaria.

Como se indicó previamente en el apartado de "Metodología", se utilizaron ítems de Intermed para valorar la conducta y situación social. En el presente estudio, cerca del 45,1 % presentan dificultades de adaptación a la enfermedad y/o ingreso; y un 20 % resistencia al tratamiento y/o cuidados médicos. En cuanto a la dificultad en las redes sociales, está presente en más de la mitad de los pacientes de la muestra, pudiendo tener un origen psiquiátrico, somático o mixto.

Conclusiones

Después de haber realizado la presentación de los resultados y su discusión, y con las limitaciones metodológicas expuestas, es posible establecer las siguientes conclusiones:

- Entre los pacientes adultos ingresados en una unidad de hospitalización de adultos de psiquiatría, la tasa de realización de interconsultas a otros servicios médicos es del 36,5 %, y el perfil sociodemográfico de la muestra evidencia mayoría de sexo masculino, edad adulta, estudios primarios, solteros y viven solos.
- Se encontró comorbilidad médico-psiquiátrica en el 73 % de los pacientes de la muestra.
- En relación con el objetivo principal del estudio y confirmando la hipótesis de trabajo se documenta que: el 11,3 % de los pacientes cumple criterios de agudeza y gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica, descritos por RG. Kathol, para justificar su ingreso en una unidad mixta de medicina y psiquiatría (UMP) tipo III en el 9,5 % de los casos o tipo IV en el 2,6 %.

- Los datos presentados deberían tenerse en cuenta para mejorar la detección, abordaje precoz y valoración adecuada de la gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica en el hospital general.

Financiación

Sin financiación.

Conflictos de intereses

Sin conflictos de intereses.

Bibliografía

- 1 Buckley P, Freyne A, Walshe N. The Medical-Psychiatry Unit. A pilot study of conjoint care within an Irish General Hospital. *Psychosomatics* 1994; 35:515-519.
- 2 Bulbena Vilarrasa A, Jáuregui Berecibar JV, Torrens Mélich M, Castillo Buenaventura C. Medición de la enfermedad somática en enfermos psiquiátricos y en toxicómanos. En: *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinosa P. Ed. Masson. Barcelona 2000; p.55-60. ISBN 84-458-0962-8.
- 3 Bulbena A, Zabalo MJ. Índice Acumulativo de Enfermedad. Adaptación al castellano del del Cumulative Illness Rating Scale en población psicogeriatrica. *Rev Gerontol* 1996:313-318.
- 4 Bulbena A, Pompei S, Ollé L, Coletas J. Medida de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica. *Arch Neurol* 1997; 7 (Supl2): 69-79.
- 5 Bulbena A, Serras E, Torrens M, López Colomé JL, Martínez MA, Castillo C. Medical Assessment in Drug Addicts: Reliability and Validity of the Cumulative Illness Rating Scale (Substance Abuse version) (CIRS-SA). En prensa. 1998.
- 6 Bulbena Vilarrasa A, Zúñiga Lagares A, Martín Carrasco M, Ballesteros Rodríguez J. Gravedad clínica en psiquiatría. En: *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinosa P. Ed. Masson. Barcelona 2000; p.61-67. ISBN 84-458-0962-8.
- 7 Creed F, Morgan R, Fiddler M, Marshall S, Guthrie E, House A. Depression and anxiety impair Health-Related Quality of life and are associated with increased cost in general medical inpatients. *Psychosomatics* 2002; 43: 302-9.
- 8 De Jonge P. Detection of complex patients in the general hospital: from psychiatric comorbidity to care complexity. Amsterdam, Thela Thesis 1999.
- 9 De Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC. Case and Care Complexity in the Medically Ill. In: *Integrated care for the complex medically ill*. Huyse FJ and Stiefel FC, (Eds.). *Med Clin North Ame* 2006; 90:679-692. Philadelphia: Elsevier.
- 10 Fogel BS, Stoudemire A, Houpt JL. Contrasting models for combined medical and psychiatric inpatients treatment. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1085-1089.
- 11 Furlanetto L, Da Silva R, Bueno J. The impact of psychiatry comorbidity on length of medical inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 14-9

- 12 Gertler R, Kopec-Schrader EM, Blackwell ChJ, Evolution and evaluation of a Medical Psychiatric Unit. *General Hospital Psychiatry* 1995; 17:26-31.
- 13 Hoffman RS. Operation of a Medical-Psychiatric Unit in a General Hospital Setting. *General Hospital Psychiatry* 6, 93-99, 1984.
- 14 Hosaka T, Aoki T, Watanabe T, Okuyama T, Kurowa H. General hospital from the perspective of medical economics. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 449-53.
- 15 Huysse FJ, Lyons JS, Stiefel FC et al. INTERMED: a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:39-48.
- 16 Huysse FJ, Stiefel FC. *Integrated care for the complex medically ill*, 2006. Philadelphia: Elsevier.
- 17 Kathol RG, Clarke D. Rethinking the place of the psyche in health: toward the integration of health care systems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39:816-825.
- 18 Kathol RG, Harsh HH, Hall RCW, et al. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 1992; 33:376-386.
- 19 Kathol R, Saravay SM, Lobo A et al. Epidemiologic trends and costs of fragmentation. In: *Integrated care for the complex medically ill*. Huysse FJ, Stiefel FC, (Eds.). *Med Clin North Ame* 2006; 90:549-572. Philadelphia: Elsevier.
- 20 Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative Illness Rating Scale. *J Am Geriatr Soc* 1968; 16: 622-626.
- 21 Lobo E, Bellido M, Campos R, Saz P, Huysse F, de Jonge P, Lobo A. Primera validación en español del método INTERMED: Un sistema de temprana detección de problemas biopsicosociales y de consumo de servicios en pacientes médico-quirúrgicos. *C. Med. Psicósom*, N.º 67 / 68 - 2003.
- 22 Lyons J. PSYMON. An outcomes management/decision support system for acute psychiatric services. *Mental Health Services and Policy Program*. Department of Psychiatry&Behavioral Sciences. Northwestern University Medical School 1994.
- 23 Molnar G, Fava GA, Zielezny MA. Medical-Psychiatric Unit patients compared with patients in two other services. *Psychosomatics* 1985; 26:193-209.
- 24 Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001; 23:625-8.
- 25 Lyketsos CG 1, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics*. 2002;43(1):24- 30.
- 26 Seitz DP 1 , Vigod SN, Lin E, Gruneir A, Newman A, Anderson G, Rapoport MJ, Rochon P, Blumberger DM, Herrmann N. Characteristics of older adults hospitalized in acute psychiatric units in ontario: a population-based study. *Can J Psychiatry*. 2012;57(9):554-63.
- 27 Alberque C 1 , Gex-Fabry M, Whitaker-Clinch B, Eytan. The five-year evolution of a mixed psychiatric and somatic care unit: a European experience. *Psychosomatics*. 2009;50(4):354- 61.
- 28 Feng L, Chiam PC, Kua EH. Psychiatric morbidity and acute hospitalization in elderly people. *Int Psychogeriatr*. 2006 Dec;18(4):701-11.
- 29 Douzenis A 1 , Seretis D, Nika S, Nikolaidou P, Papadopoulou A, Rizos EN, Christodoulou C, Tsopelas C, Mitchell D, Lykouras L. Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity. *BMC Health Serv Res*. 2012 Jun 19;12:166.
- 30 Lykouras L, Douzenis A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jul;21(4):398-402.
- 31 Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, Maison P, Terra JL, Azorin JM; avec le soutien institutionnel du laboratoire Lilly. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Sante Publique*. 2011 Nov-Dec;23 Suppl 6:S167-74.
- 32 Eytan A, Bovet L, Gex-Fabry M, Alberque C, Ferrero F. Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur Psychiatry*. 2004 Dec;19(8):499-501.
- 33 Honig A, Visser I, Heller H, Kieviet N, Boenink AD. A medical-psychiatric unit in a general hospital: effective combined somatic and psychiatric care? *Ned Tijdschr Geneesk*. 2014;158(5):A6520.
- 34 Leue C, Driessen G, Strik JJ, Drukker M, Stockbrügger RW, Kuijpers PM, Masclee AA, van Os J. Managing complex patients on a medical psychiatric unit: an observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention. *J Psychosom Res*. 2010 Mar;68(3):295-302. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.010. Epub 2009 Sep 30.
- 35 Prada P, Aspinall V, Alberque C, Andreoli A. A combined medical-psychiatric unit for the management of complex cases. *Rev Med Suisse*. 2009 Feb 11;5(190):366-9.
- 36 Van Waarde JA, Richter C, Müller ME, Verwey B. The medical-psychiatric unit: added value for patients, physicians and hospitals. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2004 Jan 31;148(5):209-11.
- 37 Goh AM, Westphal A, Daws T, Gascoigne-Cohen S, Hamilton B, Lautenschlager NT. A retrospective study of medical comorbidities in psychogeriatric patients. *Psychogeriatrics*. 2016 Jan;16(1):12-9. doi: 10.1111/psyg.12111. Epub 2015 Mar 3.
- 38 Lederbogen F, Kopf D, Hewer W. An interdisciplinary unit for major psychiatric/somatic comorbidity: concept and 22 years of experience. *Nervenarzt*. 2008 Sep;79(9):1051-8. doi: 10.1007/s00115-008-2474-6.
- 39 Swolfs SN, Boerkoel RA, Rijnders CA. The added value of somatic screening for psychiatric outpatients. *Tijdschr Psychiatr*. 2011;53(4):201-10.
- 40 Munshi T, Patel A, Mazhar MN, Hassan T, Siddiqui EU. Frequency of metabolic syndrome in psychiatric patients, is this the time to develop a standardized protocol to reduce the morbidity from an acute care psychiatry unit. *J Pak Med Assoc*. 2015 Jan;65(1):54-8.

- 41 Hyphantis TN, Arvanitakis KI. Physicians' "compliance with treatment" in the context of consultation-liaison psychiatry: The role of "triangle" relationships and projective identification. *Patient Prefer Adherence*. 2008 Feb 2;2:189-93.
- 42 Bensa Q, Auxéméry Y. Somatic treatments in psychiatry: A descriptive study of laboratory tests and systematic involvement in terms of overall care. *Encephale*. 2016 Apr 25. pii: S0013-7006(16)30019-7. doi: 10.1016/j.encep.2016.03.001.
- 43 Saravay SM, lavin M. Psychiatric Comorbidity and Length of Stay in the General Hospital: A Critical Review of Outcome Studies. *Psychosomatics*. 1994;35(3):233-52.
- 44 Cortina MT. Comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes ingresados en el hospital general y atendidos en una unidad de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace. Frecuencia, perfil de gravedad y necesidades asistenciales [tesis doctoral]. Zaragoza: Facultad de Medicina; 2013.
- 45 Goodman B. Combined psychiatric-medical inpatient units: The Mount Sinai model. *Psychosomatics*. 1985;26(3):179-89.
- 46 Lobo E, de Jonge P, Huyse FJ, Rabanaque MJ, Suarez J, Lobo A. Early prediction of psychosocial intervention needs in pneumology patients after nurses' evaluation. *Med Clin (Barc)*. 2008 Nov 29;131(19):731-6.
- 47 Kishi Y, Kathol RG. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics*. 1999 Jul-Aug;40(4):345-55.
- 48 Kathol RG, Stoudemire A. A strategic integration of inpatient and outpatient medicalpsychiatry services. In: Rundell JR, Wise MR, editors. *The text book of consultation-liaison psychiatry*. 2.^a ed. Washington, DC: APPPI Press; 2002. p. 995-1014.