

Interconsultas de psiquiatría de enlace en el Hospital Privado

Georgina Carolina Gavotti (1), Luciana Belén Ponce (1), Lilian Ferreyra (1), Marcela Flores (1)

(1) Servicio de Psiquiatría, Hospital Privado de Córdoba. Argentina.

RESUMEN

La psiquiatría de enlace es una subespecialidad de la psiquiatría. Es el estudio, la práctica y la enseñanza de la relación entre trastornos médicos y psiquiátricos. En el trabajo realizado se evaluó la asociación entre el motivo de consulta de las distintas especialidades médicas realizadas al servicio de psiquiatría de un hospital general localizado en la provincia de Córdoba- Argentina en el año 2013, y los trastornos del eje I del DSM IV. Para dicha realización se tomaron los registros del total de interconsultas realizadas durante un año y se confeccionó una base de datos con su análisis estadístico posterior.

Para indicar el diagnóstico presuntivo se tuvieron en cuenta los grandes síndromes de psicopatología y semiología psiquiátrica Dr. Ricardo Capponi M y la clasificación multiaxial del DSM IV TR. La hipótesis planteada se vio confirmada ya que en el 90% de las interconsultas realizadas hubo una correlación positiva entre el motivo de consulta y el diagnóstico presuntivo realizado por el servicio. Estos resultados reflejan el crecimiento del servicio de psiquiatría de dicha institución en los últimos años, a partir de la incorporación del sistema de residencia con formación de psiquiatras, incluyendo a estos médicos residentes al equipo de salud del hospital general.

Palabras clave: psiquiatría, enlace, diagnóstico, hospital general.

SUMMARY

Liaison psychiatry is a subspecialty of psychiatry. It is the study, practice, and teaching of the relationship between medical and psychiatric disorders. In the study carried out, the association between the motives for consultations of the interconsultations for the various medical specialties of Psychiatry, conducted at the service of a general

hospital located in the province of Córdoba, Argentina in 2013 and Axis I disorders of DSM IV was assessed. For this purpose, the total number of records for Interconsultations in the internship of the hospital for a year were taken and compiled into a database for subsequent statistical analysis. To indicate the presumptive diagnosis, the major syndromes of psychopathology and psychiatric disorders Dr. Ricardo Capponi M and multiaxial DSM IV TR classification were considered.

The hypothesis was confirmed, because in 90% of the consultants there was a positive correlation between the subject of consultation and the presumptive diagnosis made by the service, causing such conditions in patients as Axis I DSM IV and / or syndromes according to Capponi. These results reflect the growth of the psychiatric services of this institution in recent years due to the introduction of a system of internship in training of psychiatrists, and including these interns within the general health team of the hospital.

Key words: psychiatry, liaison, diagnosis, general hospital.

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría en el hospital general se caracteriza por un doble movimiento; en primer lugar la reintegración de las estructuras psiquiátricas en el hospital general y en segundo lugar la actividad de consulta, “de enlace” con los servicios de medicina. Este segundo movimiento, favorecido por la evolución contemporánea de la medicina hacia una mayor científicidad y especialización, muestra al mismo tiempo la preocupación del cuerpo médico por preservar un enfoque global del enfermo y de su contexto de vida (1).

Los psiquiatras de consulta – enlace (C-E) se relacionan con los servicios diagnósticos, terapéuticos, de investigación y docencia, y sirven de puente entre la psiquiatría y otras especialidades (2).

Los psiquiatras de C-E deben asumir muchos papeles: entrevistador hábil y conciso, buen psiquiatra y psicoterapeuta, maestro y clínico informado que comprende los aspectos médicos del caso.

La prevalencia de enfermedad mental en pacientes con enfermedad física crónica supera el 40%, especialmente el abuso de sustancias y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, el delirium se presenta entre el 15% y el 30% de los

Correspondencia:

Georgina Carolina Gavotti
Servicio de Psiquiatría, Hospital Privado Universitario de Córdoba
Av. Naciones Unidas 346 (X5016KEH), Argentina
Tel.: +54 0351 4688200
E-mail: carogavotti@hotmail.com

pacientes hospitalizados. La psicosis y otros trastornos mentales complican a menudo el tratamiento de enfermedades médicas, y conductas patológicas ante la enfermedad, como el suicidio, son un problema frecuente en pacientes que padecen un trastorno orgánico.

Existen dos modelos de psiquiatría C-E; los modelos “dispersos” y los modelos “centralizados”. Los primeros incluyen a psiquiatras o psicólogos que trabajan en un servicio de medicina al que están integrados. Los modelos “centralizados” consisten en una unidad que agrupa el conjunto de medios de intervención psiquiátrica y psicológica de un hospital general (1).

El Hospital Privado de Córdoba cuenta con el servicio de Psiquiatría y Psicología que sigue el modelo “centralizado”, cuya actividad principal es la interconsulta en un contexto de trabajo multidisciplinario; está compuesto por psiquiatras y psicólogos tanto de niños como adultos como así también por psicopedagogos.

Uno de los puntos cruciales de las consultas de enlace es el pedido de interconsulta. Dicha petición proviene de los equipos médicos, los pacientes o sus familiares. La formulación del pedido, la manera en la que es recibido y la respuesta son fundamentales, pues el éxito depende del buen funcionamiento de la oferta y la demanda de todos los que participan en esta “transacción” (1).

“En los últimos siete años, debido al crecimiento y difusión del servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba, y de la implementación del sistema de residencia de médico especialista en psiquiatría; el resto de los médicos han adquirido mayor motivación y entrenamiento para pesquisar las alteraciones en las emociones y la conducta de los pacientes”.

El trabajo realizado evaluó la asociación entre el motivo de consulta de las interconsultas y los trastornos del eje I del DSM IV-TR.

y estrategias de comunicación intrahospitalaria para el entrenamiento del personal de salud, en la detección de las afecciones psíquicas y la concientización de una visión integral biopsicosocial del proceso salud/enfermedad.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Investigar si la difusión del Servicio de Psiquiatría en las distintas áreas del Hospital Privado de Córdoba, hospital polivalente de tercer nivel de complejidad, es suficiente para concientizar a los profesionales del área de la salud acerca de la importancia de la dolencia del paciente con respecto a su patología y su repercusión biopsicosocial en el contexto de la internación y de esta forma evaluar el grado de entrenamiento de los mismos a la hora de solicitar una interconsulta.

Objetivos específicos:

1. Determinar el motivo de consulta más frecuente.
2. Determinar cuál fue el servicio de cabecera más solicitante y el solicitante real.
3. Determinar la relación entre servicio solicitante real y servicio de cabecera.
4. Establecer la relación entre el motivo de consulta y diagnóstico presuntivo realizado por el servicio.
5. Establecer prevalencia de trastornos en el eje I, II, III, IV, del

DSM IV TR.

6. Determinar la frecuencia promedio de visita a cada paciente.
7. Determinar el número total de pacientes entrevistados por primera vez
8. Determinar el número total de entrevistas realizadas a los pacientes por el servicio de psiquiatría durante la internación.
9. Determinar el número promedio de días de internación
10. Determinar el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento psicofarmacológico, los que no lo recibieron y los que no tuvieron adherencia al tratamiento.
11. Determinar porcentaje de pacientes trasplantados.
12. Determinar meses de mayor pedido de interconsultas.

Hipótesis:

La difusión del Servicio de Psiquiatría en las distintas áreas del Hospital Privado de Córdoba es suficiente para concientizar al resto de los profesionales del área de la salud, ya que la mayoría de los motivos de consulta de las interconsultas realizadas a dicho servicio se asocian a un trastorno del eje I del DSM IV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización del presente trabajo se tomaron los registros del total de interconsultas del internado; solicitadas al Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba desde el 01/01/2013 hasta 31/12/2013, y se confeccionó una tabla en Excel que incluyó: fecha de ingreso y egreso del paciente, fecha de solicitud de la interconsulta, y de sucesivas entrevistas, datos de identificación, motivo de consulta, servicio solicitante, servicio de cabecera, si el paciente fue trasplantado, si presentaba algún trastorno en los cuatro primeros ejes del DSM IV, diagnóstico presuntivo y tratamiento instaurado.

Para indicar el diagnóstico presuntivo se tuvieron en cuenta los grandes síndromes de psicopatología y semiología psiquiátrica Dr. Ricardo Capponi M, que incluían; síndrome alucinatorio, delirante, obsesivo, expansivo, depresivo, ansioso, catatónico, obnubilatorio, crepuscular, delirioso, ictal, oligofrénico, síndrome psicoorgánico, demencial, disociativo, somatomorfo, síndrome de Ganser, de Munchhausen, simulador, y amnésico (3).

Además se agregaron los ítems: trastorno de la identidad sexual, trastorno en el eje II sin especificar, trastorno por consumo de sustancias sin especificar y trastorno de alimentación del DSM IV TR. En aquellos casos en los cuales no se evidenció psicopatología se utilizó el término “sin psicopatología”.

El DSM IV TR (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) cuenta con un sistema multiaxial de clasificación que implica una evaluación en varios ejes:

se incluyen cinco ejes (4):

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II: Trastornos de personalidad

Retraso mental

Eje III: Enfermedades médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

Luego con los datos obtenidos se realizó el correspondiente análisis estadístico en Microsoft Excel.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra el motivo de consulta de los solicitantes, siendo el motivo más frecuente síntomas depresivos, síntomas de angustia y ansiedad. Los motivos menos frecuentes fueron, tras-

TABLA 1

MOTIVOS DE CONSULTA	Nº PACIENTES
Adicción a sustancias	7
Alteración en la conducta	5
Angustia	22
T.de alimentación	1
Otros	1
Conflictiva vincular	1
Contención por diagnóstico médico	13
Síntomas conversivos	4
Diagnóstico psiquiátrico conocido	10
Dolor	2
Excitación psicomotriz	15
Falta de adherencia al tratamiento	4
Hiperémesis Gravídica	5
Intento de suicidio	4
Pte. difícil	1
Smas de Ansiedad	19
Smas Depresivos	45
Smas Psicóticos	5
Sme extrapiramidal	2
Valoración pre trasplante renal	1
Valoración pre trasplante cardíaco	3
Valoración pre trasplante hepático	9
Valoración pre trasplante pulmonar	2
Evaluación Psiquiátrica	21

tornos de alimentación, conflictiva vincular, y paciente difícil.

El servicio que más solicitó interconsultas fue el equipo de transplante (15%), seguido de Cirugía Cardiovascular (12%), Nefrología, Clínica Médica y Cirugía General (8% respectivamente).

Los servicios que menos solicitaron fueron entre otros; pediatría, reumatología, cabeza y cuello y anestesia (1%) (Tabla 2).

Con respecto al servicio solicitante real, el que realizó la mayor cantidad de interconsultas fue el equipo de transplante en un 15%, y en segundo lugar clínica médica en un 12% (tabla 3).

En el 70% de las interconsultas se relacionó el servicio de cabecera con el servicio solicitante real, es decir fue exclusivamente el servicio de cabecera del paciente quien solicitó la interconsulta. En el 30% restante no coincidió el servicio de cabecera con el servicio solicitante, es decir la interconsulta fue realizada por otro servicio que también asistía al paciente (Tabla 4).

En el 90% de las interconsultas hubo una correlación positiva entre el motivo de consulta y el diagnóstico presuntivo realizado por el servicio, presentando dichos pacientes afección

TABLA 2

SERVICIO DE CABECERA	Nº PACIENTES
Anestesia	1
Cardiología	9
Cabeza y cuello	1
Cirugía cardiovascular	24
Diabetes y Nefrología	1
Cirugía de tórax	3
Cirugía General	16
Clínica Médica	16
Dermatología	3
Diabetes	3
Equipo de Trasplante	31
Guardia Externa	2
Ginecología	13
Gastroenterología	3
Home care	1
Hematología / Oncología	2
Infectología	12
Nefrología	16
PACO	1
Neumonología	12
Neurocirugía	7
Reumatología	1
Traumatología	9
Pediatría	1
Neurología	12
Urología	2

TABLA 3

SOLICITANTE REAL	Nº PACIENTES
Anestesia	1
Cardiología	6
Cirugía cardiovascular	1
Cirugía General	8
Clínica Médica	24
Cirugía de tórax	2
Diabetes y Nefrología	1
Dermatología	1
Diabetes	2
Equipo de Trasplante	29
Familiar	7
Gastroenterología	2
Ginecología	15
Guardia Externa	2
Hematología / Oncología	1
Infectología	6
Medicina del dolor	1
Médico interno	15
Nefrología	14
Neonatología	19
Neumonología	9
Neurocirugía	4
Neurología	10
Paciente	5
Pediatría	1
Reumatología	1
Traumatología	4
UCE	1
UCO	3
Urología	1
UTI	6

en el eje I.

El diagnóstico presuntivo más frecuente fue el síndrome depresivo en un 24% de las interconsultas (Tabla 5). Un 36% de las interconsultas no presentaron psicopatología. En cuanto a las afectaciones de los diferentes ejes del DSM IV TR el 54% de las interconsultas presentó afectación en el eje I, el 12% en el eje II, 89% en el eje III, 36% en el eje IV, el 3% en todos los ejes.

TABLA 4 - Relación entre el servicio de cabecera y el solicitante real.

SERV. DE CABECERA	Nº PAC.	SI	NO
Anestesia	1	1	0
Cardiología	9	4	5
Cabeza y cuello	1	0	1
Cirugía cardiovascular	24	19	5
Diabetes y Nefrología	1	1	0
Cirugía de tórax	3	2	1
Cirugía General	16	8	8
Clínica Médica	16	11	5
Dermatología	3	1	2
Diabetes	3	2	1
Equipo de Trasplante	31	28	3
Guardia Externa	2	1	1
Ginecología	13	13	0
Gastroenterología	3	1	2
Home care	1	0	1
Hematología / Oncología	2	1	1
Infectología	12	5	7
Nefrología	16	13	3
PACO	1	0	1
Neumonología	12	9	3
Neurocirugía	7	4	3
Reumatología	1	1	0
Traumatología	9	4	5
Pediatría	1	1	0
Neurología	12	10	2
Urología	2	1	1
Total	200	141	61

A lo largo de 12 meses, se recibieron 202 solicitudes con un promedio de 3,32 visitas por cada paciente. Y hubo un total de 672 visitas en 140 días hábiles.

El 30,7 % tuvo una sola visita, mientras que 59,4% tuvo 2 a 6 visitas, 7,4% tuvo entre 7 a 12 visitas, y el 2,4% tuvo entre 13 a 22 visitas.

El 62% de las interconsultas recibió tratamiento psicofarmacológico, el 37% no y el 1% no adhirió al tratamiento indicado.

Finalmente el 19% de las interconsultas correspondieron a pacientes trasplantados y los meses de mayor interconsulta al servicio fueron mayo y octubre.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo fueron relacionados con los trabajos de similares características publicados en otros países debido a que en nuestro medio no se han registrado publicaciones de esta índole. Al no conocerse otras investigaciones referentes a la temática, hace de ésta una línea de base para futuras investigaciones en relación a la psiquiatría de enlace a nivel provincial y nacional.

Los resultados de este trabajo son semejantes a los ob-

TABLA 5

DIAG. PRESUNTIVO	PACIENTES
Sin psicopatología	73
Síndrome alucinatorio	6
Síndrome delirante	2
Síndrome obsesivo	1
Síndrome expansivo	1
Síndrome depresivo	48
Síndrome ansioso	30
Síndrome catatónico	1
T.de la Identidad Sexual	1
T.en el Eje II	9
Síndrome delirioso	15
T.por consumo de sustancias	7
Síndrome demencial	4
Síndrome disociativo	1
Síndrome somatomorfo	2
T. de la alimentación	1

tenidos por otros, donde se han analizado los trastornos psiquiátricos en individuos hospitalizados (5,6,7,8).

En relación al motivo de consulta más frecuente; éste fue el síndrome depresivo, lo cual coincide con el resultado encontrado por Guillermo Hernández y cols (5) y Francisco J. Vaz Leal y cols (7); a diferencia del trabajo realizado por José Franco y cols (6) en el cual el motivo de consulta por trastornos del estado de ánimo ocupó un segundo lugar, siguiendo al de demencia y por Paula Padilla Et al (13), donde los trastornos adaptativos superaron en porcentaje al resto de la patología.

Según Manuel Valdés (8), los principales motivos de petición fueron los síntomas somáticos sin explicación médica y el abuso de sustancias, (15,2% y 9,2% respectivamente); éstos en nuestro medio tuvieron una prevalencia del 2 y 3 %.

En trabajos de prevalencia se han encontrado tasas altas de trastornos por consumo de sustancias (16,17,10), a diferencia del presente estudio donde la prevalencia de dichas patologías fue baja, lo que se podría interpretar como una escasa utilización de herramientas específicas para la detección de las mismas y que el trabajo fue realizado en una institución no referente ni especializada en el abordaje de adicciones.

Francisco J. Vaz Leal(7) concluyó que el diagnóstico más frecuente fue el de trastornos afectivos, ocupando un 16%, dato coincidente con este trabajo donde dicha patología ocupó un 24 % seguido de trastorno ansioso en un 15%. Las cifras se aproximan a lo que la literatura a nivel mundial expresa en términos generales. Se podría inferir de lo anteriormente expuesto que tanto los trastornos afectivos como los trastornos de ansiedad ocuparon los mayores porcentajes, ya que corresponden a las patologías de mayor prevalencia en esta especialidad.

Cabe aclarar que el hecho de que en un 36% no se detectó patología, podría deberse a que dentro de este porcentaje fueron incluidas las valoraciones psiquiátricas pre trasplante, y valoraciones profilácticas de familiares de pacientes neonatos y niños que fueron sometidos a una cirugía cardiovascular; o porque en ese momento no existía trastorno psicopatológico manifiesto; por lo general se trataba de respuestas adaptativas ante la enfermedad y situación de internación, es decir, de intentos de elaborar emocionalmente la situación disruptiva en las que se

encontraban los pacientes. Francisco J. Vaz Leal y cols (7) no detectó psicopatología en un 11%.

Si bien el servicio de clínica médica como solicitante de interconsultas ocupó un quinto lugar; en los trabajos publicados internacionalmente dicho servicio se destacó por ser uno de los principales solicitantes (5,7,9). Sin embargo la variable "solicitante real" no fue analizada en los trabajos comparados y es en éste resultado donde se observa el mayor protagonismo del servicio de clínica médica, ocupando éste uno de los mayores porcentajes junto al equipo de trasplante, destacando que el servicio de psiquiatría de la institución estudiada forma parte del mismo equipo, esto explica que el servicio de trasplante sea el solicitante que encabeza la lista.

Entre los servicios que menos interconsultas realizaron se encontró pediatría, ocupando un 1%, dato coincidente con la investigación de Francisco J. Vaz Leal Et al (7). De acuerdo con este autor, "una posible explicación sería la tendencia, por parte del personal del anterior servicio, a derivar a los niños con problemas hacia servicios de psiquiatría infantil de carácter ambulatorio, aunque tal medida supone que se deja sin atender (o, al menos no se pone en manos de personal especializado) la problemática intrahospitalaria del niño".

Se resalta el hecho de que el motivo de consulta de las interconsultas solicitadas y el diagnóstico realizado por el servicio de psiquiatría de las mismas coincidió en un 90%, datos similares a los hallazgos del estudio de Guillermo Hernández y cols (5), donde los motivos de consulta encuentran correlato en los cuadros psiquiátricos hallados. Datos discrepantes con los resultados obtenidos en un estudio realizado en Colombia (6), donde se refleja que un 44,5 % de los trastornos psiquiátricos en los pacientes hospitalizados no son diagnosticados por el personal médico no psiquiatra.

Con respecto a la evaluación multiaxial y el análisis en porcentajes de la cantidad de pacientes con afecciones en los distintos ejes del DSM IV TR realizado en el presente trabajo, en la literatura comparada se observó que en el trabajo realizado por Guillermo Hernández y cols (5), si bien también utilizaron el DSM IV para determinar las entidades diagnósticas, sólo se mencionó cuantitativamente cuántos pacientes tenían afección en los distintos ejes; de los cuales 13 presentaban afección en el eje IV, 7 en el eje II y 2 en el eje III, a su vez la información referente a los ejes III y V no fueron incluidas en el reporte.

En el trabajo de José Gabriel Franco y cols (6) también se utilizó el DSM IV TR como herramienta diagnóstica, y entre los resultados se determinó la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes estudiados que fue 44.5%, es decir sólo se tuvo en cuenta el eje I. A diferencia de lo anteriormente expuesto en el trabajo de Navinés R y cols (9) se utilizaron los criterios diagnósticos del CIE-10 y en el de Francisco J. Vaz Leal y cols (7) el DSM-III.

En la institución en cuestión, a lo largo de 12 meses, se recibieron 202 solicitudes, entrevistándose al 100 % de dichos pacientes, a diferencia de Guillermo Hernández Et al (5) donde no se evaluó al total de las interconsultas solicitadas, y el tiempo de estudio fue de 6 meses, donde el 76, 5 % tuvo una visita, mientras que un 23, 5 % entre dos y seis. En este trabajo un 30,7 % tuvo una sola visita, mientras que 59,4% tuvo 2 a 6 visitas, 7,4% tuvo entre 7 a 12 visitas, y 2,4% tuvo entre 13 a 22 visitas.

Con respecto al tratamiento, los resultados arribados fueron: el 62% de las interconsultas recibió tratamiento psicofarmacológico, el 37% no y el 1% no adhirió al tratamiento. En la bibliografía cotejada no se observó análisis de estas variables, al igual que los meses de mayor pedido de interconsultas (mayo y octubre), dato que tampoco fue estudiado.

CONCLUSIONES

La hipótesis planteada se vió confirmada ya que en el 90% de las interconsultas realizadas hubo una correlación positiva entre el motivo de consulta y el diagnóstico presuntivo realizado por el servicio, presentando dichos pacientes afección en el eje I.

El motivo de consulta más frecuente entre las interconsultas realizadas al servicio de psiquiatría fue "síntomas depresivos" y el diagnóstico presuntivo más frecuentemente realizado por los profesionales de dicho servicio fue "síndrome depresivo".

Estos resultados reflejan el crecimiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba en los últimos años, a partir de la incorporación del sistema de residencia con formación de psiquiatras, incluyendo a estos residentes al equipo de salud del hospital general y compartiendo el año de internado rotatorio con residentes de las distintas especialidades médicas; de esta forma aumentando la difusión y la convocatoria del servicio para con el resto del equipo de salud.

El servicio que mayor cantidad de interconsultas solicitó en el intervalo de tiempo considerado en el trabajo fue el equipo de trasplante para las correspondientes valoraciones psíquicas pre trasplante de distintos órganos (hepático, reno páncreas, cardíaco, etc.), lo cual se podría explicar a partir de que el Hospital Privado de Córdoba es un centro de referencia a nivel provincial y nacional en dicha práctica, la cual se ha incrementado intensamente a lo largo del tiempo.

En segundo lugar se encuentra el Servicio de Clínica Médica como solicitante real de interconsultas, servicio que si bien en un gran porcentaje de pacientes internados no corresponde al servicio de cabecera, cumple una función integradora crucial entre las distintas especialidades médicas.

Con respecto al servicio de psiquiatría y la incorporación del sistema de residencias, una de las prácticas implementadas es el dictado de clases destinadas a los residentes de primer año de clínica médica y de las distintas especialidades, acción que fomenta la concientización en la pesquisa de sintomatología de la esfera "psi" e incita a la solicitud de interconsultas.

Aprobación:

El presente trabajo fue aprobado por el Consejo de evaluación ética de investigación en salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Psiquiatría en el Hospital General.SM Consoli . Editions

scientifiques et medicales Elsevier SAS, Paris.

2. KAPLAN Y SADOCK SINOPSIS DE PSIQUIATRIA.

Benjamin J. SADOCK Virginia A. SADOCK. 10° EDICION

3. Psicopatología y semiología psiquiátrica Dr. Ricardo

Capponi M. 11 Edición, Santiago de Chile: Universitaria. (1987)

4. DSM IV –TR .Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994) Editorial Masson.

5. Hernández G; Gallardo-Zurita P. ; Sepulveda J ; Morales de Setien G. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. Rev. méd. Chile v.132 (n.6) Santiago jun. 2004.

6. Franco J; Ocampo M.; Vargas A; Berríos D. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médico quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín ; Colombia . OM. Vol 36, (No 3) (2005)

7. Vaz Leal J, Silvestre García M , Salcedo S, Ingelmo Fernández J. Psiquiatría de enlace en el hospital general: Aplicación a la práctica de un modelo teórico. R.A.E.N. Vol. IX. (N. 030). 1989

8. Valdes M, Pablo J, Campos R , Farre J , Giron M, Lozano M ,Aibar C , Garcia-Camba E , Calvo A , Carreras S. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general :el perfil clínico en España. Medicina Clínica ,Vol 115,(Issue 18), pages 690-694.

9. Navinés R ,Gómez E , Franco JG ,De Pablo J. Delirium en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general. Actas españolas de psiquiatría 2001; 29(3):159-164.

10. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 4° edición. 1998. J Vallejo Ruiloba. Barcelona España

11. Manual de Psiquiatría, 2° Edición, Humberto Rotondo. Psiquiatría de enlace. Capítulo 29. Gustavo Vázquez-Cañedo Nosiglia

12. Interconsultas y enlace en psiquiatría. Torres Barrenechea R. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994;23 :92-96

13. Padilla P, Mas C, Ezban M , Medina Mora ME, Peláez O. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm0703/sm070372.pdf>

Metodología

Los principios de la atención médica basada en evidencias han sido aceptados en forma generalizada, y se encuentran disponibles varios libros de texto para adentrarnos en su práctica (1).

Con el fin de ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención posible, los médicos necesitamos integrar la información proveniente de la investigación científica sistemática de la más alta calidad con la experiencia clínica individual o arte de la medicina, y las preferencias personales de los pacientes.

Esta sección de Experiencia Médica intentará contestar preguntas clínicas frecuentes originadas en la práctica clínica diaria con respuestas basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Hemos adaptado para éste fin, el formato desarrollado exitosamente y ya suficientemente probado por Kevin Macaway-Jones en el *Emergency Medicine Journal*, y por Bob Phillips en la sección Archimedes del *Archives of Diseases in Childhood*.

Se advierte a los lectores que los tópicos tratados no son revisiones sistemáticas en el sentido de que no pretenden exhaustividad ni intentan ser un análisis sintético de datos estadísticos sobregregados.

El esquema que presentará la sección (2) se compone de una descripción del problema clínico, seguido de la formulación de la pregunta clínica estructurada de acuerdo al problema, a modo de diferenciar: [paciente], [intervención], [comparación] si corresponde y [resultado de interés], con el fin de focalizar lo mejor posible la búsqueda bibliográfica en los términos más adecuados. Un breve descripción de la búsqueda bibliográfica ordenada de acuerdo a la calidad de la evidencia (3). Se iniciará la búsqueda en fuentes secundarias (Cochrane Library, Best Evidence y Clinical Evidence), para luego explorar hasta las fuentes primarias más recientes en Medline utilizando Clinical Question Filters.

La evidencia encontrada deberá ser analizada con la técnica de Critical Appraised Topic (CAT) dada por el Centre of Evidence Based Medicine de Oxford (UK).

Los tópicos sobresalientes serán luego resumidos en una tabla de Best Evidence Topic (BET) que identificará los estudios, los autores, el tamaño muestral, el diseño experimental y el nivel de evidencia, los objetivos principales y los resultados. Luego un comentario narrativo breve sobre la evidencia y su aplicación y por último una respuesta basada en los, como máximo, tres principales BETs.

Se invita a los lectores a enviar a esta sección sus propias preguntas y las respuestas obtenidas de acuerdo al método expuesto más arriba y a concurrir los primeros y terceros jueves de cada mes, a las 12 hs. a las secciones de: “Hacia una atención médica basada en evidencias”, en el aula auditorio del Hospital Privado.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Sackett DL, et. al. BMJ Books: London 2000.

GLOSARIO

Términos utilizados en Medicina basada en la evidencia

Glosario de la terminología inglesa utilizada con más frecuencia cuando el tratamiento experimental reduce el riesgo de un evento perjudicial:

RRR (relative risk reduction): la reducción del riesgo relativo es la reducción proporcional del índice de un evento negativo entre los pacientes del grupo experimental (EER: experimental event rate) y control (CER: control event rate). Se calcula como $(EER - CER) / CER$ con su IC95% correspondiente.

ARR (absolute reduction risk): la reducción del riesgo absoluto es la diferencia aritmética entre el EER y el CER. Se calcula como $EER - CER$ con su IC95%.

NNT (number needed to treat): el número necesario de pacientes a tratar es el número de pacientes que se requiere tratar para prevenir un resultado negativo adicional. Se calcula como $1/ARR$ y debe acompañarse de su IC95%.

Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un evento beneficioso:

RBR (relative benefit increase): el incremento del beneficio relativo es el aumento proporcional del índice de un evento beneficioso, comparando el grupo experimental (EER) con los pacientes control (CER), se calcula $(EER - CER) / CER$ con su IC95%.

ABI (absolute benefit increase): el incremento del beneficio absoluto es la diferencia aritmética entre el EER y el CER, se calcula como $EER - CER$ con su IC95%.

NNB (number needed to benefit): el número necesario de pacientes a beneficiar indica el número de pacientes a tratar en el grupo experimental para obtener un resultado beneficioso

adicional en comparación con el grupo de control. Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un evento perjudicial:

RRI (relative risk increase): el incremento del riesgo relativo es el incremento en el índice de un evento negativo, comparando el grupo experimental con el control, y se calcula como el RBI. También se utiliza para evaluar el efecto de los factores de riesgo de una enfermedad.

ARI (absolute risk increase): el incremento del riesgo absoluto es la diferencia absoluta en el índice de un evento negativo, cuando el tratamiento experimental perjudica más pacientes que en el grupo control, se calcula como el ABI.

NNH (number needed to harm): el número necesario de pacientes a perjudicar es el número de pacientes quienes si reciben el tratamiento experimental, para provocar un resultado perjudicial adicional comparado con el grupo de pacientes control. Se calcula como $1/ARI$ con su IC95%.

Confidence Interval (CI): el intervalo de confianza cuantifica la incertidumbre de la estimación realizada en una muestra, normalmente se informa como IC95%, lo que expresa el rango numérico dentro del cual se encuentra con una seguridad del 95% el verdadero valor de la población estudiada. Se calcula como $1,96 \pm \text{raíz cuadrada de } (p \cdot (1-p)/n)$

Estudios diagnósticos:

Sensitivity (Sen): la sensibilidad es la proporción de pacientes con la enfermedad en cuestión quienes tienen un resultado positivo de la prueba. Se calcula como el cociente de Verdaderos Positivos (VP) sobre la suma de Verdaderos Positivos más Falsos Negativos (FN).

Specificity (Spe): la especificidad es la proporción de pacientes sin la enfermedad en cuestión quienes presentan un resultado negativo de la prueba. Se calcula como Verdaderos Negativos (VN) sobre Verdaderos Negativos más Falsos Positivos (FP).

Pretest probability (prevalence): la prevalencia preprueba es la proporción de pacientes que presentan la enfermedad en cuestión antes de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como $VP+FN/VP+FN+FP+VN$.

Pretest odds: la razón preprueba es la razón entre los pacientes que presentan la enfermedad y los que no la tienen, antes de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como probabilidad preprueba/ 1 -probabilidad preprueba.

Likelihood ratio (LR): la razón de probabilidad es la razón entre la probabilidad de un resultado dado en los pacientes que presentan la enfermedad y la probabilidad de ese mismo resultado entre los pacientes que no presentan la enfermedad en estudio. La LR para un resultado positivo se calcula como $(Sen / 1-Spe)$. La LR para un resultado negativo se calcula como $(1-Sen/ Spe)$.

Post-test odds: la razón postprueba es la razón entre los pacientes que presentan la enfermedad y los que no la tienen, después de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como la razón preprueba x la razón de probabilidad.

Post-test probability: la probabilidad postprueba es la proporción de pacientes con un resultado particular de la prueba que presentan la enfermedad luego de haber realizado dicha prueba. Se calcula como razón postprueba/ 1 -razón post prueba. El uso del normograma de Fagan evita la realización de estos cálculos.

BIBLIOGRAFÍA

Anonimo. Glosary. ACP Journal Club 2002;137:A-19. Sackett DL, Straus S, Richardson WS, et al. Evidencebased medicine. How to practice and teach EBM. London: BMJ Books, 2000.