

Roberto Sánchez-González^{1,2,3,4}
Eila Monteagudo-Gimeno^{1,2,3}
Amanda Rodríguez-Urrutia⁵
Eduard Vieta^{4,6}
Víctor Pérez-Solá^{1,2,3,4}
Sandra Herranz-Villanueva⁶
Luis Pintor-Pérez⁶

Trastornos psicóticos versus otros diagnósticos psiquiátricos en psiquiatría de enlace e interconsulta: estudio unicéntrico durante un periodo de 10 años

¹ Departamento de Psiquiatría. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Centre Emili Mira, Parc de Salut Mar. Barcelona. España

² IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Barcelona. España

³ Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Cerdanyola del Vallès). España

⁴ Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental (CIBERSAM). Barcelona. España

⁵ Unidad de Psiquiatría de Enlace. Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España

⁶ Departamento de Psiquiatría. Institut de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) - Universitat de Barcelona. CERCA Programme/Generalitat de Catalunya. Barcelona. España

Introducción. El manejo clínico de los pacientes con trastornos psicóticos (TPs) es particularmente complejo si se lleva a cabo en el contexto de los servicios de psiquiatría de enlace e interconsulta (PEI) de un hospital general. Sin embargo, disponemos de pocos estudios que hayan investigado de forma específica los procedimientos asistenciales de tratamiento agudo para estos pacientes en entornos PEI.

Objetivos. Examinar las características de una muestra de pacientes hospitalizados que presentan un TPs primario, que son remitidos a un servicio de PEI durante un periodo de 10 años y comparar las características clínicas de este subgrupo con respecto a los pacientes con otros diagnósticos (OD).

Material y métodos. Estudio observacional y descriptivo llevado a cabo durante un periodo de 10 años (2005-2014), evaluando prospectivamente pacientes adultos ingresados en unidades no psiquiátricas del Hospital Clínico Universitario de Barcelona, que fueron remitidos de forma consecutiva a nuestro servicio de PEI. Realizamos un análisis *post-hoc* para comparar las características clínicas entre el subgrupo de pacientes con TPs y el resto de pacientes que cumplían los criterios para OD.

Resultados. Se recibieron 393 interconsultas referentes a pacientes que presentaban un diagnóstico de TPs primario y 9.415 derivaciones de pacientes con OD. Nuestros resultados mostraron que los pacientes con TPs eran más jóvenes que los pacientes con OD, tenían una mayor prevalencia de enfermedades somáticas relacionadas con un estilo de vida

poco saludable (como enfermedades infecciosas, endocrinas o metabólicas), una menor frecuencia de cáncer y una necesidad de recibir asistencia psiquiátrica de forma más intensiva.

Conclusiones. Los pacientes hospitalizados con TPs que son remitidos a los servicios de PEI tienen diferentes características clínicas en comparación con aquellos que cumplen con los criterios para OD. Se trata de un grupo complejo, con necesidades específicas en cuanto a la atención psiquiátrica.

Palabras Clave: Comorbilidad, Psiquiatría de Enlace e Interconsulta, Hospital General, Trastorno Psicótico, Derivación, Esquizofrenia

Actas Esp Psiquiatr 2019;47(4):149-57

Psychotic disorders versus other psychiatric diagnoses in consultation-liaison psychiatry: 10 years of a single-center experience

Introduction. The clinical management of patients with psychotic disorders (PDs) can be particularly complex if it takes place in the context of consultation-liaison psychiatry (CLP) services within a general hospital. However, there are few studies specifically investigating the acute treatment procedures for these patients in CLP settings.

Objectives. To examine the characteristics of a sample of inpatients with a primary PD referred to a CLP service over a 10-year period and to compare the clinical features of this subgroup with patients with other diagnoses (ODs).

Materials and methods. Observational and descriptive study over a 10-year period (2005-2014) assessing prospectively adult inpatients admitted to non-psychiatric units of the University Clinical Hospital of Barcelona who were consecutively referred to our CLP service. We performed a *post-hoc* analysis to compare the clinical features between the

Correspondencia:

Roberto Sánchez-González

Departamento de Psiquiatría

Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Centre Emili Mira, Parc de Salut Mar

C/ Prat de la Riba, 171

08921 Santa Coloma de Gramenet, Barcelona (España)

Tel.: +34934628900

Fax: +34934683742

Correo Electrónico: rsanchezgonzalez@psmar.cat

subgroup of patients with PDs and the rest of patients who meet the criteria for ODs.

Results. We requested 393 consultations for patients who either already had the diagnosis of a primary PD and 9,415 for patients with ODs. Our results showed that patients with PDs were younger than the patients with ODs, had a higher prevalence of somatic illnesses related with an unhealthy lifestyle (such as infectious, endocrine, or metabolic diseases), less frequency of cancer, and a need to receive a more intensive psychiatric care.

Conclusions. Inpatients with PDs referred to CLP have different clinical features compared with those who met the criteria for ODs. They are a highly complex group with specific psychiatric care needs.

Keywords: Comorbidity, Consultation-liaison Psychiatry, General Hospital, Psychotic Disorder, Referral, Schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

Marco teórico

Las enfermedades somáticas y psiquiátricas a menudo coexisten en los pacientes hospitalizados y aproximadamente un 30% de las personas con afecciones médicas tienen comorbilidad con enfermedades de salud mental. Este es un importante factor de riesgo que puede influir en la obtención de unos peores resultados en cuanto al tratamiento somático, en una mayor duración de las estancias hospitalarias y en unas mayores tasas de rehospitalización¹. Se sabe que los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios (TPs) tienen una mayor prevalencia de una amplia variedad de enfermedades médicas tanto agudas como crónicas. Este aumento de la morbilidad puede deberse a factores relacionados con el propio trastorno mental y su tratamiento, pero también estar influenciado por una insatisfactoria organización de los servicios de salud, por las actitudes del propio personal sanitario, así como por el estigma social de estos pacientes². Diversos estudios han concluido que los pacientes psicóticos tienen una mayor carga de comorbilidad, que se asocia con un peor resultado en cuanto a la mortalidad en los hospitales generales, en comparación con el resto de pacientes hospitalizados³. Los psiquiatras consultores son expertos en brindar atención a los pacientes con enfermedad médica y patología psiquiátrica comórbida y deben estar bien formados para aportar su experiencia y ayudar en el manejo de estos pacientes complejos, colaborando con el personal sanitario de las unidades médicas y quirúrgicas^{4,5}. Aunque el manejo clínico de los pacientes con TPs puede ser particularmente complejo y desafiante si se lleva a cabo en el contexto de los servicios hospitalarios de Psiquiatría de Enlace e Interconsulta (PEI), disponemos de

pocos estudios que hayan investigado de forma específica los procedimientos de tratamiento agudo para estos pacientes en este ámbito.

Objetivos

Los objetivos de este estudio fueron examinar las características de una muestra de pacientes hospitalizados con un trastorno psicótico primario (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante u otras psicosis como el trastorno psicótico breve) derivados a un servicio de PEI durante un periodo de 10 años (2005–2014) y comparar este subgrupo con los pacientes que presentaban otros diagnósticos psiquiátricos (OD). De acuerdo con los sistemas de clasificación, los trastornos depresivos mayores o los trastornos bipolares con síntomas psicóticos no se consideraron trastornos psicóticos primarios y se incluyeron dentro del subgrupo de OD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio y participantes

Se trata de un estudio observacional y descriptivo. Los datos fueron recopilados prospectivamente a lo largo de un periodo de 10 años (desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2014). Se utilizó un método de muestreo no probabilístico para evaluar a los pacientes adultos hospitalizados en unidades no psiquiátricas del Hospital Clínic Universitari de Barcelona, que fueron remitidos consecutivamente a nuestro servicio de PEI. El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del hospital.

Contexto clínico

Nuestro hospital general está localizado en el noreste de España y es un centro de referencia de tercer nivel que dispone de 819 camas y atiende las necesidades de salud de 540.000 habitantes. La unidad de PEI es un servicio general que se ocupa de la atención de pacientes adultos hospitalizados y el equipo está compuesto por dos psiquiatras, un psicólogo clínico y una enfermera especialista en psiquiatría. Cada año, tres médicos internos residentes de segundo o tercer año de la especialidad de psiquiatría rotan durante 4 meses por la unidad.

Fuentes de datos y variables

Todos los pacientes ingresados en el hospital durante más de 24 horas y que fueron remitidos a nuestro servicio de PEI durante el periodo de estudio, se evaluaron siguiendo

una base de datos clínicos informatizada. Solamente se analizó una derivación para cada paciente, excluyendo las consultas duplicadas realizadas para un mismo paciente durante el mismo episodio de hospitalización. Las visitas de seguimiento se programaron de acuerdo con los criterios clínicos y las necesidades de atención psiquiátrica de cada paciente. Se recopilaron las siguientes variables clínicas, acorde con las propuestas de la *European Consultation/Liaison Workgroup* (ECLW) para la recolección estandarizada de datos⁶:

- Variables sociodemográficas y características clínicas de la muestra: edad, sexo, antecedentes personales psiquiátricos, estresores psicosociales actuales (incluidas dificultades sociales, desempleo, problemas económicos y/o problemas legales) y diagnósticos médicos en el momento del ingreso, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)⁷.
- Características de las derivaciones: fecha, fuente de la derivación según las especialidades médicas y motivo principal de la derivación.
- Intervención y resultado: diagnóstico tras la realización de una entrevista psiquiátrica no estructurada y siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR⁸, intervención psicofarmacológica, número de visitas realizadas, destino del paciente al alta y duración de la estancia hospitalaria.

La principal fuente de información fueron los propios pacientes, siempre y cuando su condición médica general permitiese llevar a cabo la entrevista psiquiátrica. También se obtuvieron datos complementarios mediante la anamnesis del médico que realizaba la derivación, los informes diarios de enfermería, la historia clínica hospitalaria y la información aportada por los familiares y/o cuidadores.

Métodos estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo, incluyendo las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra y las características de las derivaciones y de las intervenciones psiquiátricas llevadas a cabo. La descripción de la edad y de la duración de la estancia hospitalaria se realizó mediante la obtención de medias y desviaciones estándar. El resto de las variables se analizaron mediante números totales y proporciones. Se realizó un análisis *post hoc* para comparar las posibles diferencias en las características clínicas entre el subgrupo de pacientes con TPs y el resto de pacientes visitados por nuestro equipo que cumplían con los criterios de OD. Para las variables categóricas se utilizó la prueba Z para la comparación de proporciones independientes. Tras comprobar con la prueba de Kolmogorov-Smirnov que las dos variables cuantitativas (edad y duración de la estancia hospitalaria) no seguían una distribución normal, se procedió a

aplicar la U de Mann-Whitney para muestras independientes, como prueba no paramétrica. Las correcciones de Bonferroni se utilizaron para ajustar los intervalos de confianza y los valores de significación a un nivel de $p < 0,05$. Todos los procedimientos estadísticos se llevaron a cabo utilizando *IBM SPSS Statistics 23* (Armonk, NY: IBM Corp.).

RESULTADOS

Características generales de la muestra

Durante el período de estudio se recibió un total de 9.808 interconsultas psiquiátricas. Las características clínicas generales de esta muestra fueron publicadas por nuestro grupo de investigación en un artículo anterior⁹. Recibimos un promedio de 980,8 solicitudes por año (rango comprendido entre 891 y 1.070). El número de derivaciones por año se mantuvo constante y no demostró cambios estadísticamente significativos durante el período de 10 años. En total, 393 de estas consultas (4%) se referían a pacientes que ya tenían previamente el diagnóstico de un trastorno psicótico primario (representando un 87% del total) o que recibieron el diagnóstico por parte de nuestro equipo de PEI (representando el 13% restante). Dentro de este subgrupo de pacientes, 177 cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para esquizofrenia, 106 para trastorno esquizoafectivo, 69 para trastorno delirante y 41 para otros TPs. Los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes en el subgrupo de pacientes con OD fueron: trastornos relacionados con el alcohol (17,6%), trastornos de adaptación (16%), delirium (15,9%), trastornos del estado de ánimo (9,3%, incluyendo trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno distímico), demencia (6,2%) y trastornos de ansiedad (5,9%).

Pacientes con TPs versus pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos: análisis comparativo

Variables sociodemográficas y características clínicas

Los pacientes con TPs derivados a nuestro servicio de PEI fueron significativamente más jóvenes ($51,5 \pm 16,5$ años) que el subgrupo que presentó OD ($55,5 \pm 17,5$ años) ($p < 0,001$). El análisis comparativo mostró que también existían diferencias significativas entre los dos subgrupos en la distribución de género (61,2% hombres en el subgrupo de TPs versus 55,9% en el subgrupo de pacientes con OD, $p < 0,05$). Los pacientes con TPs eran más propensos a presentar estresores psicosociales actuales (45,8% frente a 30,8%). Finalmente, el 90,7% de los pacientes con TPs tenían contactos psiquiátricos anteriores y/o un diagnóstico psiquiátrico previo y el

22% contaba con antecedentes de intentos de suicidio. Estas proporciones fueron significativamente más bajas ($p < 0,05$) en el subgrupo de pacientes con OD (65,5% y 11,6%, respectivamente). Es importante tener en cuenta que la historia de trastornos relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias fue significativamente más frecuente en el subgrupo de pacientes con OD que en el subgrupo de pacientes con TPs (29,5% versus 5,1%).

Con respecto al diagnóstico somático provisional principal en el momento del ingreso según la CIE-10, el subgrupo de pacientes con TPs presentó una prevalencia significativamente mayor ($p < 0,05$) de enfermedades infecciosas (13,9% frente a 9,3%), enfermedades endocrinas/nutricionales/metabólicas (3,6% versus 1,2%) y causas externas de morbilidad (20% versus 11,6%), incluyendo intentos de suicidio, autolesiones, accidentes y auto-envenenamiento. Por contra, los pacientes con OD presentaron una prevalencia significativamente mayor ($p < 0,05$) de neoplasias (14,6% frente al 6,9%) y de enfermedades del sistema digestivo (17,8% frente al 8,6%). Esta última diferencia se explica principalmente por la brecha que se presentaba entre ambos subgrupos en el porcentaje de pacientes afectados por cirrosis hepática (10,3% de los pacientes con OD frente al 1,4% de los pacientes con TPs). El resto de las categorías de diagnósticos somáticos tuvieron una prevalencia similar entre ambos subgrupos.

Características de las derivaciones

La Tabla 1 muestra las fuentes de derivación según las especialidades médicas y las principales razones de consulta a nuestro servicio PEI, para los dos subgrupos.

Intervención psiquiátrica y resultado

Con respecto a la necesidad de atención psiquiátrica, también hubo diferencias entre los dos subgrupos analizados. Durante la hospitalización, el 18,3% de los pacientes con TPs recibieron una sola consulta y el 53,2% fueron visitados entre dos y tres veces. El resto de los pacientes (28,5%) requirieron un seguimiento más extenso por parte de nuestro servicio de PEI. En contraste, el 35,9% de los pacientes con OD solamente requirieron una visita de nuestro equipo, el 42,5% fueron visitados entre dos y tres veces y el resto de los pacientes (21,6%) requirió cuatro o más visitas. Todas estas comparaciones de proporciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). La Tabla 2 muestra el análisis comparativo de las intervenciones psicofarmacológicas y la derivación propuesta tras el alta, recomendados por nuestro equipo de PEI. Finalmente, durante el periodo de 10 años, la duración media de las estancias hospitalarias en las unidades médicas o quirúrgicas de los pacientes con TPs derivados a

nuestro servicio de PEI ($17,4 \pm 11,9$ días) fue significativamente más corta ($p < 0,001$) que la del subgrupo que presentó OD ($23,9 \pm 17,3$ días). Además, la duración de las estancias hospitalarias de ambos subgrupos fue significativamente más larga ($p < 0,001$) que la del resto de hospitalizaciones generales que se produjeron durante el mismo periodo en el Hospital Clínic de Barcelona ($6,8 \pm 11,2$ días).

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que investiga sistemáticamente los procedimientos para el tratamiento agudo de los pacientes con TPs, en un entorno de PEI de un hospital general. Nuestros resultados muestran que estos pacientes son más jóvenes que los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos, que son referidos a PEI con más frecuencia debido a enfermedades infecciosas, endocrinas o metabólicas y menos por cáncer y que necesitan ser tratados con mayor intensidad con respecto a la atención psiquiátrica. Existen diversas investigaciones previas que han descrito las características de los servicios de PEI durante periodos de uno o más años⁹⁻¹⁷. Sin embargo, estos estudios no se diseñaron para obtener datos específicos sobre las características clínicas y el manejo psiquiátrico de los pacientes con TPs en el hospital general y, por lo tanto, ha sido difícil estandarizar las intervenciones que se llevan a cabo en este subgrupo de pacientes.

Tasa de consulta psiquiátrica para pacientes con TPs

En nuestra muestra, solo el 4% de todos los pacientes para los que se solicitó una consulta psiquiátrica tenían un diagnóstico de trastorno psicótico primario. Los estudios publicados previamente por diferentes unidades hospitalarias de PEI han hallado tasas de consulta psiquiátrica para pacientes con TPs en el rango del 1% al 19%¹⁰⁻¹⁷. Esta amplia variabilidad de prevalencias puede explicarse por las heterogeneidades de los servicios de PEI y de los entornos hospitalarios, así como por la utilización de diferentes sistemas de clasificación para los diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, si analizamos sólo las investigaciones más sólidas, como el realizado por Gala et al. (1999), Huyse et al. (2001), o Diefenbacher y Strain (2002)¹⁵⁻¹⁷, las tasas de consulta a PEI para pacientes con TPs se reducen a un 4,4–5,6%, que son más similares a los resultados obtenidos por nuestro grupo.

Características clínicas de los pacientes con TPs en el hospital general

Los pacientes con TPs derivados a nuestro servicio de PEI generalmente eran hombres de mediana edad, significativamente más jóvenes que los pacientes con OD. Estos hallazgos

Tabla 1 Fuentes y motivos principales de derivación de los pacientes con trastornos psicóticos (TPs) y de los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos (OD)					
Fuente (Especialidad)	Trastornos Psicóticos (TPs)		Otros Diagnósticos (OD)		Post hoc
	n	%	n	%	
Hepatología	21	5,3	1.308	13,9	OD>TPs *
Medicina general	69	17,5	1.130	12	TPs>OD *
Neurología	56	14,2	1.139	12,1	NS
Hemato-Oncología	18	4,5	875	9,3	OD>TPs *
Cirugía	28	7,2	772	8,2	NS
Cardiología	20	5	763	8,1	OD>TPs *
Enfermedades Infecciosas	40	10,3	603	6,4	TPs>OD *
Cirugía Ortopédica y Traumatología	37	9,5	527	5,6	TPs>OD *
Neumología	19	4,7	508	5,4	NS
Gastroenterología	12	3,1	377	4	NS
Urología y Nefrología	11	2,8	377	4	NS
Unidad Cuidados Intensivos	22	5,6	226	2,4	TPs>OD *
Neurocirugía	5	1,4	207	2,2	NS
Otros **	35	8,9	603	6,4	NS
Total	393	100%	9.415	100%	
Motivo	Trastornos Psicóticos (TPs)		Otros Diagnósticos (OD)		Post hoc
	n	%	n	%	
Depresión	15	3,8	2.071	22	OD>TPs *
Abuso de sustancias	17	4,4	1.892	20,1	OD>TPs *
Protocolos clínicos	11	2,8	1.149	12,2	OD>TPs *
Confusión	32	8,1	989	10,5	NS
Ansiedad	5	1,3	998	10,6	OD>TPs *
Antecedentes psiquiátricos/ medicación	229	58,3	744	7,9	TPs>OD *
Alteración de conducta y/o agitación	30	7,5	715	7,6	NS
Evaluación de riesgo/intento de suicidio	38	9,7	339	3,6	TPs>OD *
Otros	16	4,1	518	5,5	NS
Total	393	100%	9.415	100%	

NS indica diferencias estadísticamente no significativas con $p>0,05$
 * Indica diferencias estadísticamente significativas con $p<0,05$
 ** Incluye otorrinolaringología, endocrinología, dermatología, obstetricia y ginecología

Tabla 2 Intervención psicofarmacológica y derivación propuesta al alta recomendadas por el psiquiatra consultor, comparando los pacientes con trastornos psicóticos (TPs) con los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos (OD)					
Intervención psicofarmacológica principal	Trastornos Psicóticos (TPs)		Otros Diagnósticos (OD)		Post hoc
	n	%	n	%	
Benzodiazepinas	4	1,1	904	9,6	OD>TPs *
Inhibidores Selectivos Recaptación Serotonina	0	0	1.497	15,9	OD>TPs *
Inhibidores Recaptación Serotonina y Noradrenalina	0	0	311	3,3	NS
Otros antidepresivos	1	0,3	819	8,7	OD>TPs *
Antipsicóticos Primera Generación	77	19,6	593	6,3	TPs>OD *
Antipsicóticos Segunda Generación	297	75,5	2.147	22,8	TPs>OD *
Clometiazol	3	0,8	847	9	OD>TPs *
Otros **	6	1,5	508	5,4	NS
No tratamiento	5	1,2	1.789	19	OD>TPs *
Total	393	100%	9.415	100%	
Derivación propuesta al alta	Trastornos Psicóticos (TPs)		Otros Diagnósticos (OD)		Post hoc
	n	%	n	%	
Médico de cabecera	31	7,9	2.966	31,5	OD>TPs *
Servicios comunitarios salud mental	254	64,5	2.400	25,5	TPs>OD *
Recursos comunitarios atención a las adicciones	18	4,7	2.109	22,4	OD>TPs *
Unidad hospitalización psiquiátrica	77	19,6	198	2,1	TPs>OD *
No necesaria	1	0,3	1.243	13,2	OD>TPs *
Otros ***	12	3	499	5,3	NS
Total	393	100%	9.415	100%	

NS indica diferencias estadísticamente no significativas con $p>0,05$.
 * Indica diferencias estadísticamente significativas con $p<0,05$.
 ** Incluye estabilizadores del ánimo, metadona y otros opiáceos.
 *** Incluye unidades psicogerítricas y otros hospitales.

pueden explicarse por el hecho de que la esperanza de vida de las personas con TPs es más corta en comparación con la población general y, por lo general, padecen enfermedades médicas comórbidas en etapas más tempranas de la vida, con una mayor tasa de mortalidad^{18,19}. La mayoría de los pacientes con TPs de nuestra muestra contaba con antecedentes psiquiátricos y con un diagnóstico previo de psicosis. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentaban estresores psicosociales actuales y una cuarta parte tenía antecedentes de intentos de suicidio. Estas características sociodemográficas son similares a las de los pacientes con TPs que son atendidos en la gran mayoría de entornos clíni-

cos de PEI. Es poco frecuente que un paciente afecto de un proceso médico sufra el primer episodio psicótico en el hospital general y, en concordancia con los resultados de nuestra investigación, los servicios de PEI generalmente tratan a pacientes con antecedentes de TPs crónicos⁴. De acuerdo con nuestros hallazgos, también existe una sólida evidencia que sugiere que los estresores psicosociales son muy comunes en pacientes con psicosis²⁰. Varias investigaciones también han demostrado que las tasas de comportamiento suicida y de intentos de suicidio a lo largo de la vida son altas, en un amplio espectro de pacientes con TPs^{21,22}.

En comparación con los pacientes con OD, los principales diagnósticos somáticos en el momento del ingreso de los pacientes con TPs fueron las infecciones, las enfermedades endocrinas/nutricionales/metabólicas o las causas externas de morbilidad. Disponemos de una extensa literatura centrada en las enfermedades físicas comórbidas en el espectro de la esquizofrenia y otros TPs y es bien sabido que la prevalencia de los factores de riesgo cardiometabólicos en individuos con enfermedades psicóticas es mucho mayor que la observada en la población general^{23,24}. Estos pacientes son más vulnerables a una amplia gama de complicaciones cardiovasculares, endocrinas y metabólicas y a otras enfermedades con influencia ambiental como las enfermedades infecciosas. En parte, estos factores de riesgo son atribuibles a un acceso limitado a la atención de la salud física y a un estilo de vida poco saludable, que incluye una dieta deficiente, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo. En los últimos años se ha hecho evidente que los tratamientos antipsicóticos también pueden tener un impacto negativo en algunos de los factores de riesgo modificables, lo que puede contribuir al desarrollo de un síndrome metabólico. Parte de este impacto metabólico negativo puede explicarse por la inducción de un aumento de peso significativo, el riesgo de diabetes y el empeoramiento del perfil lipídico asociados a la utilización de algunos antipsicóticos^{3,25-28}.

Por el contrario, los pacientes con OD derivados a nuestro servicio de PEI presentaron una prevalencia significativamente mayor de neoplasias y enfermedades del sistema digestivo como la cirrosis hepática, en comparación con los pacientes con TPs. Aunque existen muchos factores complejos e interrelacionados que pueden influir en estos hallazgos, planteamos la hipótesis de que el envejecimiento es la explicación más probable para ambos fenómenos. En nuestra muestra, los pacientes con OD eran significativamente mayores que los pacientes con TPs y existen pruebas sólidas que indican que, con el paso del tiempo, el envejecimiento conduce a una inevitable debacle en la función fisiológica de los órganos, hecho que es un importante factor de riesgo para el desarrollo del cáncer²⁹. El envejecimiento también se ha asociado con la gravedad y el mal pronóstico de diversas enfermedades hepáticas y se ha demostrado que produce un aumento de la vulnerabilidad a la lesión hepática aguda y una mayor susceptibilidad a la respuesta fibrótica³⁰. Otra explicación complementaria a las tasas más altas de cirrosis hepática en pacientes con OD es que los antecedentes de trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias fueron más frecuentes en este subgrupo.

En este estudio, algunas de los motivos habituales de derivación a PEI, como depresión, ansiedad o abuso de sustancias, fueron más frecuentes en los pacientes no psicóticos. Entre los pacientes con TPs, casi el 60% fueron remitidos a nuestro servicio de PEI desde los servicios médicos o quirúrgicos, para la evaluación de su estado psiquiátrico

y/o revisión del tratamiento. Este hallazgo apoya la idea de que los médicos generales habitualmente necesitan de una colaboración psiquiátrica especializada para gestionar tanto la atención farmacológica como la no farmacológica de estos pacientes complejos⁵. La evaluación del riesgo suicida fue otra razón frecuente de consulta psiquiátrica para los pacientes con TPs. Como se describe en la Tabla 2, durante el período de estudio de 10 años, nuestro equipo de PEI evaluó un total de 377 pacientes hospitalizados por un intento de suicidio médicamente grave y 38 de ellos (10,1%) eran pacientes con un TPs. Este hallazgo concuerda con los datos obtenidos por Alberdi et al. (2011), que realizaron un estudio transversal para determinar las variables asociadas con los intentos de suicidio en una muestra de 361 pacientes hospitalizados, que requirieron atención de un servicio de PEI entre 1997 y 2007 en un hospital general³¹. Aunque los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes dentro de esta muestra de intentos de suicidio fueron los trastornos del estado de ánimo (29,5%) y los trastornos de la personalidad (24,2%), en coincidencia con nuestros resultados y experiencia práctica, este grupo de investigación halló una prevalencia similar de pacientes con TPs (12,3%). No obstante, debido al diseño de nuestro estudio, no podemos comparar el resto de las prevalencias diagnósticas porque los trastornos psiquiátricos generalmente asociados a los intentos de suicidio se incluyeron en un subgrupo de diagnóstico único (pacientes con OD).

Manejo psiquiátrico de los pacientes con TPs en el hospital general

Con respecto a la intervención psiquiátrica, el procedimiento de tratamiento y el resultado final, los hallazgos de nuestra investigación de nuevo reflejan la complejidad del abordaje clínico en el hospital general de los pacientes psicóticos con comorbilidad somática^{4,5}. Por un lado, requirieron un seguimiento más extenso que los pacientes con OD y hasta el 80% necesitaron dos o más visitas psiquiátricas. Obviamente, la prescripción de antipsicóticos fue el enfoque psicofarmacológico más utilizado para estos pacientes, en comparación con otros fármacos como los antidepresivos o los ansiolíticos. Por otro lado, el 20% de los pacientes con TPs a los que visitó el psiquiatra consultor requirieron finalmente una hospitalización en la unidad de psiquiatría y el 65% recibió el alta hospitalaria con la recomendación de mantener continuidad asistencial en los servicios psiquiátricos ambulatorios. Este último hallazgo es consistente con la única investigación disponible que especifica el manejo posterior al alta de estos pacientes. Fue publicado en 2015 por De Giorgio et al. y se basó en el análisis de 1.098 consultas psiquiátricas que se llevaron a cabo durante un año. En esta muestra, el 63,6% de los pacientes con TPs necesitaron

continuidad con una atención psiquiátrica ambulatoria después del alta¹⁷.

Otro hallazgo interesante de nuestro estudio, más allá de la influencia de la comorbilidad psiquiátrica general sobre la duración de la hospitalización, fue que los pacientes con TPs requirieron estancias hospitalarias más cortas en unidades médicas o quirúrgicas, en comparación con los pacientes con OD. Consideramos que hay dos factores que pueden explicar este hallazgo. Primero, como se mencionó anteriormente, uno de cada cinco pacientes con TPs visitados por PEI requirió un ingreso psiquiátrico, hecho que podría significar un acortamiento de la duración de la estancia hospitalaria en las unidades somáticas, en comparación con los pacientes con OD. En segundo lugar, los pacientes con TPs presentaban tasas más elevadas de afecciones médicas agudas relacionadas con un estilo de vida poco saludable, que se pueden detener y revertir de forma rápida con tratamiento y, por el contrario, presentaban tasas más bajas de enfermedades degenerativas crónicas como las neoplasias o la cirrosis hepática, que generalmente requieren intervenciones complejas y hospitalizaciones prolongadas.

Limitaciones

El principal problema de los estudios realizados en un solo centro es la limitación de la validez externa. En este estudio hemos descrito una única cohorte de pacientes y resulta complicado determinar los factores propios del hospital que pueden influir en la generalización de los resultados (por ejemplo, sistema de atención sanitaria, tipo de hospital, población atendida y nivel de capacitación del personal que no pertenece al equipo de PEI). Una segunda limitación son las dificultades metodológicas que plantean los análisis *post hoc*. Debido al diseño observacional de nuestro estudio, podemos generar hipótesis, pero no podemos identificar factores causales o predictivos ni establecer asociaciones entre las diferentes variables. En tercer lugar, no hemos utilizado ninguna entrevista clínica estructurada para realizar los diagnósticos psiquiátricos y solamente hemos tenido en cuenta los diagnósticos principales, sin analizar las posibles comorbilidades psiquiátricas. Hemos dividido la muestra en dos subgrupos (pacientes con TPs y pacientes con OD), pero no hemos realizado comparaciones directas entre los diferentes diagnósticos psiquiátricos. Por último, sólo hemos recogido las características generales de la muestra y, para realizar un enfoque más riguroso, se deberían haber tenido en cuenta marcadores biológicos cuantitativos.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación sugieren que los pacientes hospitalizados con TPs y que son derivados a

PEI poseen características clínicas diferentes, en comparación con aquellos que cumplieron con los criterios para OD. En nuestra muestra hemos encontrado las siguientes principales diferencias entre ambos subgrupos:

- Los pacientes con TPs presentan con más frecuencia enfermedades infecciosas, nutricionales y metabólicas, así como más causas externas de morbilidad que los pacientes con OD. Dichas patologías están estrechamente relacionadas con estilos de vida poco saludables e intentos graves de suicidio, respectivamente.
- Además de la evaluación del estado psiquiátrico y/o la revisión de la medicación, la evaluación de los intentos de suicidio médicamente graves fue una razón importante de derivación de los pacientes con TPs a nuestra unidad de PEI. Además, estos pacientes tenían una mayor prevalencia de intentos de suicidio previos que el subgrupo de pacientes con OD.
- En general, los pacientes con TPs derivados a nuestra unidad requirieron intervenciones más específicas y una atención psiquiátrica más intensiva que los pacientes con OD.

En términos globales, los resultados de la presente investigación son congruentes con los datos disponibles con respecto a la comorbilidad física en pacientes con esquizofrenia y otros TPs en la población general. Aunque se conoce poco sobre el abordaje clínico de los pacientes psicóticos con enfermedad médica atendidos en el hospital general, nuestros hallazgos sugieren que son un grupo altamente complejo y con necesidades específicas de atención psiquiátrica. La implementación de programas de PEI es esencial para garantizar un diagnóstico y un tratamiento adecuados de los pacientes con enfermedades médicas y comorbilidad psiquiátrica, especialmente para aquellos que sufren una enfermedad mental grave como los TPs. Estudios como el nuestro son útiles para describir la actividad de PEI que se desarrolla en los hospitales generales, pero se necesita mucha más investigación de cara al futuro. Destacamos la necesidad de estudios multicéntricos con una recopilación de datos sistemática que permita la estandarización de los procedimientos e intervenciones en PEI.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses ni fuentes de financiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivelli SK, Shirey KG. Prevalence of Psychiatric Symptoms/Syndromes in Medical Settings. In: Summergrad P, Kathol RG, editors. Integrated Care in Psychiatry: Redefining the Role of Mental Health Professionals in the Medical Setting. New York:

- Springer; 2014. p. 5-27.
- Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(5):317-33.
 - Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Heun R. Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264(1):3-28.
 - Leigh H. Psychosis (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders). In: Leigh H and Streltzer J, editores. *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. New York: Springer; 2015. p. 265-78.
 - Wiechers IR, Freudenreich O. The role of consultation-liaison psychiatrists in improving health care of patients with schizophrenia. *Psychosomatics*. 2013;54(1):22-7.
 - Lobo A, Huyse FJ, Herzog T, Malt U, Opmeer BC. The ECLW Collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. *European Consultation/Liaison Workgroup. J Psychosom Res*. 1996;40(2):143-56.
 - CIE-10 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España). 2008 (8ª edición, 2009 versión 1.0 - 01/05/2010) - [accessed 08 Jun 2018]. Available in: http://eciemaps.mspis.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html [Español].
 - American Psychiatry Association. *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision 4th ed*. Washington, 2000.
 - Sánchez-González R, Baillès-Lázaro E, Bastidas-Salvadó A, Lligoña A, Herranz-Villanueva S, Pérez-Solá V, Pintor-Pérez L. Clinical profile of inpatients referred to a consultation-liaison psychiatry service: an observational study assessing changes over a 10-year-period. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46(2):58-67.
 - Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi LA multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *Italian C-L Group. Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21(4):310-7.
 - Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):124-32.
 - Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24(4):249-56.
 - Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE. Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics*. 2005;46(1):47-57.
 - Devasagayam D, Clarke D. Changes to inpatient consultation-liaison psychiatry service delivery over a 7-year period. *Australas Psychiatry*. 2008;16(6):418-22.
 - Christodoulou C, Fineti K, Douzenis A, Moussas G, Michopoulos I, Lyoukouras L. Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7:10-6.
 - Su JA, Chou SY, Chang CJ, Weng HH. Changes in consultation-liaison psychiatry in the first five years of operation of a newly-opened hospital. *Chang Gung Med J*. 2010;33(3):292-300.
 - De Giorgio G, Quartesan R, Sciarma T, Giulietti M, Piazzoli A, Scarponi L, et al. Consultation-Liaison Psychiatry-from theory to clinical practice: an observational study in a general hospital. *BMC Res Notes*. 2015;8:475-80.
 - Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153-60.
 - Piotrowski P, Gondek TM, Królicka-Der gowska A, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A. Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies. *Psychiatr Danub*. 2017;29(2):108-20.
 - Van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophr Bull*. 2008;34(6):1095-105.
 - Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1590-5.
 - Suokas JT, Perälä J, Suominen K, Saarni S, Lönnqvist J, Suvisaari JM. Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophr Res*. 2010;124(1-3):22-8.
 - Gardner-Sood P, Lally J, Smith S, Atakan Z, Ismail K, Greenwood KE, et al. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in people with established psychotic illnesses: baseline data from the IMPaCT randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2015;45(12):2619-29.
 - Saiz-Ruiz J, Saiz-González MD, Alegría AA, Mena E, Luque J, Bobes J. Impact of the spanish consensus on physical health of patients with schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010;3(4):119-27.
 - De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, VAN Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*. 2009;8(1):15-22.
 - Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2015;14(3):339-47.
 - Papanastasiou E. The prevalence and mechanisms of metabolic syndrome in schizophrenia: a review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013;3(1):33-51.
 - Short DD, Hawley JM, McCarthy MF. Management of schizophrenia with medical disorders: cardiovascular, pulmonary, and gastrointestinal. *Psychiatr Clin North Am*. 2009;32(4):759-73.
 - Aunan JR, Cho WC, Sørreide K. The Biology of Aging and Cancer: A Brief Overview of Shared and Divergent Molecular Hallmarks. *Aging Dis*. 2017;8(5):628-42.
 - Kim IH, Kisseleva T, Brenner DA. Aging and liver disease. *Curr Opin Gastroenterol*. 2015;31(3):184-91.
 - Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sande G, et al. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry*. 2011 Mar 31;11:51.