

La unidad de interconsulta: el puente entre dos orillas

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

David Simón Lorda

Psiquiatras. Unidad de Hospitalización e Interconsulta. Servicio de Psiquiatría.

Hospital Santa María Nai

Complejo Hospitalario de Ourense

1. Introducción

Queremos exponer en estas breves líneas cual es la situación de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE (CHOU), tras los cinco primeros años de funcionamiento como unidad independiente, si bien desde hace más de 10 años ya existía una atención a la interconsulta (IC) desde una unidad de salud mental (USM) situada en las cercanías del hospital Cristal y en el hospital Santa María Nai se hacía desde Toén en ocasiones y desde una unidad propia ambulatoria en los años previos a la constitución del CHOU. También haremos algunas reflexiones sobre lo que nos gustaría que ocurriese en un futuro, esperamos que no muy lejano.

El título que hemos elegido quiere hacer una doble referencia, por una parte a nuestra propia situación física como unidad en el medio de los dos hospitales que forman el núcleo central del complejo hospitalario y por otra a la idea de que la psiquiatría de enlace (PE) puede y debe ser un puente para humanizar y mejorar los parámetros economicistas hacia los que caminamos cada día con mayor celeridad, aumentando la complejidad de los Case-Mix, que servirán en el futuro (los gestores dicen que lejano) para pagar por la prestación de servicios, con lo que el hospital cobrará más por cada paciente y aumentar el bienestar de los usuarios (en los nuevos términos), que como médicos debe ser siempre nuestro fin primordial.

Hemos dividido el trabajo en cuatro apartados (clínica, organización, docencia e investigación)

en los que analizamos la situación actual y la que creemos debería alcanzarse a largo plazo (*los profesionales y sociedades científicas deberíamos ser capaces de exigir a las administraciones públicas mecanismos que permitieran una continua puesta al día mediante documentos de consenso sobre hacia donde debería ir la planificación de nuestro trabajo, mas allá de la buena voluntad del Jefe de Servicio o Consellerio de turno*). Por último esbozamos unas conclusiones finales a modo de colofón.

Hemos dividido la charla en tres apartados. En los dos primeros analizaremos el presente y el futuro de nuestra unidad abordando diversos apartados como son la clínica, la gestión y organización, la docencia y la investigación y al final trataremos de establecer algunas reflexiones que han surgido a lo largo de la charla.

2. La Clínica

Como podemos ver en el gráfico 1, el número de interconsultas es progresivamente creciente, alcanzando en el último año las 427, de las que 380 fueron de pacientes hospitalizados, y el resto corresponden a la Clínica del Dolor y a la Unidad de observación de urgencias del Cristal (es una unidad que tiene personal independiente, realiza informes de alta y solicita IC como cualquier otro servicio, suelen ser intentos de autólisis en su mayoría). Es de destacar que el porcentaje global de pacientes atendidos es del 1,4% sobre el total de ingresos del complejo, pero con una importante diferencia, mientras que en el Nai (donde estamos ubicados físicamente), se supera el 2% del total de ingresos, en el otro hospital a 100 m de distancia apenas se

La unidad de interconsulta: el puente entre dos orillas

llega al 1%. Este dato me parece que apoya, de manera importante, como la presencia física dentro del mismo edificio y no en los alrededores del Complejo o a varios kilómetros, favorece de una manera muy significativa una mejoría en la calidad y cuidado de los pacientes.

En el gráfico 2 vemos el total de las IC. El número medio de veces que un paciente es visto es de dos. Este es un dato también muy interesante y que puede ser un elemento a la hora de valorar la calidad de la IC. La administración tiende a pensar, con cierta proyección sin duda, que se puede de alguna manera hinchar las revisiones a costa de paseos por el hospital, por lo que sería interesante definir que pacientes deben ser vistos una sola ocasión y cuales de manera mas frecuente. A modo de apunte y siguiendo las «PRACTICE GUIDELINES FOR PSYCHIATRIC CONSULTATION IN THE GENERAL MEDICAL SETTING» de la academia de Medicina Psicosomática Americana señalamos lo siguiente:

Una sola vez:

1. Determinación de la competencia para consentir en pacientes que rehusan un tratamiento.

2. Evaluación previa a un transplante de órganos.
3. Pacientes psiquiátricos estables que ingresan y se solicita revisión del tratamiento.
4. Pacientes que se solicita el traslado para ingreso en la unidad de psiquiatría.

Varias revisiones:

1. Pacientes en contención
2. Pacientes agitados o violentos
3. Pacientes con ideación suicida
4. Pacientes con delirium
5. Pacientes Psicóticos en activo.

Otros aspectos que miden la calidad de los servicios, y que al contrario de las tendencias actuales en muchas gerencias va mas allá de contar el número total de interconsultas, se pueden ver en la tabla 1, donde comparamos los datos de nuestra unidad y la de la media de los hospitales participantes en el estudio europeo de psiquiatría de enlace (Lobo, 1999).

Al analizar los datos de nuestra unidad nos sorprendió gratamente la similitud de muchos de ellos con los del estudio europeo, aunque hay que señalar que uno de los apartados manifies-

Tabla 1

UPIE-Europa	UPIE-Ourense
Intentos Autolisis: 17% (5%).	I. Autolisis: 10%
>65 años: 30% (40%)	>65 años: 31%
T. Remisión: 10 días	T. Remisión: 8 días
T. Intervención: 1,3 - Urgentes: 33% - Enlace <10%	T. Intervención: 1,2 - Urgentes: 26% - Enlace <5%
Diagnósticos: (Por orden de frecuencia) - Orgánicos - Toxicomanías - Afectivos - Adaptación - Somatoformes	Diagnósticos: - Orgánicos (26%) - Toxicomanías (11%) - Afectivos (20%) - Adaptación (23%) - Somatoformes

tamente mejorables es la realización de programas de enlace que en la actualidad son pocos y con escaso peso en el total de la actividad de la unidad. En nuestra área hemos establecido dos, el más antiguo es el de la **Clínica del dolor** que iniciamos a principios del año 99. Acudimos dos días al mes de 12 a 15 horas, las derivaciones se realizan a juicio de los anestelistas, siendo los cuadros ansioso-depresivos colaterales al dolor los más frecuentes y los hipocondríacos, los menos. Los pacientes son derivados a su USM de referencia tras evaluación inicial y orientación del tratamiento a seguir.

El segundo de los programas de enlace establecidos es el del **Deterioro Cognitivo** que iniciamos en Abril 01. Los pacientes que se incluyen se detectan en Interconsulta, Urgencias, y las peticiones de familiares de personal del centro. Se realiza una valoración inicial y un seguimiento de 6-12 meses y posteriormente se derivan al médico de cabecera o la USM de referencia. Se hace un registro informatizado de los pacientes y se trata de que todos tengan un informe sobre su situación cognitiva al alta. El objetivo es que entre el inicio del estudio y la finalización de las pruebas complementarias no pasen más de 30 días. Sólo se incluyen pacientes en que el primer diagnóstico de deterioro cognitivo se hace en el servicio. Nuestra idea es que esta consulta permita hacer un diagnóstico lo más rápido posible (el sufrimiento de los pacientes y las familias se hace interminable cuando ante la sospecha de un cuadro de demencia se puede tardar varios meses en tener una consulta y otros tanto en hacer todas las pruebas que se piden).

Lo que nos gustaría conseguir en los próximos años es ambicioso, pero sólo se puede llegar a la meta si se sabe hacia donde se va, aunque no se divise en el horizonte. Por una parte nos gustaría poder atender entre un 2% y un 3% de los pacientes del Complejo (Número de ingresos 27423 en el año 1999) y mejorar de manera significativa los programas de enlace actuales convirtiendo el de deterioro cognitivo en una verda-

dera unidad de memoria con participación de otros servicios (geriatría, neurología). En la clínica del dolor desearíamos aumentar el número de consultas mediante una valoración conjunta con anestesia para determinar que pacientes deben ser vistos y un seguimiento a más largo plazo de los casos. También sería prioritario el establecimiento de nuevos programas como el de pacientes amputados, el de pacientes con Delirium, así como detección de pacientes alcohólicos y evaluación de la competencia (apenas hemos hecho un par de interconsultas este año).

3. La gestión y organización

La composición actual de la unidad es de un Psiquiatra a tiempo completo y un Psicólogo compartido con hospitalización. Realizamos la recogida de datos de actividad mediante una hoja elaborada por el servicio que posteriormente el administrativo introduce en el programa Access. Hasta el año 2000 la IC no se tenía en cuenta de manera oficial en los datos de actividad del servicio, en ese año se introdujo en los objetivos a firmar con la gerencia que se debería atender a más de un 1% del total de ingresos del complejo, iniciándose un registro por parte del servicio de documentación del hospital. El psiquiatra que se ocupa lo hace en periodos de rotación de 4 meses, además se encarga de la urgencia en horario de 8 a 15 horas. Las interconsultas no llegan directamente a la unidad, sino a un fax de admisiones (no hay un responsable que traiga las IC urgentes de manera inmediata). Hay que realizar la IC de un hospital situado a 8 km del núcleo principal de hospitales (Un 4% del total de IC). Apenas un 2% de IC se van de alta con un informe mecanografiado de alta. La coordinación con las Asistentes Sociales del Complejo es muy buena (eficaces y resolutivas).

No hay, ni se espera, que se dote la enfermería de enlace. La trascendencia de la integración en estos equipos del personal de enfermería descansa sobre la constatación de que una parte esencial de la actividad consultiva y de enlace ha de desa-

rollarse con el personal de enfermería del equipo peticionario. En esta situación una enfermera psiquiátrica, convenientemente entrenada, cumple una función insustituible. Su papel ha de ser el de ayudar al personal de enfermería y auxiliar del equipo médico a desarrollar una mayor sensibilidad y tolerancia hacia los componentes psicosociales de los enfermos somáticos, convirtiéndose además en modelo para el aprendizaje de pautas adecuadas de manejo de estos pacientes». La incorporación de la enfermera libera al psiquiatra de cierto tipo de tareas e incluso provoca una significativa disminución del número de pacientes somáticos trasladados a camas psiquiátricas.

¿Qué esperamos en los próximos años?. De nuevo vamos a ser ambiciosos o quizás ingenuos o entusiastas, que según se mire se puede ver; En relación con la composición nos gustaría dotar a la unidad en primer lugar de un psicólogo a tiempo completo y después de un segundo psiquiatra; Iniciar la recogida de datos en el programa informatizado MICROCARES (Programa ideado en el servicio de Enlace del hospital Mount Sinai de Nueva York, y del que existe una versión en Español). El programa tiene dos partes en una se registra la actividad de la unidad con la recogida de diferentes datos y la segunda parte dispone de una amplia base de datos sobre psiquiatría de enlace que permite una rápida consulta sobre interacciones, casos clínicos similares etc. También nos gustaría aumentar dentro de los objetivos del servicio los relacionados con la UPIE (porcentaje de informes de alta mecanografiados, aumentar programa de enlace, establecer docencia específica) y disponer de un equipo estable con un despacho por profesional y una zona de reuniones. Es posible que más de uno se sorprenda de estas peticiones, ya que ni siquiera existen las unidades como tal, pero quizás si alguien pretendiese abrir una USM sin despachos o zona de reuniones o sin enfermera o administrativo ¿qué dirían las sociedades científicas, los profesionales del área, los colegios profesionales?

Por si alguien piensa que ya están estos otra vez, con la manía de contratación de personal y de unidades especiales que otras especialidades no tienen, transcribimos un breve comentario de un ilustre Psiquiatra Ourensano, que ejerce «**alenda nosa raia**», el Catedrático José Luis Vázquez Barquero (1985). «En primer lugar deben estructurarse como unidades específicas dentro del servicio de Psiquiatría. En segundo término, es importante que su coordinador sea un psiquiatra con categoría de staff y con dedicación a tiempo completo. En tercer lugar la composición mínima debe incluir otro psiquiatra a tiempo completo, una enfermera especializada en psiquiatría de enlace y un psicólogo». En un reciente artículo de Lobo (1999) en relación con las necesidades de dotación se estima razonable disponer de un psiquiatra cada 300 camas, además del resto de personal.

4. Docencia y formación continuada

Nuestro servicio de Psiquiatría, tiene acreditada docencia MIR desde los albores de este sistema allá por el año 80, pero la formación específica en psiquiatría de enlace se inició en el año 96. Previamente o no se hacía o era una rotación externa. Las rotaciones de los residentes de psiquiatría son de cuatro meses, las de psicología de dos y los de interna de uno. El año de rotación suele ser el segundo para los psiquiatras el primero para los psicólogos y el cuarto para los internistas. La mayoría de los casos son supervisados bien directa o mediante discusión de los mismos. El servicio dispone de varias revistas de la subespecialidad o relacionadas con ella como son Psychosomatic, General Hospital Psychiatry y la Revista Española de Neuropsicología. La organización de seminarios, cursos y congresos se viene realizando sin interrupción desde el año 96, como el de Neuropsiquiatría y Neuropsicología del daño cerebral (Quemada y Céspedes, 2000), Valoración de la competencia (A. Couceiro, F. Santander y F. Márquez, 2000), La clínica del dolor (M. Lozano, 1999), Terapia cognitiva

conductual en el paciente psicósomática (T. Blanes, 1998), Tratamiento y diagnóstico de T. Somatoformes (L. Caballero, 1997), Seminario sobre psiquiatría de Enlace (A. Lobo, 1996) etc. Por último no podemos olvidar que Ourense, fue sede por primera vez de un congreso nacional de la especialidad en el año 98 con la reunión de la *Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP)*, coincidiendo con la celebración del 50º aniversario del primer congreso de la SEMP.

¿Cómo nos gustaría que se organizase el futuro?. Por una parte una recogida de los casos vistos por cada residente en una especie de libro de la rotación, donde siguiendo las recomendaciones de la Academia de Medicina Psicosomática Americana, el residente debiera ver un número mínimo de 50 casos, con un número ideal de 100 y no sobrepasando nunca las 150, lo que significaría sacrificar formación por trabajo. Previa a la rotación por IC el residente debe de haber pasado por neurología, hospitalización, toxicomanías y tener experiencia en urgencias. El tiempo de rotación debería ser ampliado de cuatro a seis meses para aquellos residentes interesados en esta subespecialidad. Los americanos recomiendan que al menos se deben ver interconsultas en las siguientes áreas: Forense, Geriátrico, Cuidados Intensivos, Ontología, Obstetricia Ginecología, Trasplante y SIDA. De manera ideal los residentes deberían seguir algunas de estas interconsultas para ver la evolución y la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. El residente inicialmente debe acompañar al staff para poder observar el método de la interconsulta. Los papeles de interconsulta deben ser firmados por el staff y el residente y discutidos previamente. Se debe dedicar un tiempo durante la rotación a las sesiones clínicas, y lecturas sobre los principales tópicos en la interconsulta, por lo que nos gustaría como segundo objetivo iniciar un seminario sobre interconsulta para los residentes del área siguiendo las recomendaciones de Gitlin, 1996 (Como escribir un informe de IC, La psicoterapia en los pacientes somáticos, Diagnóstico de Delirium, Demencia, Uso

de psicofármacos intravenosos, Valoración de la competencia, Psicofármacos en pacientes somáticos, Tratamiento y diagnóstico de síntomas funcionales etc.). El participar en las sesiones generales clínicas del Complejo es otro objetivo a conseguir, ya que esto permitiría un mayor conocimiento de nuestro trabajo en el resto del hospital. Por último seguir participando en los congresos nacionales (Ourense 98, Andorra 00, Alicante 01, Madrid 02) e iniciar participación en los congresos internacionales sobre IC, con una línea definida de investigación teniendo como objetivos el Europeo de Zaragoza en el 2003.

5. Investigación

No hay líneas definidas de investigación, aunque si se han publicado diversos artículos de revisión en revistas nacionales y se han realizado comunicaciones a congresos regionales y nacionales de tipo descriptivo fundamentalmente:

- Trastornos psiquiátricos del SIDA: A propósito de tres casos. *Siso/saude*.
- Psicosis Puerperal: aspectos clínicos y asistenciales. *Psiquiatría Pública*
- Las Demencias en psiquiatría de Enlace. *En Temas Psiquiátricos III*.
- Manías orgánicas. *En Revista Gallega de psiquiatría y Neurociencias*.
- T. Neuropsicológicos del VIH en la interconsulta. *Anales de Psiquiatría*.
- Análisis de la demanda de interconsulta psiquiátrica en el hospital general en los seis primeros meses de actividad de una unidad. *Congreso de la SEMP. Madrid Noviembre de 1996*
- El síndrome confusional en el hospital general. ¿Un programa de enlace imposible?. *Jornadas de la AGSM, Santiago 2001*
- Programa de enlace para pacientes con amputaciones: Estudio preliminar. *Jornadas de la AGSM, Santiago 2001*.

De cara al futuro, nos gustaría marcarnos un objetivo mas allá de estudios descriptivos, tratando de colaborar con otros servicios médicos,

teniendo siempre presente que **los pequeños proyectos de investigación son las piedras angulares de otros de mayor envergadura.**

6. A modo de conclusiones

En los últimos años el Complejo Hospitalario de Ourense ha avanzado en la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace con la creación de la UPIE en el año 1996 con dotación de personal exclusivamente dedicado a ella. Se ha logrado un aumento progresivo de IC hasta el actual 1,4% sobre el total de ingresos y se han organizado actividades formativas específicas

En el ámbito autonómico, el decreto de Salud Mental no establece una unidad específica, adscribiéndose la realización de las IC bien a la Unidad de Hospitalización o a una USM. Parece pues, que los psiquiatras y políticos que contribuyeron a elaborar el decreto no lo tuvieron en cuenta, así que solo con la existencia, a veces machacona, de los que trabajamos en los HG, podremos conseguir que se nos tenga en cuenta. Pero no debemos dejar de señalar que hay luces de esperanza, ya que los profesionales cada vez están más preocupados por este campo y la administración, al menos la de nuestro hospital, ha aceptado que formen parte de los objetivos del servicio.

Para acabar, creemos que la PE es una parte emergente dentro de la psiquiatría, representa a nuestro juicio un lugar de encuentro privilegiado entre la psiquiatría y el resto de la medicina, en una interacción sobre la ENFERMEDAD en un sentido más clásico (Biológico), y otros factores que algunos pretenden dejar fuera de nuestra especialidad (Psicológico y Social). Además es una forma de adentrarnos en los nuevos parámetros que la «Economía de la Salud» nos está marcando, y hacerlo sin tener que renunciar a aplicar una atención integral al enfermo. La demostración de la utilidad de la psiquiatría en el hospital general debe ir más allá de la integración del enfermo mental como uno más dentro de los HG, creemos que la reforma no estaría completa sin la aportación que nuestra especialidad

puede hacer al resto de especialidades médicas, detectando patologías psiquiátricas y aliviando en la medida de lo posible el sufrimiento de los enfermos. El futuro de nuestra sanidad pasa por un mejor aprovechamiento de los recursos, y con ello generar una mejor atención a nuestros pacientes, tratando que nuestros hospitales no se conviertan solamente en proveedores de servicios y productores de salud, aunque sea mental. Por un principio de equidad no podemos renunciar a la máxima que la EACLPP (European Association for Consultation Liaison and Psychosomatic) propugna: **un hospital general, una unidad específica de interconsulta y enlace**, y nosotros desde nuestra modestia añadiríamos: con la dotación de personal más completa posible.

7. Bibliografía

Grafico 1. Clínica:
Datos globales de actividad

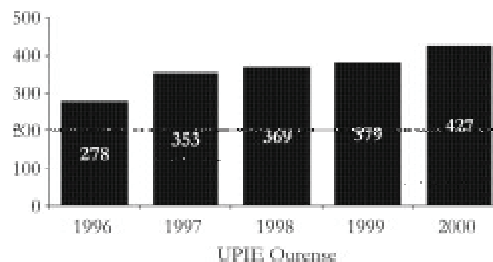
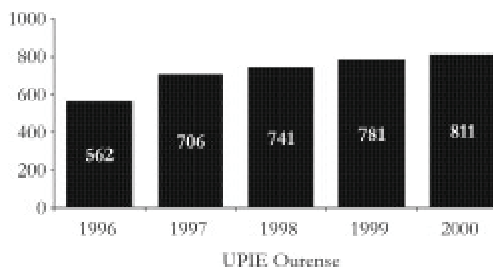


Grafico 2. Clínica:
Datos globales de actividad. Revisiones



1. Gitlin DF, Shindler BA, Stern TA, et al. Recommended Guidelines for Consultation-Liaison Psychiatry Training in Psychiatry Residency Programs. A report from the Academy of Psychosomatic Medicine. Task Force on Psychiatric Resident Training in Consultation-Liaison Psychiatry. *Psychosomatics*, 1996. 37 (1): 3-11.
2. Lobo A, Marínez A, Campos R, Saz P. Los avances más significativos y la previsión de futuro. *Monografías de psiquiatría*, 1999. Vol. XI, nº5: 78-86.
3. Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Mirareis C. La unidad psiquiátrica de consulta y enlace en el Hospital General. Una perspectiva asistencial, docente, e investigadora. *Re. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 1985. 5 nº 14, 299-312.

Correspondencia:

I. Gómez-Reino Rodríguez
ireino@eresmas.com
Unidad de Hospitalización de Agudos
Servicio de Psiquiatría
Complejo Hospitalario de Ourense
C/ Ramón Puga nº 52-56
32005 Ourense