

Morbilidad y comorbilidad psiquiátrica en la interconsulta de niños y adolescentes

Dr. Marco Aurelio Santiago-Ávila,* Dr. Marcos Hernández-Daza**

* Esc. Mil. Gdo. Snd.-Egresado del Curso de Psiquiatría General del Hospital Central Militar.

** Jefe del Curso de Psiquiatría, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

RESUMEN

Objetivo. Determinar el número de casos registrados a un año, así como sus características epidemiológicas más sobresalientes, además de la morbilidad en niños y adolescentes y comorbilidad psiquiátrica correspondiente.

Material y método. Estudio de retrospectivo de niños y adolescentes hospitalizados en el Hospital Central Militar que fueron atendidos en interconsulta psiquiátrica. Se efectuó análisis estadístico descriptivo.

Resultados. Se captó un total de 36 pacientes, cuyo padecimiento más común fue el Trastorno de Adaptación. Se solicitó consulta psiquiátrica para el 7% de la población pediátrica hospitalizada. Los adolescentes presentaron diferencia estadísticamente en comparación con los otros grupos de edad. Lo que significa que se solicitan más interconsultas intencionadamente a este grupo etáreo (Rho Spearman = 0.273).

Conclusiones. El estudio sienta las bases para establecer una sistematización y estandarización del abordaje psicológico y psiquiátrico del paciente pediátrico.

Palabras clave: Comorbilidad psiquiátrica, interconsulta de pediatría, trastorno de adaptación.

INTRODUCCIÓN

El artículo de George Henry publicado en *American Journal of Psychiatry* en 1929 marca el inicio de la psiquiatría de enlace tal y como la entendemos hoy (Lipowski, 1992).¹ Partiendo de estos orígenes, en la actualidad casi 3,000 psiquiatras americanos dedican al menos el 25% de su tiempo profesional a la psiquiatría de enlace (Noyes, et al., 1992).² Los últimos 65 años han sido un terreno fértil para el

Morbidity and comorbidity psychiatric in interview of children and adolescents

ABSTRACT

Objective. Determine of case number registered per year both epidemiologic most important, beside of morbidity at children and adolescent in the same way, the comorbidity psychiatric.

Method. A retrospective study was done in child and adolescent inpatients at the Hospital Central Militar which undergo psychiatric consult. A descriptive statistical analysis was performed.

Results. A total of 36 patients were included. The most common disease was adaptation disorder. Psychiatric consultation was reported for 7% of the total pediatric population.

In the correlation of groups for age, the teenagers presented difference statistically in comparison with other groups of age. What means that more interconsultations are requested meaningfully to this group etareo (Rho Spearman = 0.273).

Conclusions. This investigation fixed the bases for establish a systematic and standard diagnostic and therapeutically boarding of pediatric patient.

Key words: Comorbidity psychiatric, pediatric interview, adjustment disorder.

crecimiento intelectual de la medicina psicosomática, la medicina somatofísica, el papel del estrés en la etiología de las enfermedades y los beneficios de los sistemas de apoyo social. Estas importantes ideas han encontrado un amplio apoyo entre los profesionales de la medicina y el público en general (Lipowski, 1987).³ Como resultado, y debido al trabajo pionero de personas como Eugene Meyer, George Henry, Helen Flanders Dunbar y Edward Billings, los psiquiatras de enlace han estado al frente de la

Correspondencia:
Dr. Marco Aurelio Santiago-Ávila

Calle 7, Edificio 49, entrada A, Depto. 202, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11200, México, D.F. Tel.: (0155) 5580-6826, celular: 04455-5478-3654.
Correo electrónico: m_santiago_avila@yahoo.com.mx

progresiva incorporación de la psiquiatría a la medicina moderna.⁴

La psiquiatría de enlace es cada vez más aceptada como parte importante de la educación psiquiátrica. El American Council on Graduate Medical Education exige experiencia clínica en psiquiatría de enlace para todos los residentes de psiquiatría. Se han establecido unos criterios para la titulación en psiquiatría de enlace y lo siguiente será decidir nuevos criterios para la práctica en psiquiatría de enlace dentro de los programas de residencia en psiquiatría (Ford, et al., 1994).⁵ Este creciente cuerpo de conocimiento médico científico recogido sistemáticamente, así como los esfuerzos de distintos líderes nacionales, han desembocado en la recomendación de la American Psychiatric Association para que la psiquiatría de enlace sea reconocida formalmente como una subespecialidad por el American Board of Psychiatry and Neurology.⁶

La evolución de la psiquiatría de enlace como una subespecialidad definida y reconocida ha abierto a menudo un vigoroso debate sobre los objetivos y los límites de la psiquiatría. Independientemente de los resultados finales, existen pocas dudas acerca de que la psiquiatría de enlace cumpla con los criterios para una subespecialidad tal y como la define la American Psychiatric Association.³

Las habilidades específicas requeridas para un psiquiatra de enlace incluyen:

1. La capacidad de llevar a cabo un examen detallado del estado mental y de interpretar los hallazgos conjuntamente con las pruebas más modernas, como las de neuroimagen.
2. La capacidad de evaluar el riesgo de suicidio, agresividad y agitación en el ámbito médicoquirúrgico.
3. La capacidad de aplicar los principios médicos, legales y éticos en el manejo psiquiátrico de los pacientes.
4. La capacidad de trabajar y poder comunicar claramente los hallazgos y las recomendaciones a médicos de otras especialidades no psiquiátricas, otros trabajadores de la salud y las familias.

El psiquiatra de enlace también debe tener conocimientos acerca de la comorbilidad médica y psiquiátrica, las diferentes manifestaciones psiquiátricas de las enfermedades médicas y la existencia de síntomas médicos o enfermedades físicas simuladas para comunicar malestar psicosocial. Además, es necesario ser un experto en el diagnóstico y el tratamiento del *delirium*, la demencia, la depresión, la ansiedad y los efectos de las sustancias tóxicas en el contexto médico.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes niños y adolescentes que estuvieron encamados durante el periodo de estudio en las diversas salas del Hospital Central Militar. La realización del estudio se llevó a cabo en tres fases, en la primera fase se realizó la revisión de la Libreta de Interconsultas y se registraron los datos anotados en ésta. En la segunda fase se corroboró la existencia del archivo clínico del paciente y se verificó la información clínica en la hoja de interconsulta del mismo expediente, anotando el manejo, motivo de la consulta, diagnósticos y fármacos psicotrópicos. Una vez recolectados los datos se procedió al análisis estadístico.

El análisis estadístico utilizado en este estudio se basó primeramente en la estadística descriptiva mediante la interpretación de frecuencias, media, mediana y desviación estándar, cuyos resultados se mostraron mediante histogramas y gráficas circulares.

RESULTADOS

El total de la población de estudio determinada por la investigación arrojó un número de 36 pacientes comorbilidad psiquiátrica en un año, de los cuales la frecuencia por sexo correspondió a un 56% (n = 20) pacientes masculinos y un 44% (n = 16) pacientes femeninos, como lo demuestra más adelante (Figura 1), lo cual no arrojó una diferencia estadísticamente significativa para el género de los pacientes.

Respecto a los grupos etáreos, el grupo que presentó mayor incidencia fue el de adolescentes con un 67% (n = 24), seguido por escolares con un 19% (n = 7), preescolares 8% (n = 3) y lactantes 6% (n = 2), lo que refleja una relación más significativa en cuanto a la madurez psíquica y la respuesta a la enfermedad (Figura 2), el curso y el pronóstico.

El número de interconsultas por paciente fue estimado, encontrándose que se realizaron un total de

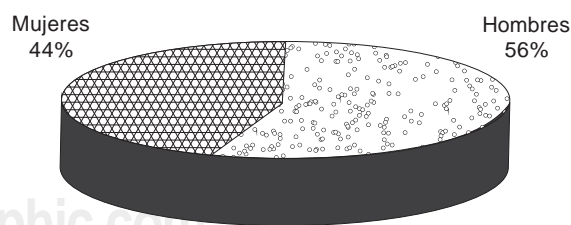


Figura 1. Población pediátrica del estudio* (n = 36).

* Fuente: Santiago MA, Hernández M. Morbilidad y Comorbilidad Psiquiátrica en la Interconsulta de Pediatría del Hospital Central Militar en el año 2004.

52 interconsultas en un año, siendo la mayoría de primera y única vez ($n = 24$), mientras que el número de pacientes con una segunda valoración fue de ($n = 9$), los que tuvieron tres evaluaciones fue menor ($n = 2$), siendo sólo un paciente revalorado y seguido en cuatro ocasiones por el mismo médico ($n = 1$), lo cual no muestra una diferencia estadísticamente significativa para algún padecimiento o grupo de edad (Figura 3).

Para la interconsulta por mes, se descubrió que se solicitaba un mayor número de valoraciones en los meses de enero y octubre ($n = 5$) que representa el 28% de las consultas, parámetro que coincide con algunas diferencias estacionales que influyen en la incidencia de padecimientos psiquiátricos, como podrían ser la iluminación solar, el cambio climático o inclusive el inicio o término del año lectivo, lo que podría influir en la aparición de síntomas relacionados con el estado de ánimo y la evolución natural de la enfermedad (Figura 4).

La determinación de las enfermedades médicas se agruparon primero en dos grandes grupos (médicas y quirúrgicas), encontrándose que se equiparaban la incidencia de una y de otra, aunque al agruparlas por especialidad, se descubría que los padecimientos agrupados en el grupo quirúrgico (ej., amputaciones, trauma y cirugía abdominal) originaban el mayor número de solicitudes de interconsulta, siendo en segundo lugar el cáncer y el envenenamiento intencionalmente autoinfligido, éste último con fines suicidas según refieren las notas de interconsulta y con conflictos interpersonales (familiares) previos al incidente.

El tercer lugar lo ocupan dos enfermedades crónicas que en la actualidad pueden ser potencialmente modificables y que presentan un curso relativamente estable. Éstas son la insuficiencia renal crónica y la epilepsia. Dichos padecimientos producen un deterioro funcional progresivo que repercute en diversos trastornos emocionales y dependiendo de la edad de aparición tienen una mayor repercusión en la imagen y autoconcepto del paciente, siendo la etapa de mayor riesgo la adolescencia (Figura 5).

Dentro de los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados a la patología de base, se encuentran una mayor proporción de Trastornos Adaptativos que se acompañan tanto de sintomatología depresiva y ansiosa, los cuales se encuentran relacionados con la gravedad, cronicidad e instauración de la enfermedad. Se conciernen entre sí las enfermedades crónicas con más síntomas depresivos y las enfermedades agudas y traumáticas con síntomas de ansiedad.

Se identifican episodios depresivos y conflictos intrafamiliares acoplados a los envenenamientos autoinfligidos con medicamentos y llama la atención

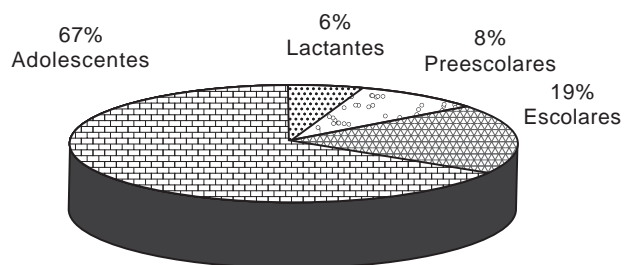


Figura 2. Pacientes por grupos de edad.*

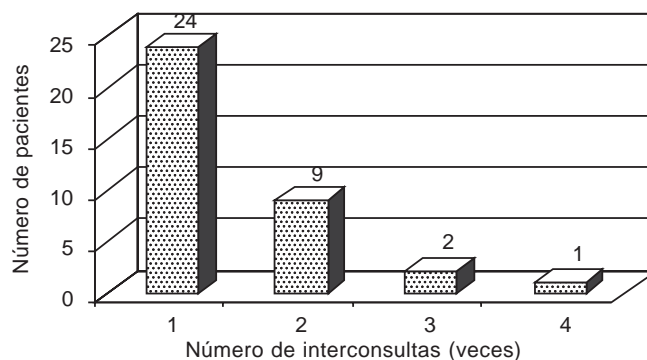


Figura 3. Número de consultas por paciente.*

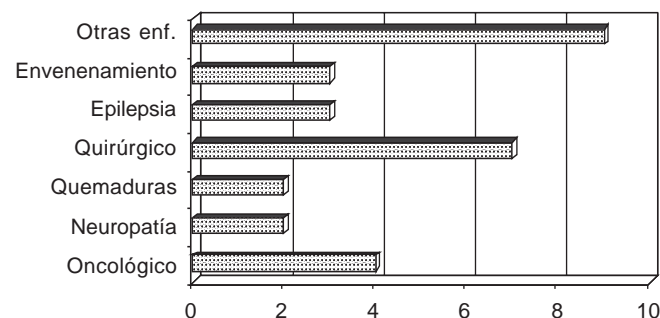


Figura 4. Enfermedades médicas.*

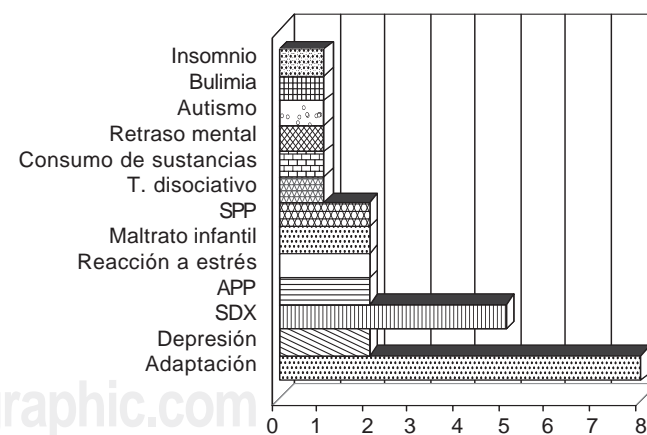


Figura 5. Comorbilidad psiquiátrica.*

* Fuente: Santiago MA, Hernández M. Morbilidad y Comorbilidad Psiquiátrica en la Interconsulta de Pediatría del Hospital Central Militar en el año 2004.

la utilización exclusiva de fármacos y no la de otras sustancias letales como raticida, solventes y/o detergentes. En la revisión de las notas de interconsultas, la mayor parte de los pacientes son femeninos entre 11 y 16 años de edad, llegándose a identificar algún conflicto intrafamiliar con uno de los progenitores, específicamente la madre.

Junto con la solicitud de Apoyo Psicológico a los Padres (APP), se observan enfermedades crónicas y terminales, por lo que se pide al Servicio de Psiquiatría coadyuve en el manejo emocional de los progenitores ante un evento terminal próximo, con el fin de aminorar el desgaste psicológico tanto de familiares y de forma implícita del personal médico tratante.

Se anotan los manejos e las intervenciones médicas, tanto las farmacológicas, así como las psicossociales y en aquellas en las que se determina la observación cuidadosa de la evolución, refiriéndose al paciente a la consulta externa, pruebas psicológicas o inclusive la derivación de la intervención. Asimismo se fijan los medicamentos más utilizados en el ámbito de la interconsulta (Figuras 6 y 7).

Por último, se plasman los psicotrónicos más utilizados, entre ellos la imipramina y el clonazepam, principalmente para tratar trastornos adaptativos y depresión, en segundo plano se utilizan, los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) y algunos antipsicóticos como la risperidona y el haloperidol.

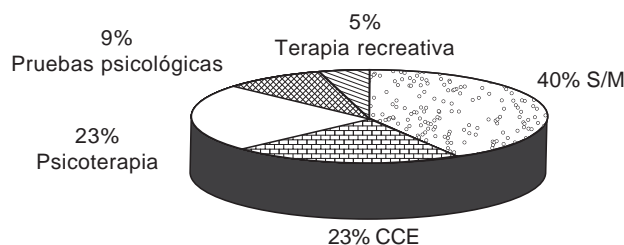


Figura 6. Intervenciones en la interconsulta.*

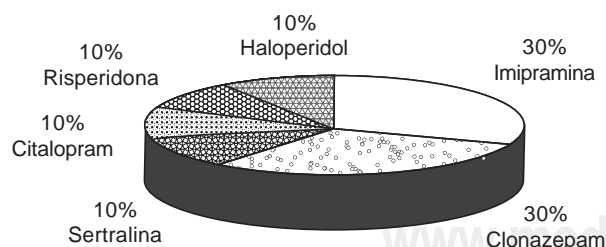


Figura 7. Psicotrónicos en la interconsulta.*

Se solicitó IC para el 7% de la población pediátrica hospitalizada en comparación con el 11% a nivel internacional. Correlacionado estadísticamente con una $p = 0.323$, Odds Ratio = 0.609. En la correlación de grupos por edad, los adolescentes presentaron diferencia estadística en comparación con los otros grupos de edad. Lo que significa que se solicitan más interconsultas intencionadamente a este grupo etéreo (Rho Spearman = 0.273).

Existe una similitud en el abordaje psiquiátrico del Servicio del HCM y la literatura internacional, corroborado estadísticamente. El abordaje por grupo de edad se incrementa notablemente en el grupo de adolescentes.

El Trastorno por Adaptación es el padecimiento más frecuentemente encontrado. La psicoterapia en su tipo abreactiva y de apoyo es la intervención no farmacológica más solicitada. No se logra integrar diagnóstico o manejo específico en un porcentaje específico de pacientes, lo que incrementa el riesgo de posterior psicopatología, mal apego a tratamiento y mala relación médico-paciente-familiar.

DISCUSIÓN

Existe una clara similitud en la epidemiología de la Interconsulta de Psiquiatría en el Servicio de Pediatría y la literatura internacional, la cual reporta hasta un 11% de solicitudes de valoración psicológica y psiquiátrica, siendo nuestra casuística cercana sólo al 7%, lo que deja al descubierto una clara brecha en el abordaje integral del paciente pediátrico y su familia.

El estrecho margen de acción, impide correlacionar debidamente la información, por lo que el estudio muestra una descripción general de nuestra población y su problemática. Aunque se percibe que el Trastorno por Adaptación con sintomatología depresiva y ansiosa es el principal desorden a resolver.

El adolescente se convierte en un ser intermedio entre el niño y el adulto, con lo que continua y rutinariamente se relega su particularidad y su individualidad, con lo que se desestiman los cambios físicos y psicológicos que sufren y, por ende, su visión del mundo, de la enfermedad y de la vida.

Se destaca la trascendencia de encontrar diferentes puntos de vista del diagnóstico y el manejo posterior, sobresaliendo la falta de integración diagnóstica en muchos de los casos.

CONCLUSIONES

Se necesitan más estudios descriptivos para establecer una sistematización y estandarización del abordaje psicológico y psiquiátrico del paciente pe-

* Fuente: Santiago MA, Hernández M. Morbilidad y Comorbilidad Psiquiátrica en la Interconsulta de Pediatría del Hospital Central Militar en el año 2004.

diátrico, así como para conocer las características de nuestro desempeño.

Es necesario identificar las dificultades más importantes en el abordaje no sólo del niño y del adolescente, ya que queda claro que es una población especial, altamente dinámica y que se subestima la particularidad de sus rasgos.

Por lo tanto, es prioridad la integración de equipos interdisciplinarios con el fin de abordar de manera integral el problema del paciente y de su familia.

REFERENCIAS

1. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry at century's end. *Psychosomatics* 1992; 33: 128-33.
2. Noyes R, Wise TN, Hayes JR. Consultation-liaison psychiatrists; how many are there and how are they funded? *Psychosomatics* 1992; 33: 123-7.
3. Lipowski ZJ. The interface of psychiatry and medicine: toward integrated health care. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 743-8.
4. Ackerman AD, Lyons JS, Hammer JS, et al. The impact of co-existing depression and timing of psychiatric consultation on medical patients' length of stay. *Hosp Community Psychiatry* 1998; 39: 173-6.
5. Ford CV, Fawzy FI, Frankel BL, et al. Fellowship training in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1994; 35: 118-24.
6. Wise TN, Ford CV. Subspecialization at the cross-roads. *Psychosomatics* 1991; 32: 121-3.

Recibido: Abril 9, 2007.
Aceptado: Agosto 28, 2007.