

HOSPITAL CLINICOQUIRURGICO "AMBROSIO GRILLO"

## La interconsulta psiquiátrica en un hospital clínicoquirúrgico

Por los Dres.:

MIRTHA GONZALEZ SOTO,<sup>41</sup> RICARDO GONZALEZ MENENDEZ\*\*

González Soto, M. et al. *La interconsulta psiquiátrica en un hospital clínicoquirúrgico*. Rev Cub Med 15: 5, 1976.

Se presenta un estudio de la valoración de seis meses de interconsultas psiquiátricas en un hospital clínicoquirúrgico, el cual aportó resultados concordantes con la hipótesis de que el médico integral muchas veces subvalora sus potencialidades terapéuticas ante la afección psiquiátrica menor, y se evidenció que a pesar del elevado porcentaje de concordancia diagnóstica con el especialista y la positividad de la relación médico-paciente lograda, su actitud terapéutica ante dicha afección fue de abstención en una buena proporción de casos.

### INTRODUCCION

La alta frecuencia con que el médico, cualquiera que sea su especialidad, afronta en la práctica diaria la atención a pacientes con afecciones en las que los aspectos psicosociales tienen una importante influencia,<sup>1</sup> la notable incidencia de trastornos psiquiátricos de nivel neurótico y psicótico en todo el mundo, y la angustia reactiva ante las enfermedades, explican en parte la demanda de interconsultas psiquiátricas en pacientes hospitalizados y de consulta externa.

En los últimos años, sin embargo, se ha hecho evidente que el médico tiende a subvalorar sus posibilidades de tratar

exitosamente las enfermedades psiquiátricas menores, y como producto de esa falsa apreciación, remite al especialista a pacientes que prácticamente ha curado, al manejar adecuadamente la relación médico-paciente y algún psicofármaco menor.

El interés por conocer algunas características de la interconsulta hospitalaria, nos motivó a proyectar un estudio sobre dicha actividad interdisciplinaria, pretendiendo explorar las siguientes hipótesis:

1. Es esperable que la mayor proporción de interconsultas se produzca con servicios en los que se atienden pacientes con trastornos que tienen importante repercusión psicosocial.
2. Consideramos que el mayor porcentaje de pacientes de interconsultas, son portadores de afeccio-

nes psiquiátricas menores, muchas veces consecuencia de la enfermedad de base que motivó su ingreso.

3. La concordancia diagnóstica entre el médico de asistencia y el psiquiatra debe ser alta, sobre todo en lo relativo a afecciones psiquiátricas menores.

4. Es frecuente que el médico de asistencia espere la asesoría del especialista, sin ensayar recurso terapéutico alguno, subvalorando sus potencialidades terapéuticas como "médico de cabecera".<sup>2</sup>

Nuestro estudio fue iniciado con la

#### MATERIAL Y METODO

confección de un modelo mimeografía- do: solicitud de interconsulta psiquiátrica a pacientes ingresados, donde el médico de asistencia aportaba elementos acerca de su apreciación diagnóstica, recursos terapéuticos utilizados antes de solicitar la interconsulta, y objetivos de la petición de valoración especializada (véase copia del modelo).

Se estudiaron todos los pacientes remitidos a la interconsulta, desde el 1ro. de enero de 1975 hasta el 30 de junio del mismo año, ambos inclusive.

#### SOLICITUD DE INTERCONSULTA PSIQUIATRICA A PACIENTES INGRESADOS

Favor de llenar todos los epígrafes hasta el número 11 por el médico de asistencia que pide la interconsulta

HC .....

1. .... 2. No. de cama .....

Paciente: nombres y apellidos

3. Sala ..... 4. Servicio .....

5. Nombre del médico ..... 6. Síntomas fundamentales .....

7. ¿Cuál es su diagnóstico psiquiátrico presuntivo? .....

8. ¿Ha ensayado algún recurso para su manejo? Sí ..... No .....

9. En caso positivo, ¿cuál?:

a) Psicoterapia de apoyo .....

b) Exploración y atenuación de preocupación .....

c) Psicofármacos, ¿cuáles? .....

d) Otros recursos, ¿cuáles? .....

10. Objetivos específicos perseguidos en la petición de exámenes por el psiquiatra (favor de explicar en forma breve, qué elementos debe ofrecerle al psiquiatra en su informe)

.....

.....

¿Considera usted que la relación médico-paciente lograda por su médico de asistencia ha sido? excelente..... buena..... regular..... mala.....

*Para contestar por el psiquiatra que valora el enfermo*

1. Edad ..... 2. Sexo ..... 3. Raza ..... 4. Estado Civil .....

..... 5. Escolaridad ..... 6. Ocupación ..... 7. Procedencia urbana ..... rural .....

8. Fuente: Médico ..... Enfermera ..... Paciente .....  
 ..... Familiares ..... Otros enfermos ..... Otros, ¿cuál? .....

9. Diagnóstico .....

10. Recomendaciones: A) Orientación sobre el manejo psiquiátrico al equipo de asistencia ..... B) Psicoterapia por el psiquiatra .....  
 ..... C) Psicofármacos, ¿cuáles? ..... D) Otras recomendaciones .....

11. Observaciones: .....

.....

.....

.....

**CUADRO I**

RAZA							
Edad	HOMBRES			MUJERES			Total
	B	N	M	B	N	M	
- 19			1	1			2
19 - 29	5	3	3	3	2	6	22
30 - 39	1	3	5	10	6	1	26
40 - 49	2	2	3	6	-	1	14
50 - 59	-	-	1	-	1	-	2
60 - 69	1	3	5	4	-	-	13
+ 69	-	-	1	1	-	-	2
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>81</b>

**CUADRO II**

Profesión	PROCEDENCIA		
	Urbano	Rural	Total
Trabajo técnico	7	2	9
Trabajo no técnico	17	16	33
Estudiantes	-	-	-
Su casa	18	13	31
Jubilado	4	2	6
	4	3	7
<b>Sin ocupación Total</b>	<b>50</b>	<b>36</b>	<b>86</b>

**NUESTROS RESULTADOS**

Los cuadros I y II, expresan las características de los pacientes estudiados en cuanto a edad, sexo, raza, procedencia y profesión.

En el cuadro III se exponen las interconsultas psiquiátricas con los restantes servicios del hospital, y el porcentaje de pacientes remitidos institucionalmente a psiquiatría, según el total de ingresos de cada especialidad durante los seis meses estudiados.

CUADRO III

INTERCONSULTAS PSIQUIATRICAS CON OTROS SERVICIOS			
Servicios	Total ingresos	Interconsultas	Porcentaje
Angiología	269	6	2,5
Cirugía	1 204	9	0,74
Otorrinolaringología	115	2	1,7
Infeccioso	294	1	0,3
Proctología	186	1	0,3
Urología	188	2	1,0
Tisiología	131	7	5,3
Dermatología	282	12	4,2
Ortopedia	342	9	2,6
Medicina interna	1 013	37	3,6
Oftalmología	198	—	
Neumología	324	—	
<b>Total de ingresos</b>	<b>4 546</b>	<b>86</b>	<b>2,1</b>

Apréciase que el porcentaje global fue de 2,1%, y que los servicios con mayor proporción de interconsultas fueron fisiología con 5,3% y dermatología con 4,2%, seguidos de medicina interna con 3,6%.

Seis pacientes fueron separados del estudio por haber abandonado el hospital antes de su examen por el psiquiatra (por traslados médicos o por petición familiar). Los siguientes aspectos de la investigación tomarán en cuenta, por tanto, los 86 pacientes que se estudiaron por nuestro equipo de trabajo.

Los diagnósticos presentes en los 86 enfermos valorados, se distribuyeron en la siguiente forma según el criterio psiquiátrico:  
*Distribución de pacientes según diagnóstico*

Psicosis esquizofrénicas	17
Psicosis involutivas	2
Psicosis sintomáticas	6
Depresiones ateroscleróticas	2
Demencias	4
Reacciones depresivoansiosas	37
Reacción depresiva involutiva	3
Reacción histérica	3
Reacción asténica	1
Otros diagnósticos	6
Diagnósticos no consignados	5

Apréciase que el porcentaje de afec-  
ciones menores sobrepasa el 50% del total.

**Concordancia diagnóstica entre el médico de asistencia y el psiquiatra**

	Pacientes	%
Concordancia total	61	70,8
No concordancia	14	16,4
No consignados diagnósticos por el médico asistente	11	12,7

Las dificultades diagnósticas afrontadas por el médico de cabecera, fueron las siguientes:

Seis pacientes portadores de psicosis sintomática fueron diagnosticados como histriónicos ante las manifestaciones histeroides añadidas a su enfermedad de base, correctamente evaluada.

Cinco enfermos esquizofrénicos, en

diferentes etapas evolutivas, fueron considerados como portadores de neurosis graves.

Dos neurosis graves fueron diagnosticadas como psicosis, y una paraparecia orgánica fue valorada como una reacción de conversión.

Debe destacarse, sin embargo, que 12 de los 17 pacientes esquizofrénicos, diagnosticados por el psiquiatra, habían sido correctamente valorados por el médico de asistencia.

**Objetivos que se propone el médico remitente**

	Pacientes	%
Para valoración terapéutica por afección psiquiátrica evidente	32	37,0
Para valoración diagnóstica por afección psiquiátrica evidente	23	26,0
Para obtener recomendaciones especializadas y poder considerar aspectos psicociales	5	5,8
Para descartar posibilidades psicógenas en cuadros de diagnóstico dudoso	5	5,8
Para una valoración psicoterapéutica más profunda	3	3,4
Para valorar posibilidad de enfrentar una operación	2	2,3
No fue expresado en el referido	17	2,1

**Recursos terapéuticos utilizados por el médico de asistencia**

	Pacientes	%
No se utilizó ningún recurso hasta la visita del psiquiatra	24	28,1
Se utilizó algún recurso	62	71,9

En los 62 enfermos tratados, los recursos utilizados por el médico de asistencia fueron:

	Pacientes	%
Psicoterapia de apoyo	49	56,9
Psicofármacos	44	51,1
Exploración y ventilación de conflictos	5	5,8
Otros recursos	2	2,3

*Valoración del psiquiatra sobre el esfuerzo del médico de asistencia por lograr una relación médico-paciente positiva*

En una calificación del 1 al 5, donde el 5 representó la mejor evaluación, los resultados fueron:

- en 6 enfermos la calificación fue de 1
- en 3 enfermos la calificación fue de 2
- en 19 enfermos la calificación fue de 3
- en 24 enfermos la calificación fue de 4 —en 34 enfermos la calificación fue de 5

Apreciase que en 77 enfermos (88 %), la evaluación fue de 3 ó más, expresiva de buenas relaciones médico-paciente.

#### DISCUSION

Nuestros resultados son concordantes con la hipótesis planteada, de que el mayor porcentaje de enfermos en interconsulta debía provenir de servicios donde se atendieran afecciones de importante repercusión psicosocial, como lo expresan las cifras de 5,3% en fisiología, y 4,2% en dermatología: resultados esperados si valoramos el alto significado de estas enfermedades.<sup>3</sup> Por otra parte, debe destacarse que más del 50% de los pacientes valorados, presentaban afecciones psiquiátricas menores de magnífico pronóstico en manos de su médico de asistencia, resultado éste que apoya la segunda hipótesis planteada.

La concordancia diagnóstica superó al 70,8% de los casos, lo cual hace evidente que las dificultades más importantes confrontadas por el médico de cabecera, fueron debidas a la frecuente valoración de las manifestaciones histeroides de los cuadros orgánicos, como síntomas orientados a obtener alguna ganancia.<sup>4</sup> Finalmente, el 28,1% de los enfermos valorados, fueron remitidos sin haberse utilizado recurso terapéutico alguno, y sólo en el 51,1% se utilizó algún psicofármaco, conducta que expresa, la frecuente subvaloración del médico de sus potencialidades terapéuticas ante estas enfermedades.

#### CONCLUSIONES

1. El 2,1% del total de ingresos en otros servicios de nuestro hospital, recibió asistencia psiquiátrica en interconsulta.
2. Los servicios con mayor proporción de solicitudes de interconsultas psiquiátricas fueron: fisiología con el 5,3%; dermatología con el 4,2%; y medicina interna con el 3,6% del total de ingresos en el semestre estudiado.
3. La proporción de afecciones psiquiátricas menores en los pacientes estudiados superó el 50%.
4. En el 70,8% de los casos, se comprobó una concordancia diagnóstica absoluta entre el médico de asistencia y el psiquiatra.

5. Las mayores dificultades diagnósticas se evidenciaron ante las manifestaciones histeroides de las psicosis sintomáticas, por lo que las mismas fueron valoradas como conductas orientadas a obtener alguna ganancia, y no como producto de la desestructuración de conciencia.
6. En el 63% de los casos, el objetivo fundamental que se proponía el médico de asistencia en la interconsulta, fue la valoración diagnóstica y tratamiento de pacientes portadores de enfermedad psiquiátrica evidente.
7. El 28,1 % de los enfermos esperó In interconsulta, sin que el médico ensayara recursos terapéuticos-psicológicos o farmacológicos.
8. Sólo el 51,1% de los pacientes se trató farmacológicamente antes de la visita al psiquiatra.
9. En el 89% de los pacientes, fue buena la evaluación del psiquiatra sobre la relación médico-paciente lograda por el facultativo de cabecera.

#### SUMMARY

González Soto, M. et al. *Psychiatric interconsultation at a clinical-surgical hospital*. Rev Cub Med 15: 5, 1976.

A study on the 6-month assessment of psychiatric interconsultations at a clinical-surgical hospital is presented. Study results agreed with the hypothesis that the integral physician often undervalues his therapeutic potentialities in the face of a minor psychiatric affection, and it was evidenced that despite the high percentage of diagnostic agreement with the specialist and an efficient physician-patient relationship his therapeutic attitude in the face of such affection was forbearance in a high number of cases.

#### RESUME

González Soto, M. et al. *L'Interconsultation psychiatrique dans un hôpital clinico-chirurgical*. Rev Cub Med 15: 5, 1976.

Ce travail présente une étude de la valorisation de six mois d'interconsultations psychiatriques dans un hôpital clinico-chirurgical. Cette étude a apporté des résultats qui sont en concordance avec l'hypothèse que le médecin intégral sous-valorise, souvent, ses potentialités thérapeutiques face à l'affection psychiatrique mineure, et on a mis en évidence que malgré le haut pourcentage de concordance diagnostique avec le spécialiste et la positivité du rapport médecin-patient atteinte, son attitude thérapeutique face à cette affection a été, dans plusieurs cas, celle de l'abstention.

#### PE310ME

roH3a.ne3 Coto M., w ap. ncMxwaTpvmeKafI HHTepKOHcyjiBTauHH B kjikhkko-mpyprM'ieckOM rocnmajie. Rev Cub Med 15:5,2.9'6.

flaeTCH visyAeHiie omeHKH 6 MecaqeB wHTepKOHcyjiBTauHiI no ncianaTpn b KJIMHMKO-xiipyprM'ieckOM rocnwTajie .TaKHM 06pa3OM CbiJio npoaeMOHCTpHpoBa- HOTE3 o to.', vto MHTepajHbiii Bpau o6hmHO noaoTueHHBaeT cboü TepaneB- TW'ieckHe noTeH3Hajin nepea ncnxnaTpmecKOM noBpexaeHHeM w Öhjo buh— B^eHO Ato He cmofp Ha bhckohM npoueHT anarHocTH'ieckou paBHorjiaenw co crieiiMajiICTOM H «Mea b B»ay noJioSMTejii>HOCTK OTHOueHHH Bpaua - na— UMeHTa,hx TepaneBTM^ecKoe noBeaeHKH <5uao TaKKM Ato He Hafianaajihci 3a óoJiBiue Koan^ecTBO cjiyMaeb

**Sección de noticias**  
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF MEDICINE  
AND BIOLOGY OF ENVIRONMENT

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE  
MEDICINE ET BIOLOGIE DE  
L'ENVIRONNEMENT

Président D'Honneur Prof. René Dubos  
Université Rockefeller U.S.A.

115 rue de la Pompe — F-75116 Paris — Telegr.  
Ecomebio-Paris — Tel. 553-45-04

Le Président  
Dear Sir,

Paris, le 15 avril 1976

Please find, hereattached, the programme of the *International Symposium on Industrial Wastes and Environment*, taking place in Caracas (Venezuela), Parque Central, on November 14 to 19, 1976. His Excellency, Mr. *Carlos Andrés Pérez*, the President of the Republic of Venezuela, has accepted to preside this international meeting.

Members will be welcome to take part in the discussions animating the sessions and thereby will contribute to the resolutions to be adopted at the closing session. Moreover, papers can be presented in the framework pertaining to the themes of the programme inclosed.

Specialized commissions will group delegates of the varlous countries belonging to the five continents and participating

members of International Inter<sup>^</sup> governmental, and Non-Governmental Organizations interested by the subject.

The Venezuelan Authorities and our International Committee have decided to make available to the congressists their utmost assistance.

Further information may be obtained from:

International General Secretariat, Docteur *Richard Abbou*.

115, rue de la Pompe — F-75116 Paris

Phone: 553-45-04.

—Registration fee, up to August 31, 1976:  
100 U.S. dollars.

—After the above date: 125 U.S. dollars.

We should appreciate the publication of this information in your next issue.

Thanking you in advance for your important cooperation,

I am

Very Truly Yours,  
R. A. Vignal

Po/Docteur *Richard Abbou*

INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF CARACAS  
"INDUSTRIAL WASTES AND ENVIRONMENT"

14-19 November 1976

under the Honorary Presidency of the  
President of the Republic of Venezuela