

ción de injerto para trasplante hepático, utilizando los conceptos actualmente implementados en otros países (como puede ser el MELD/PELD u otros sistemas) y que permiten que el injerto disponible sea asignado al paciente que más lo requiere. La mortalidad de la lista de espera de trasplante hepático en Chile alcanza cifras de 28% y estamos convencidos que junto con el aumento de la disponibilidad de órganos para trasplante, la asignación justa de los injertos debe reducir esta tasa de mortalidad.

La publicación de nuestro documento de consenso es, entre otras, una de las iniciativas de los equipos trasplantadores para lograr mejorar diversas necesidades del trasplante de hígado en nuestro país.

Dr. Juan Hepp K.
Clínica Alemana de Santiago

REFERENCIAS

1. HEPP J, BUCKEL E, MARTÍNEZ J, URIBE M, DÍAZ J ET AL. Trasplante hepático en Chile: Aspectos generales, indicaciones y contraindicaciones (Documento de consenso). *Rev Méd Chile* 2008; 136: 793-804.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE: DESCRIPCIÓN DE LAS INTERCONSULTAS EN UNA CLÍNICA UNIVERSITARIA

LIAISON PSYCHIATRY: REFERRALS IN A UNIVERSITY CLINIC IN COLOMBIA

Sr. Editor: Hace poco, en nuestro grupo de Psiquiatría de Enlace reportamos el caso de una paciente ingresada en la Clínica Universitaria Bolivariana (CUB) de Medellín, Colombia, a quien diagnosticamos un síndrome de Charles Bonnet, en respuesta a la petición de Medicina Interna de descartar un *delirium*¹. Dicho caso motivó una exploración de los registros de 6 meses entre octubre y marzo de la base en la que consignamos los datos socio-demográficos y clínicos obtenidos de la petición de interconsulta y durante la valoración de los pacientes hospitalizados en la CUB, con el fin de describir algunas características de las peticiones espontáneas de evaluación por Psiquiatría y los diagnósticos clínicos de esta especialidad.

Se examinaron 182 pacientes (7,5% de los ingresados por cualquier motivo médico o quirúrgico en el periodo). Ciento once (61,0%) eran mujeres y 71 (39,0%) hombres, con edad media de 50,4 (DE: 23,1). De ese total, 99 (54,4%) tenían pareja estable, 37 (20,3%) eran solteros, 29 (15,9%) viudos y 17 (9,3%) separados. Nueve (4,9%) eran analfabetas, 140 (76,9%) con alguna escolaridad básica y 33 (18,1%) con algún grado de estudios superiores. Sesenta y nueve (37,9%), dedicadas a labores del hogar, 38 (20,9%) laboralmente activos, 7 (3,8%) jubilados o pensionados y 5 (2,7%) desempleados.

La especialidad que más solicitó interconsultas fue Medicina Interna con 99 (54,4%) peticiones, seguida por Gineco-Obstetricia con 27 (14,8%), Cirugía 18 (9,9%), Cuidados Intensivos 10 (5,5%). Toxicología, Neurocirugía y Ortopedia solicitaron 6 (3,3%) interconsultas cada una. Las otras 10 (5,5%) valoraciones fueron pedidas por diversas especialidades. En la Tabla 1 están clasificados los motivos de interconsulta y los diagnósticos finales de Psiquiatría. En dicha clasificación respetamos los términos usados por los médicos tratantes y por los psiquiatras, en la mayoría de los casos;

Correspondencia a: José Gabriel Franco.
E mail: josefranco11@hotmail.com

Tabla 1. Interconsultas a psiquiatría, según el motivo de la petición y el diagnóstico del psiquiatra en 182 pacientes ingresados en la CUB

Clasificación	Motivo de la interconsulta n (%)	Diagnóstico de psiquiatría n (%)
T* del estado de ánimo y de ansiedad	Depresión 47 (25,8). TAB* 7 (3,8). T de pánico 6 (3,3). T adaptativo 6 (3,3). Duelo 5 (2,7).	T depresivo 43 (23,6). T adaptativo 22 (12,1). TAB 11 (6,0). Duelo 10 (5,5). T de pánico 5 (2,7). Fobia social 2 (1,1). Distimia 1 (0,5). TAG* 1 (0,5). TPET* 1 (0,5)
T relacionados con sustancias	Farmacodependencia 5 (2,7). Síndrome de abstinencia 3 (1,6). Alcoholismo 1 (0,5).	Síndrome de abstinencia 2 (1,1). Alcoholismo 2 (1,1). Farmacodependencia 2 (1,1)
T cognositivos y neuropsiquiátricos	<i>Delirium</i> 28 (15,4). Demencia 5 (2,7)	<i>Delirium</i> 39 (21,4). Demencia 9 (4,9). CPC* 3(1,6). TOP* 3 (1,6). HPN* 2(1,1). RM* 2 (1,1)
T psicóticos	Esquizofrenia 2 (1,1). Psicosis secundaria 2 (1,1)	Esquizofrenia 2 (1,1)
Síntomas	Tristeza 13 (7,1). Llanto 7 (3,8). Ansiedad 6 (3,3). Agitación 6 (3,3). Anorexia 3 (1,6). Insomnio 3 (1,6). Intento suicida 3 (1,6). Somatización 3 (1,6). Hiperemesis gravídica 2 (1,1). Apatía 2 (1,1). Déficit cognitivo 1 (0,5)	Insomnio 2 (1,1). Acatisia 1 (0,5). Intento suicida 1 (0,5)
Intervenciones	Valoración pre-amputación 2 (1,1) Manejo de medicación 2 (1,1)	
Otros	T conversivo 5 (2,7). Problema familiar 4 (2,2). Síndrome Confusional 3 (1,6).	Sin T mental 14 (7,7). T alimentario 1 (0,5). Efectos secundarios de la medicación 1 (0,5).

* T=Trastorno. TAB=T afectivo bipolar. TAG=T de ansiedad generalizada. TEPT=T de estrés post-traumático. CPC=Crisis parciales complejas. TOP=T orgánico de la personalidad. HPN=Hidrocefalia de presión normal. RM=Retraso mental.

sólo modificamos, con el fin de hacer menos repetitivo el reporte, aquellos que por no presentar ambigüedades podían expresarse claramente mejor o reagruparse con algún concepto similar y más técnico.

Aunque es necesario hacer una valoración con instrumentos estandarizados para dar mayor validez a estos hallazgos, este reporte muestra cómo es el trabajo diario en nuestra institución. Por otra parte, al comparar estos resultados con los de Hernández et al² que con herramientas clínico-investigativas estudiaron una muestra similar de pacientes hospitalizados de Santiago de Chile,

vemos que ellos también encontraron que una posible depresión motivó muchas de las interconsultas mientras que en los dos lugares se pidieron pocas valoraciones por posibles cuadros adaptativos, los cuales son frecuentes en estas personas. En cuanto al diagnóstico final de Psiquiatría, ambos grupos encontraron una alta frecuencia de trastornos afectivos, adaptativos y de ansiedad. El grupo de Hernández evaluó también diagnósticos psiquiátricos comórbidos, lo que explicaría la alta frecuencia de fobias, trastornos relacionados con sustancias y de personalidad, reportados por ellos. Nosotros reportamos únicamente el diagnóstico

principal, que a criterio del psiquiatra motivó la valoración y el tratamiento inicial.

Encontramos un número bajo de interconsultas por “síndrome confusional” y más peticiones por *delirium* o demencia, lo que podría reflejar un buen conocimiento de los médicos sobre la pobre especificidad de términos como éste y otros como “síndrome mental orgánico” que pueden hacer referencia a cuadros tan dispares como trastornos disociativos, síndromes demenciales o epilepsia, entre otros³. En general hubo concordancia entre los diagnósticos de trastornos mentales hechos por Psiquiatría y los motivos de interconsulta, lo cual puede indicar que en esta institución hay un buen trabajo interdisciplinario entre los psiquiatras y los demás especialistas.

Dado que la prevalencia real de trastornos mentales en pacientes ingresados, reportada previamente en la CUB es de 44,5%⁴, el índice de identificación de casos por los médicos tratantes (7,5%) es bajo, por lo que se requiere aumentar las actividades de educación médica por parte del equipo de Psiquiatría de enlace en esta institución y en otras similares e implementar programas de

detección y seguimiento de pacientes de alto riesgo.

José Gabriel Franco, Antonio Carlos Toro, Lina María Escobar.

Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín-Colombia.

REFERENCIAS

1. VALENCIA C, FRANCO JG. Síndrome de Charles Bonnet: Manejo con haloperidol en paciente nonagenaria. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 347-50.
2. HERNÁNDEZ G, GALLARDO-ZURITA P, SEPÚLVEDA R, MORALES DE SÉTIEN P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 725-32.
3. GONZÁLEZ M, DE PABLO J, VALDÉS M. *Delirium*: la confusión de los clínicos. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 1051-60.
4. FRANCO JG, GÓMEZ PE, OCAMPO MV, VARGAS A, BERRÍOS DM. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colomb Méd* 2005; 36: 186-93.