



## ORIGINAL

# Clasificación de los trastornos mentales en la Unidad de Cuidados Intensivos

M. Badia<sup>a</sup>, M. Justes<sup>a</sup>, L. Serviá<sup>a</sup>, N. Montserrat<sup>a</sup>, J. Vilanova<sup>a</sup>, Á. Rodríguez<sup>a</sup>  
y J. Trujillano<sup>a,b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lérida, España

<sup>b</sup> Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Universidad de Lleida, Lérida, España

<sup>c</sup> IRBLLEIDA, España

Recibido el 5 de marzo de 2011; aceptado el 27 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 23 de julio de 2011

### PALABRAS CLAVE

Trastorno mental;  
Intento de autolisis;  
Intoxicación por  
sustancias;  
Psiquiatría de enlace;  
Medicina intensiva

### Resumen

**Objetivo:** Conocer la incidencia y características del trastorno mental (TM) en la UCI y definir una clasificación adaptada al entorno de UCI.

**Diseño:** Estudio descriptivo y retrospectivo.

**Ámbito:** Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lérida.

**Pacientes:** Se incluyó 146 pacientes que ingresaron con TM durante un periodo de 5 años (1 de enero de 2004 a 31 de diciembre de 2008).

**Variables de interés:** Variables generales: clínico-demográficas, diagnóstico, procedimientos, gravedad, estancia y mortalidad. Variables específicas: antecedentes psiquiátricos, *screening* de tóxicos, valoración psiquiátrica, seguimiento y traslado a centro psiquiátrico. Clasificación del TM: 1) intoxicación aguda por sustancias (IS), 2) intento autolítico (IA) y 3) trastorno mental asociado al diagnóstico principal (TA).

**Resultados:** Un total de 146 pacientes con TM (7,8%). Predominio de varones (74%) y más jóvenes (43,9 vs 55,3 años,  $p < 0,001$ ). La estancia en la UCI fue más corta (4 días vs 7 días,  $p < 0,001$ ) y hubo menor mortalidad hospitalaria (17,1 vs 25%,  $p < 0,05$ ). Sin diferencias en nivel de gravedad pero más incidencia de neumonía (19,9 vs 13,8%,  $p < 0,05$ ). El grupo IS (24,7%), más jóvenes, el grupo IA (36,3%) con predominio de mujeres y TA (39%) con estancia y mortalidad más altas. La consulta a Psiquiatría se realizó prioritariamente en IA (62,3%).

**Conclusiones:** El TM es un problema relativamente frecuente en UCI. La colaboración con Psiquiatría es minoritaria y debe ser potenciada para conseguir un manejo integral del paciente crítico con TM.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jtruji@cmb.udl.es (J. Trujillano).

**KEYWORDS**

Mental disorder;  
Suicide attempts;  
substance abuse;  
Consultation liaison  
psychiatry;  
Critical care

**Classification of mental disorders in the Intensive Care Unit****Abstract**

*Purpose:* To determine the incidence and characteristics of mental disorders (MD) in the Intensive Care Unit (ICU), and to define a classification system adapted to the ICU environment.

*Design:* A retrospective, descriptive analysis.

*Setting:* Intensive Care Unit, Arnau de Vilanova Hospital in Lérida (Spain).

*Patients:* All patients with MD admitted during 5-year period (January, 1 2004 to December 31, 2008).

*Main variables:* General variables included clinical-demographic data, diagnostic variables, procedures, severity score, length of stay and mortality. Specific variables included psychiatric history, screening for substance abuse, psychiatric assessment, monitoring and transfer to a psychiatric center. Classification of the MD was as follows: 1) acute substance intoxication (SI); 2) suicide attempts (SA); and 3) MD associated with the main diagnosis (AMD).

*Results:* A total of 146 patients had MD (7.8%); they were predominantly male (74%) and were younger than the general ICU population (43.9 vs. 55.3 years,  $p < 0.001$ ). The ICU stays of the patients with MDs were shorter (4 days vs. 7 days,  $p < 0.001$ ), and there was less hospital mortality (17.1 vs. 25%,  $p < 0.05$ ). They also showed a higher incidence of pneumonia (19.9 vs. 13.8%,  $p < 0.05$ ), but no differences in the level of severity were observed. The SI group (24.7%) contained the highest number of young people; the SA group (36.3%) showed a predominance of women; and the AMD (39%) group had the longest stays and the highest mortality. Psychiatric consultation was carried out mainly in the SA group (62.3%).

*Conclusions:* MD is a relatively common problem in the ICU. Collaboration with the Psychiatry Department seldom occurs, but must be encouraged to develop fully integrated management of critical patients with MD.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

**Introducción**

Los trastornos mentales (TM) son un problema frecuente de la sociedad occidental causando un alta discapacidad. Se define TM como cualquier alteración genérica de la salud mental sea o no consecuencia de una alteración somática conocida. En el término TM, se incluyen los trastornos de la esfera psicótica y/o afectiva y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias. La prevalencia de estos trastornos está bien definida en la población general pero existen pocos estudios que evalúen los TM en los pacientes críticos<sup>1</sup>. Aunque hay un incremento de las UCI psiquiátricas dirigidas al tratamiento de la descompensación aguda del TM, siguen sin estar bien definidos los cuidados específicos de estos pacientes cuando ingresan en una UCI polivalente<sup>2</sup>. Uno de los principales problemas es la dificultad, para el médico intensivista, de definir los distintos TM ya que carecen de biomarcadores específicos y los médicos no psiquiatras, incluyendo los intensivistas, están poco familiarizados en su manejo y diagnóstico<sup>3</sup>.

Los TM están presentes en las unidades de cuidados intensivos pudiéndonos encontrar tres escenarios distintos: El ingreso por abuso agudo de sustancias<sup>4</sup>, el intento autolítico<sup>5</sup> y el TM como factor de comorbilidad<sup>6</sup>.

La incidencia de los distintos TM en el paciente crítico no está bien establecida y se desconoce su influencia en el pronóstico de la enfermedad crítica así como la necesidad de cuidados específicos desde el punto de vista psiquiátrico<sup>7</sup>.

Además, estos tres grupos que hemos definido no siempre aparecen de forma independiente, la asociación del abuso de sustancias con otros TM está claramente establecida y a su vez se ha descrito la combinación de depresión, uso

de sustancias e intento de suicidio<sup>8</sup>. Todo ello dificulta su adecuada valoración por el médico no psiquiatra y obliga a la coordinación con Psiquiatría para un adecuado análisis y tratamiento del estado psicopatológico del paciente<sup>9</sup>.

Existen pocos estudios que investiguen los TM en el ámbito de cuidados intensivos. Nuestro objetivo es realizar un estudio observacional con el fin de describir la frecuencia de los TM, características diferenciales y analizar su impacto en el pronóstico y mortalidad del paciente crítico.

**Pacientes y método**

Se estudiaron de forma retrospectiva todos los pacientes ingresados en nuestra UCI (Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lérida) desde enero de 2004 hasta diciembre de 2008. Se excluyeron los pacientes menores de 14 años, los que presentaban datos incompletos y los de estancia inferior a 24 horas. Se recogieron datos demográficos, nivel de gravedad APACHE II, escala de Glasgow al ingreso, procedimientos de UCI (ventilación mecánica [VM], uso de noradrenalina, nutrición parenteral total [NTP] y sedación), estancia, mortalidad hospitalaria y como complicación infecciosa se definió la presencia de neumonía (PN) según los criterios publicados por el CDC<sup>10</sup>.

Se clasificaron los pacientes en 7 grupos diagnósticos (adecuando la clasificación al tamaño muestral y características de nuestro *case-mix*): TCE, Politrauma sin TCE, Neurológico, Respiratorio, Quirúrgico, Sepsis y Otros.

El grupo de pacientes con TM se dividió en 3 grupos: 1) intoxicación aguda por sustancias (IS) (alcohol, cannabis, cocaína, opioides, metadona, éxtasis y anfetaminas),

2) intento de autolisis (IA) (medicamentoso y no medicamentoso) y 3) trastorno asociado (TA) que incluye los pacientes ingresados por cualquier motivo que presentaban como antecedente un TM con diagnóstico tipificado y seguido por un especialista en Psiquiatría. Distinguimos cuatro subgrupos: TA relacionado con sustancias (TAS), TA con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (incluido el trastorno bipolar con síntomas psicóticos) (TMP), TA con trastornos del estado de ánimo (TME) y TM con trastornos de ansiedad (TMA).

La intoxicación por sustancias, el abuso de alcohol y los diferentes tipos de TM fueron definidos siguiendo el sistema de clasificación diagnóstica categorial del *Disease and Estastistical Manual of Mental Disorders* edición 4 (DSM-IV-TR). El intento autolítico no está tipificado como grupo diagnóstico en el DSM-IV-TR<sup>3</sup>.

En los pacientes con TM se añadieron variables específicas sobre la existencia de enfermedad psiquiátrica previa, intentos autolíticos previos, determinación de tóxicos, realización de valoración psiquiátrica, seguimiento y traslado al Servicio de Psiquiatría (que precisa, en nuestro caso, un traslado a otro hospital). Para la determinación de tóxicos en orina se utilizó el test de detección rápida cualitativo por inmunocromatografía del kit Prueba Multi-drogas en Orina INSTANT-VIEW® fabricado por Alfa Scientific Designs (INC, Poway, CA 92064-USA) que considera el resultado positivo si

la concentración de la droga es superior al 125% del valor de corte establecido.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro.

### Análisis estadístico

Las variables continuas se muestran como media  $\pm$  desviación estándar, mediana (intervalo intercuartil) o como porcentaje. Para la comparación de las variables categóricas se utilizó el test de la ( $\chi^2$ ), el test no paramétrico de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis para las variables continuas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 16.0). Se consideró la diferencia como significativa con  $p < 0,05$ .

### Resultados

Durante el periodo de estudio ingresaron 1.860 pacientes en la UCI de los cuales, 146 pacientes (7,8%) presentaban TM. En la [tabla 1](#) se describen las características clínico-demográficas del grupo de estudio. Los pacientes con TM eran significativamente más jóvenes, varones y tuvieron menos antecedentes de enfermedad orgánica previa

**Tabla 1** Características clínico-demográficas de los enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos

	Total (n = 1860)	No TM (n = 1714)	TM (n = 146)	p <sup>c</sup>
Edad (años) <sup>a</sup>	54,9 $\pm$ 18	55,3 $\pm$ 18	43,9 $\pm$ 15	<0,001
Sexo, hombre (%)	64,4	63,6	74,0	<0,05
IO (%)	8,1	8,5	3,4	<0,05
Glasgow <sup>a</sup>	12,7 $\pm$ 3,7	12,8 $\pm$ 3,6	10,6 $\pm$ 4,3	<0,001
Renal (%)	23,5	24,4	13,0	<0,001
Neumonía (%)	14,2	13,8	19,9	<0,05
<b>Grupo diagnóstico (%)</b>				<0,001
TCE	16,1	16,7	9,6	
Politrauma	12,3	12,9	4,8	
Neurológico	17,5	18,0	11,0	
Respiratorio	14,2	14,9	6,2	
Sepsis	4,7	5,0	1,4	
Quirúrgico	19,5	20,7	4,8	
Otros	15,8	11,8	62,3	
<b>Procedimientos UCI (%)</b>				
VM	64,5	63,5	76,0	<0,001
Catéter central	83,4	84,2	74,0	
Noradrenalina	29,1	29,8	20,5	<0,05
NTP	27,4	28,1	19,2	<0,05
Sedación	52,4	52,3	53,4	NS
<b>Scores<sup>a</sup></b>				
APACHE II	15,1 $\pm$ 7	15,2 $\pm$ 7	13,9 $\pm$ 6	NS
<b>Estancia<sup>b</sup></b>				
UCI	7,0 (3,0-16,0)	7,0 (3,0-16,0)	4,0 (2,0-12,2)	<0,001
<b>Mortalidad (%)</b>				
Hospital	24,4	25,0	17,1	<0,05

<sup>a</sup>Media  $\pm$  desviación estándar; <sup>b</sup>Mediana (rango intercuartil); <sup>c</sup>Comparación entre grupos; p determinada por test de  $\chi^2$ , para la comparación de proporciones o test de Mann-Whitney para variables continuas.

Glasgow: *Glasgow Coma Score*; IO: insuficiencia orgánica crónica; NTP: nutrición parenteral total; Renal: insuficiencia renal aguda; TCE: traumatismo craneo-encefálico; TM: trastorno mental; VM: ventilación mecánica.

**Tabla 2** Características clínico-demográficas según grupo diagnóstico

	Grupos de TM			Entre grupos	TA vs No TM
	IS (n = 36)	IA (n = 53)	TA (n = 57)	p <sup>c</sup>	p <sup>c</sup>
Edad (años) <sup>a</sup>	39,4 ± 13	41,4 ± 16	49,1 ± 14	<0,05	<0,05
Sexo, hombre (%)	91,7	56,6	78,9	0,001	<0,05
IO (%)	2,8	1,9	5,3	NS	NS
Glasgow <sup>a</sup>	9,6 ± 4	9,5 ± 4	12,2 ± 4	<0,05	NS
Renal (%)	5,6	7,5	15,8	NS	NS
Neumonía (%)	19,4	17,0	22,8	NS	<0,05
<b>Grupo diagnóstico (%)</b>				<0,001	NS
TCE	0,0	9,4	15,8		
Politrauma	0,0	5,7	7,0		
Neurológico	0,0	0,0	17,5		
Respiratorio	0,0	0,0	12,3		
Sepsis	0,0	0,0	3,5		
Quirúrgico	0,0	0,0	12,3		
Otros	100,0	84,9	31,6		
<b>Procedimientos UCI (%)</b>					
VM	80,6	81,1	68,4	NS	NS
Catéter central	72,2	69,8	78,9	NS	NS
Noradrenalina	11,1	13,2	33,3	<0,05	NS
NTP	5,6	13,2	33,3	<0,05	NS
Sedación	50	49,1	59,6	NS	NS
<b>Scores<sup>a</sup></b>					
APACHE II	14,2 ± 5	13,1 ± 6	14,4 ± 7	NS	NS
<b>Estancia<sup>b</sup></b>					
UCI	3,0 (1,0-7,0)	3,0 (2,0-8,5)	8,0 (3,0-20,0)	<0,001	NS
<b>Mortalidad (%)</b>					
Hospital	11,1	13,2	24,6	NS	NS

<sup>a</sup>Media ± desviación estándar; <sup>b</sup>Mediana (rango intercuartil); <sup>c</sup>Comparación entre grupos; p determinada por test de  $\chi^2$  para comparación de proporciones y test de Kruskal-Wallis o test de Mann-Whitney para variables continuas.

Glasgow: *Glasgow Coma Score*; IA: intento autolítico; IS: intoxicación aguda por sustancias; NTP: nutrición parenteral total; Renal: insuficiencia renal aguda; TA: trastorno mental asociado a diagnóstico principal; TCE: traumatismo craneo-encefálico; TM: trastorno mental; VM: ventilación mecánica.

(3,4 vs 8,5% ( $p < 0,05$ )). Respecto a los procedimientos propios de la UCI también obtuvieron diferencias significativas con mayor uso de ventilación mecánica, menos necesidad de drogas vasoactivas y de NTP pero sin diferencias en la necesidad de sedación. No se pudo demostrar diferencias en el nivel de gravedad con APACHE II de  $13,9 \pm 7$  versus  $15,4 \pm 8$  aunque la mortalidad hospitalaria fue significativamente más baja ( $17,1$  vs  $25\%$   $p < 0,05$ ) y la estancia tanto en UCI como hospitalaria fueron más cortas.

Los pacientes con TM desarrollaron menos fracaso renal ( $13$  vs  $24,4\%$ ,  $p < 0,001$ ) en cambio presentaron una mayor incidencia de neumonía  $19,9$  vs  $13,8\%$  ( $p < 0,05$ ).

Cuando dividimos los pacientes con TM según el motivo principal de ingreso comprobamos que presentaban características diferentes (tabla 2).

Los pacientes que ingresaron por IS fueron 36. El abuso de alcohol estuvo presente en 22 de los 36 pacientes ingresados por IS y la detección de tóxicos en orina fue positiva en 26 de los 28 pacientes en los que se realizó obteniendo como droga ilegal más consumida, la cocaína en 11 casos, seguida de cannabis en 5 casos, éxtasis en 2 casos y anfetaminas también en 2 casos. La detección de opioides fue positiva en 8 casos de los cuales en 5 había antecedente de

abuso de heroína y metadona positiva en 10 casos. En el 62% de los casos la intoxicación fue por 2 o más drogas. El grupo IS fue más joven con  $39,4 \pm 13$  años de media y mayoritariamente varones (91,7%), con poca necesidad de inotropos y de NTP. Destaca un nivel de Glasgow bajo, un nivel de gravedad similar a los otros grupos pero con una corta estancia y baja mortalidad.

En el grupo IA con 53 pacientes, debemos destacar la mayor presencia de mujeres en este grupo (43,4%) y las bajas necesidades de sedación. La mayoría de los IA fueron por ingesta medicamentosa (37 pacientes) fundamentalmente por psicofármacos, los 16 pacientes restantes fueron por diferentes mecanismos: 4 por ahorcamiento, 4 por precipitación, 2 por arma de fuego, 3 por ingesta de organofosforados y 2 por ingesta de cáusticos.

En el grupo TA con 57 pacientes, encontramos 31 pacientes con TMS, 13 con TMP, 9 con TME y 4 con TMA. Fue el grupo de pacientes de mayor edad, con  $49 \pm 14$  años y manteniendo el predominio de varones (78,9%).

En la tabla 2 también se muestra el resultado de la comparación entre el grupo TA y el No TM (datos recogidos en la tabla 1). Encontramos diferencias en el grupo TA con mayor porcentaje de hombres, menor edad y mayor tasa de

**Tabla 3** Características clínicas específicas del grupo de estudio

	TM(n = 146)	IS(n = 36)	IA(n = 53)	TA(n = 57)	p <sup>a</sup>
<i>Antecedentes (%)</i>					
Psiquiatría	57,5	38,9	83,0	45,6	0,001
Abuso de alcohol	50,0	61,1	30,2	61,4	0,001
IA previo	13,7	2,8	28,3	7,0	<0,001
<i>Psiquiatría (%)</i>					
Evaluación	32,9	19,4	62,3	14,0	<0,001
Seguimiento	20,5	8,3	39,6	10,5	<0,05
Traslado PS	13,7	5,6	32,1	1,8	<0,001

<sup>a</sup>Comparación entre grupos con p determinada por test de  $\chi^2$ .

IA: intento autolítico; IA previo: intento autolítico previo; IS: intoxicación aguda por sustancias; TA: trastorno mental asociado a diagnóstico principal; TM: trastorno mental; Traslado PS: traslado a centro psiquiátrico.

neumonías. En los grupos diagnósticos observamos (aunque sin llegar a alcanzar significación estadística por el tamaño muestral reducido) que el porcentaje del grupo de Otros es mayor en los TA (31,6 vs 11,8%). Como diagnósticos más frecuentes en este grupo encontramos: 5 gastroenteritis (8,7% de los TA) con gran deshidratación, 4 pancreatitis (7,0%) y 3 cetocidosis diabéticas (5,3%).

En el grupo de IS e IA observamos, como era esperable, la asociación con otra enfermedad psiquiátrica, así obtuvimos que el 39% de pacientes con IS presentaban historia de enfermedad psiquiátrica previa y en el caso del IA este porcentaje fue del 83% con predominio de la depresión mayor (19 pacientes). El abuso de alcohol estuvo presente en el 50% de los casos. La petición de valoración psiquiátrica se realizó en un 32,9% de los pacientes requiriendo seguimiento especializado aproximadamente el 60% de los casos consultados. Prioritariamente la interconsulta se realizó en el IA de los cuales el 32,1% requirieron traslado a centro psiquiátrico (tabla 3).

La determinación de tóxicos en orina se realizó en 62 pacientes (42,5%) sobre todo en los pacientes ingresados por IS donde se realizó la prueba en el 77,8% de los casos. Destaca que el 90,3% de las determinaciones obtuvieron un resultado positivo indicativo de que solo se realizaron cuando existía una alta sospecha de intoxicación.

## Discusión

Cerca del 8% de los pacientes que ingresan en una UCI presentan un TM bien como motivo principal de ingreso o como antecedente acompañando al proceso crítico. La incidencia detectada es claramente inferior a la publicada en pacientes hospitalizados en planta que puede llegar, en algunas series, al 30%<sup>7</sup>. Esta menor incidencia podría atribuirse a la limitación de recursos sanitarios que obliga a la racionalización de camas de las UCI y, por tanto, la presencia de un trastorno mental grave podría inducir a rechazar el ingreso en ellas<sup>11</sup>. La dotación de camas, muy ajustada para nuestra área de referencia, influye en la decisión de ingreso de pacientes con comorbilidad previa limitante como podría ser el antecedente psiquiátrico grave y también obliga, en ocasiones, a la atención de algunos pacientes en otras áreas hospitalarias no críticas para su control.

Nuestros resultados mostraron que los pacientes con TM son pacientes jóvenes, mayoritariamente varones, con pocos antecedentes de enfermedad orgánica crónica, bajo nivel de Glasgow y con mortalidad y estancia hospitalaria más cortas. Estas características son similares a las publicadas en otras series<sup>12,13</sup> y podrían explicarse por una mayor presencia de enfermedad neurológica rápidamente reversible, sin lesión pulmonar grave y la inexistencia de enfermedad orgánica previa.

Observamos una alta incidencia de neumonía en el grupo de estudio atribuible en parte, a la mayor necesidad de ventilación mecánica y al bajo nivel de Glasgow inicial<sup>14</sup>. La asociación de comorbilidad psiquiátrica con neumonía ya se ha relacionado en estudios previos atribuyéndose a factores como malnutrición, escasa higiene dental, alteración de la función de neutrófilos, traslocación bacteriana o disfunción del surfactante alveolar<sup>15-17</sup>.

Existen resultados controvertidos sobre la influencia de la comorbilidad psiquiátrica en la mortalidad. En nuestro estudio, los pacientes críticos con comorbilidad psiquiátrica no han tenido un aumento de mortalidad respecto a la población general de UCI<sup>12,18,19</sup>. Una parte importante de nuestro grupo de estudio lo forman los pacientes con IA medicamentoso e IS cuyo problema fundamental viene dado por la depresión respiratoria y, si reciben atención médica de forma precoz, su mortalidad es baja. Obviamente, son los pacientes que llegan a ser atendidos en la UCI. Otros trabajos publicados, en cambio, han observado un aumento de mortalidad en la población general adicta a sustancias<sup>20</sup>.

Los pacientes cuyo motivo de ingreso está directamente relacionado con el TM como son el IS e IA presentan características diferentes a la población general de las UCI. Los pacientes que ingresaron por IS fueron el grupo más joven con un claro predominio de varones y habitualmente con antecedentes de consumo de más de una droga. El abuso de sustancias continúa siendo uno de los problemas de salud pública más importantes de la sociedad actual y aunque la mortalidad del IS ingresado en UCI es bajo, existe un sesgo producido por las muertes que se producen antes de la llegada al hospital<sup>21,22</sup>. Dentro del grupo de IS, al igual que en estudios previos, la sobredosis de fármacos fue la forma más frecuente y hubo un mayor predominio de mujeres y de antecedentes psiquiátricos previos<sup>8</sup>. Destaca la baja mortalidad del IA medicamentoso que fue del 8%, en cambio la mortalidad del IA no medicamentoso fue del 18% esperable ya que

los métodos más violentos como el ahorcamiento o precipitación suelen indicar una fuerte intencionalidad letal<sup>23</sup>.

El grupo con TA se comporta, en líneas generales, como los pacientes críticos sin comorbilidad psiquiátrica, aunque también tienen una mayor incidencia de neumonía que no podemos atribuir al nivel de Glasgow o a la necesidad de ventilación mecánica que es comparable a la población general de la UCI. El abuso de alcohol y la predisposición a afección respiratoria en determinadas enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia podrían justificar su mayor incidencia<sup>16,24</sup>.

La combinación de enfermedad médica y psiquiátrica obliga a incorporar cuidados de salud mental en los pacientes críticos. Para ello es fundamental disponer de un sistema colaborativo con Psiquiatría con el objetivo de coordinar los cuidados médicos con el análisis y tratamiento de la morbilidad psiquiátrica<sup>9</sup>. La psiquiatría de enlace, definida como aquellas actividades que realiza Psiquiatría en las áreas no psiquiátricas del hospital general, surge para dar una asistencia temprana a los problemas psiquiátricos dentro de los servicios médicos y mejorar la calidad de atención al paciente<sup>25</sup>.

En nuestro estudio, la valoración y seguimiento psiquiátrico se solicitó mayoritariamente en los pacientes con intento suicida de los cuales un tercio fueron trasladados al departamento de Psiquiatría una vez estabilizado el problema médico. Indudablemente el intento autolítico alerta al médico intensivista ante la posibilidad de un nuevo intento suicida tras el alta de UCI sobre todo si va a seguir su convalecencia en una sala de hospitalización no segura<sup>26</sup>.

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto la baja asistencia psiquiátrica en el subgrupo de pacientes ingresados con TM asociado y en el de abuso de sustancias<sup>6</sup>.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. La primera viene condicionada por el análisis retrospectivo de los datos, el tamaño limitado de la muestra y haberse realizado en una sola UCI con sus características socio-demográficas específicas. Otra limitación se debe a la dificultad de diagnosticar el abuso de sustancias en el paciente crítico ya que el *screening* de tóxicos no está estandarizado en nuestra UCI y como ponen de manifiesto los resultados solo se hicieron cuando había una alta sospecha de consumo. Según nuestra experiencia, los intensivistas no determinan de forma rutinaria la presencia de sustancias de abuso y los pacientes suelen no poder referir sus antecedentes por problemas de disminución del nivel de conciencia al ingreso en la UCI. Tampoco se hizo determinación de alcoholemia de forma rutinaria, únicamente con requerimiento judicial. En el caso del resto de las enfermedades psiquiátricas la deficiente formación del médico intensivista en los trastornos mentales contribuye a que la severidad de la enfermedad psiquiátrica pueda no ser evaluada con la precisión necesaria y no ser incluida dentro de los antecedentes del paciente, al igual que la correcta detección del intento autolítico oculto bajo la forma de accidente casual o accidente de tráfico<sup>27</sup>.

Nuestros resultados, que podrían generalizarse a otras UCIs, han puesto de manifiesto que debemos potenciar la asistencia psiquiátrica en los pacientes con TM y mejorar la formación de nuestro personal (*staff* y residentes) en esta área<sup>25</sup>. Tener un antecedente de enfermedad mental, según nuestros datos, no condiciona un peor pronóstico y

deberemos revalorar este criterio a la hora de decidir el ingreso en la UCI de este grupo de pacientes.

La contribución de Psiquiatría en las UCI debe abarcar aspectos de los tres grupos que hemos definido. Dentro del proyecto de mejora de la atención a este grupo de pacientes se incluye potenciar el papel del psiquiatra en la atención integral del paciente una vez superada la fase aguda de la enfermedad crítica. En la intoxicación aguda de sustancias debería ayudarnos a valorar las necesidades de tratamiento deshabitador y comenzar su seguimiento, en los intentos de autólisis con una valoración del riesgo de repetición y tratamiento institucionalizado si procede, y en los trastornos asociados, con un mejor manejo de la medicación específica que pueden llevar de forma crónica y su seguimiento posterior<sup>28,29</sup>. Poner en contacto al psiquiatra con la familia de estos pacientes (que puede estar más motivada en una fase crítica del problema de base) puede suponer una ventaja en su tratamiento integral.

La clasificación aportada pretende recoger desde un punto de vista práctico los problemas psiquiátricos más frecuentes de las UCIs, distinguiendo aquellos que son el motivo principal de ingreso de los que acompañan a la enfermedad crítica. Se precisan estudios prospectivos que investiguen los ingresos en UCI con TM y permitan profundizar en su impacto en la enfermedad crítica abriendo el campo a nuevas estrategias terapéuticas favoreciendo, a su vez, una mayor participación del psiquiatra en UCI<sup>30</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESMed-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31:182-91.
- Koppelmans V, Schoevers R, Van Wijk CG, Mulder W, Hornback A, Barkhof E, et al. The Amsterdam Studies Psychiatry-II (ASAP-II): a comparative study of psychiatric intensive care units in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2009;9:318.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Ricarte GA, McCann U. Recognition and management of complications of new recreational drug use. *Lancet*. 2005;365:2137-45.
- Kudo K, Otsuka K, Endo J, Yoshida T, Isono H, Yambe T, et al. Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization, in a psychiatric ward group, critical care center group, and non-hospitalized group. *BMC Psychiatry*. 2010;10:4.
- Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review and comparative studies. *B J Psychiatry*. 2009;104:491-9.
- Pechlaner C, Megarbane B, Fleischhacker WW. Psychiatric disorders and the ICU: gaps and opportunities. *Intensive Care Med*. 2008;34:2136-8.
- Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings

- from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med.* 2009;6:e1000123.
9. Valdés M, de Pablo J, Campos R, Farré JM, Girón M, Lozano M. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora en la calidad asistencial de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España. *Med Clinica.* 2000;115:690-4.
  10. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. *Am J Infect Control.* 1988;16:128-40.
  11. Sinuff T, Kahn-mouy K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM. Rationing critical care beds: A systematic review. *Crit Care Med.* 2004;32:1588-97.
  12. Suchyta MR, Beck CJ, Key CW, Jephson A, Hopkins RO. Substance dependence and psychiatric disorders are related to outcomes in a mixed ICU population. *Intensive Care Med.* 2008;34:2264-7.
  13. O'Phelan K, McArthur DL, Chang CWJ, Green D, Hovda DA. The impact of substance abuse on mortality in patients with severe traumatic brain injury. *J Trauma.* 2008;65:674-7.
  14. Díaz E, Lorente L, Vallés J, Rello J. Neumonía asociada a ventilación mecánica. *Med Intensiva.* 2010;34:324-8.
  15. Gacouin A, Legay F, Camus C, Volatron AC, Barbadot N, Donnio PY, et al. At-risk drinkers are at higher risk to acquire a bacterial infection during an intensive care unit stay than abstinent or moderate drinkers. *Crit Care Med.* 2008;36:1735-41.
  16. De Wit M, Wan SY, Gill S, Ziberberg MD, Weaver MF. Prevalence and impact of alcohol and other drug use disorders on sedation and mechanical ventilation: a retrospective study. *BMC Anesthesiol.* 2007;7:1-9.
  17. Hadjizacharia P, Green DJ, Plurad D, Chan LS, Law J, Inaba K, et al. Cocaine use in trauma: Effect on injuries and outcomes. *J Trauma.* 2009;66:491-4.
  18. Uusaro A, Parviainen I, Tenhunen JJ, Roukonen E. The proportion of intensive care unit admissions related to alcohol use: a prospective cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2005;49:1236-40.
  19. Hadjizacharia P, Green DJ, Plurad D, Chan LS, Inaba K, Shulman I, et al. Methamphetamines in trauma: effect on injury patterns and outcomes. *J Trauma.* 2009;66:895-8.
  20. Bjornaas MA, Bekken AS, Ojlert A, Haldorsen T, Jacobsen D, Rostrop M, et al. A 20-year prospective study of mortality and causes of death among hospitalized opioid addicts in Oslo. *BMC Psychiatry.* 2008;8:8.
  21. Brugal MT, Barrio G, Regidor E, Caylà JA, de la Fuente L. Discrepancias en el número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas registradas en España. *Gac Sanit.* 1999;13:82-7.
  22. Díaz-Contreras MR, Guerrero-López F, Herrera-Para L, Pino-Sánchez R, Lara-Rosales R, López-Guarnido O, et al. Incidencia del consumo de tóxicos en pacientes con traumatismos graves. *Med Intensiva.* 2008;32:222-6.
  23. Dubovsky SL, Dubovsky AN. Mood disorders and the outcome of suicidal thoughts and attempts. *Crit Care Clin.* 2008;24:857-74.
  24. Filik R, Sipos A, Kehoe PG, Burns T, Cooper SJ, Stevens H, et al. The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113:298-305.
  25. 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;33:292-300.
  26. Wu YW, Su YJ, Chen ChK. Clinical characteristics, precipitating stressors, and correlate of lethality among suicide attempters. *Chang Gung Med J.* 2009;32:543-52.
  27. Domínguez ME, Sánchez F, Sánchez T. Suicidio disimulado como accidente de tráfico. *Cuad Med Forense.* 2007;13:269-74.
  28. Toro AC, Escobar LM, Franco JG, Díaz-Gómez JL, Muñoz JF, Molina F, et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos, estudio piloto de validación. *Med Intensiva.* 2010;34:14-21.
  29. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2007;31:318-25.
  30. Strain JJ, Blumenfeld M. Challenges for consultation-liaison psychiatry in the 21<sup>st</sup> century. *Psychosom.* 2008;49:93-6.