

Psychiatric Times

Pacientes con necesidades médicas y psiquiátricas complejas

Dr. Kenneth Certa

El Dr. Certa es Profesor Adjunto, Psiquiatría y Conducta humana, Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA.

Uno de los mayores desafíos para los psiquiatras con práctica hospitalaria es ayudar a tratar al paciente con enfermedades médicas y mentales significativas, en especial cuando el diagnóstico no es claro y los trastornos conductuales son el síntoma principal de lo que probablemente sea un cuadro de delirium u otro deterioro cognitivo.

La agitación, la conducta violenta, los estallidos verbales y la necesidad de contención física crean un gran caos en los pabellones médicos que requieren o incluso exigen que los pacientes sean trasladados a los pabellones psiquiátricos. Esto ocurre a veces aun sin haber alcanzado el paciente la estabilidad clínica y ocasionalmente cuando el cuadro subyacente se trataría en el hospital general de no ser por la presencia de un episodio de agitación.

Generalmente la internación psiquiátrica se concreta en un hospital psiquiátrico mono-

valente o en un pabellón de la especialidad dentro de un hospital general. La disociación generalmente involucra abandonar muchas de las capacidades del hospital general, especialmente cuando se trata de instalaciones autónomas. Los hospitales psiquiátricos monovalentes frecuentemente carecen de acceso rápido a la atención médica y el personal de enfermería psiquiátrico puede sentirse incómodo con muchas intervenciones “médicas”, tales como soporte con líquido endovenoso, cateterización urinaria, monitoreo de embarazo u oxígeno suplementario. Lo mismo se puede aplicar a los pabellones psiquiátricos de los hospitales generales.

Las restricciones a las intervenciones médicas suelen ser el resultado de la insistencia de los organismos reguladores estatales o locales. Los inspectores estatales consideran que cualquier tipo de tubo o cable es una ligadura pasible de ser usada para ahorcarse; lo mismo se aplica a la mayoría de los dispositivos eléctricos que se pueden manipular para provocar un cortocircuito. Estas preocupaciones bien intencionadas generalmente requieren que los pacientes con catéteres endovenosos u oxígeno suplementario o incluso con un catéter permanente se mantengan bajo cuidadosa observación (frecuentemente 1:1), lo que causará significativos problemas por escasez de perso-

nal. Surgen otros problemas médicos debido a las políticas del hospital local -las enfermeras de pabellones psiquiátricos suelen carecer de certificación para administrar ciertos tratamientos (por ejemplo quimioterapia o transfusiones de sangre). O bien se requiere traer enfermeras con las certificaciones necesarias, o el paciente debe trasladarse nuevamente a un pabellón médico.

IMPORTANCIA PARA EL PSIQUIATRA TRATANTE

Los pacientes agitados y disruptivos, con enfermedad médica complicada en el hospital general significan un desafío para el personal médico. Se suele convocar a los psiquiatras consultores para manejar al paciente y su traslado a un pabellón psiquiátrico. Una parte esencial del aporte significativo del consultor es su comprensión de los aspectos legales y logísticos y las limitaciones de dicho traslado.

- La mayoría de los pabellones psiquiátricos no están equipados para administrar líquidos endovenosos y oxígeno suplementario o atención especializada de heridas.
- La mayoría de las jurisdicciones limitan las razones para un tratamiento psiquiátrico involuntario, lo que excluye a muchos pacientes con enfermedades médicas complicadas.

Más aún, el carácter tercerizado de la salud conductual según muchos planes de cobertura médica también puede crear problemas. Los auditores de salud conductual muchas veces son remisos a autorizar la atención en pabellones psiquiátricos cuando el paciente no es considerado “médicamente estable” o si la razón principal para su transferencia a un pabellón psiquiátrico pareciera relacionarse más con la colocación física que con la necesidad de un tratamiento agudo adicional. Este es particularmente el caso con ciertas enfermedades como la demencia, una lesión cerebral traumática, un trastorno del espectro autista y la discapacidad intelectual. En el hospital general los pacientes complejos con agitación psicomotora significativa requieren un seguimiento cuidadoso y frecuente por parte del equipo de atención psiquiátrica de consulta, la colaboración con el servicio primario y el ajuste frecuente de las medicaciones. En ocasiones se contempla el traslado a una unidad psiquiátrica. Cuando esta es necesaria, generalmente es por 1 de las 3 razones siguientes:

1 El riesgo de suicidio es demasiado alto y se carece de contención en un entorno seguro con capacidad de observación e intervención constantes.

2 Presencia de importante agitación psicomotora o imprevisibilidad, lo que supone un riesgo para el individuo u otras personas.

3 El grado de deterioro del juicio implica que el paciente se encuentra imposibilitado de cubrir sus propias necesidades básicas de cuidado personal.

Internación psiquiátrica

Para que la internación en un pabellón psiquiátrico sea adecuada, debe existir una de tres razones para la atención en el contexto de una enfermedad psiquiátrica (**Tabla 1**). Sin una enfermedad para tratar existe el riesgo de que la internación psiquiátrica se convierta esencialmente en un dispositivo destinado a la vigilancia, con serias secuelas:

- Los pabellones psiquiátricos pueden convertirse en servicios de colocación física de facto para los pabellones generales.

- Se desviarán recursos de la atención a la colocación física.
- Las coberturas retirarán la financiación, poniendo en peligro la viabilidad financiera del pabellón psiquiátrico.

Tabla 1. Indicaciones para internación psiquiátrica⁸

- Alto riesgo suicida tempranos (p.ej. días de clase) en relación con el horario preferido (p.ej. fin de semana)
- Presencia de agitación psicomotora que implique un riesgo para sí o para terceros
- Trastornos en la capacidad para satisfacer las necesidades básicas de cuidado personal

⁸ Una de las indicaciones como consecuencia de enfermedad mental.

En el departamento de emergencias o incluso cuando se considera la derivación desde la clínica ambulatoria, los pacientes con síntomas que sugieren la necesidad de una internación psiquiátrica requieren una evaluación para asegurar la pertinencia del entorno.

En general, si existe una enfermedad mental clara, sin comorbilidades médicas significativas y con un cierto grado de deterioro, la pregunta que se plantea es si el paciente está dispuesto a ser internado o si se cumplen las normas estatales para la internación involuntaria.

Esta evaluación está a cargo de individuos con diversos tipos de entrenamiento, pero generalmente con el aporte de un médico —ya sea de emergencias o de psiquiatría— con apoyo de salud conductual por parte de trabajadores sociales o encargados de casos. Las normas locales y las aseguradoras suelen determinar el paso siguiente, pero lo habitual es la colocación física del paciente en una cama psiquiátrica disponible.

Surgen problemas cuando existen comorbilidades médicas significativas, quizás relacionadas causalmente con el síntoma psiquiátrico que motiva la consulta. Con mucha frecuencia dichos individuos dan lugar a discusiones entre servicios, con diferentes resultados. Las situaciones habituales incluyen:

- Demencia con gradual empeoramiento del cuadro de agitación o confusión
- Trastornos por abuso de sustancias con intoxicación o síndrome de abstinencia complicados
- Delirium de causa desconocida
- Pacientes con enfermedad mental conocida seria y persistente con comorbilidad médica imposibilitados de cuidarse a sí mismos.

Obstáculos para el tratamiento

El personal médico general puede estar inadecuadamente entrenado para brindar atención médica integral a estos pacientes. El personal de enfermería de los pisos generales suele sentir que carece del conjunto de habilidades para encargarse de pacientes psicóticos, demandantes profundamente deprimidos. Por otra parte, el personal de la unidad psiquiátrica es renuente a admitir pacientes que requieren más intervenciones médicas de las que pueden brindar o si el personal percibe el traslado como un simple cambio de responsabilidad para un alta difícil (necesidad de atención en un hogar de ancianos o colocación física de largo plazo). Tanto el personal médico como el psiquiátrico siente la presión que ejercen los terceros pagadores para acortar la internación y el riesgo de falta de pago cuando se percibe la carencia de atención ulterior significativa, a pesar de la ausencia de un plan de alta seguro (**Tabla 2**). El traslado a un pabellón psiquiátrico plantea dos problemas adicionales: selección y consentimiento. Cuando existe la preocupación de que el paciente nunca se recuperará lo suficiente como para reinsertarse a la comunidad y en lugar de ello necesita ser colocado físicamente en una institución de atención especializada, la internación psiquiátrica puede convertir al paciente en un “blanco” de quienes están a cargo del control de costos para financiar la internación en un hogar de ancianos.

Cuando se fundaron Medicare y Medicaid, apareció la preocupación de que los estados, que tradicionalmente brindaban atención supervisada a individuos con enfermedad mental, podrían tratar de trasladar la responsabilidad al gobierno federal mudando a los pacientes a hogares de ancianos. Cada estado tiene un mecanismo para seleccionar pacientes con antecedentes de internación psiquiátrica para una revisión adicional antes de autorizar el pago de un hogar, lo que puede extender innecesariamente la duración de la internación. Los pacientes internados en los pisos generales consienten a dicho tratamiento o cuentan con un consentimiento firmado por un reemplazante (generalmente un familiar). Sin embargo, la mayoría de las jurisdicciones exige un nuevo consentimiento del paciente al trasladarlo a un pabellón psiquiátrico en estos casos, el consentimiento de un familiar, incluso un tutor, raramente alcanza. Esto plantea la necesidad de procedimientos civiles de internación involuntaria y no siempre se cumple la norma requerida. En particular, cuando el paciente acepta permanecer en un piso médico y rechaza el traslado a un pabellón psiquiátrico,

Tabla 2. Impedimentos para el tratamiento

Pabellón Médico

- El personal de enfermería se siente incómodo con las intervenciones conductuales y la medicación psicotrópica "según necesidad".
- Las puertas de la unidad en general están sin llave, con recurso más rápido a restricción física.
- El tiempo que dedica el equipo primario al paciente es muy limitado.
- Presión de los pagadores externos para que se traslade el tratamiento (y los costos) a pagadores subcontratados para salud conductual.
- Rechazo de los centros de enfermería especializada a aceptar pacientes con sujeción o que reciben medicación psicotrópica.

Pabellón Psiquiátrico

- El personal de enfermería no está familiarizado con las intervenciones médicas.
- El consentimiento para el tratamiento es un proceso más complicado y formalizado que frecuentemente involucra a los juzgados en lo civil.
- Por lo general no se cubren las necesidades médicas debido a requisitos de seguridad y acreditación.
- Se investiga cuidadosamente a los pacientes antes de otorgar el financiamiento para su traslado a instalaciones de cuidado médico especializado, lo que demora su colocación física.
- Pago incierto por parte de los auditores de atención administrada que pueden insistir en el traslado a hospitales estatales de cuidado supervisado prolongado, que no aceptan pacientes con afecciones médicas.

los tribunales pueden negarse a forzar el traslado. Cada jurisdicción tiene sus propios criterios de internación, pero se aplica el principio del tratamiento menos restrictivo. Si el criterio para la internación es la incapacidad de cuidado personal y el paciente acepta ser atendido en un hospital general, el criterio desaparece.

Conclusión

La decisión de internar en un pabellón psiquiátrico o médico tiene muchas implicancias para la atención del paciente. Los pabellones psi-

quiátricos difieren en el grado en que pueden tratar problemas médicos y los pisos médicos son desparejos en su respuesta a los desafíos que plantean los individuos con deterioro conductual. Otros terceros -legales, financiación, y jurisdicción- resultan afectados por el lugar de atención. Más aún, al tomar decisiones de tratamiento se debe tener en claro los aspectos específicos del sistema dentro del cual se está trabajando.

El psiquiatra con práctica hospitalaria puede desempeñar un rol crucial en el manejo del paciente médico con compromiso conductual/paciente psiquiátrico con complicaciones médicas. No existe consenso respecto del lugar al que pertenecen dichos pacientes y se los debe reevaluar con frecuencia. Es importante considerar las capacidades y limitaciones de los pabellones médicos y psiquiátricos así como los mandatos legales y del seguro médico, teniendo siempre en cuenta cuál será la decisión con más altas probabilidad de alcanzar los mejores resultados para el paciente.

El Dr. Certa no informa conflictos de interés en relación con el tema central de este artículo.

Para lectura adicional

- Hunt J, Bernstein W. Behavioral Health Design Regulations. Health Facilities Management. January 7, 2015. <http://www.hfmmagazine.com/articles/1449-behavioral-health-design-regulations>. Accessed April 3, 2017.
- Leue C, Driessen G, Strik JJ, et al. Managing complex patients on a medical psychiatric unit: an observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention. *J Psychosom Res.* 2010;68:295-302.
- Magellan Behavioral Health, Medical Necessity Guidelines; effective date December 2016. <https://www.magellanprovider.com/media/1771/mnc.pdf>. Accessed April 3, 2017. Medicaid.gov. Preadmission screening and resident review. <https://www.medicaid.gov/medicaid/ltss/institutional/pasrr/index.html>. Accessed April 3, 2017.

Encontrá todos los artículos del **Psychiatric Times** en: <http://www.ojoclinico.net/psychiatric-times/>

