










Artículo Original

Trastornos mentales y mortalidad del paciente grave

Mental Disorders and Mortality of the Seriously Ill Patient

Reinaldo Elias Sierra<sup>a</sup>  , Karla Elías Armas<sup>b</sup> , Benavides Enrique Pupo Duran<sup>c</sup> , Max Santiago Bordelois Abdo<sup>a</sup> , Leyanis Lecourtois Mendoza<sup>a</sup> , Yadira del Pilar Fong Berguelich<sup>d</sup> 

*a. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Hospital General Docente “Dr. Agosthino Neto”. Guantánamo, Cuba.*

*b. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Facultad de Medicina. Guantánamo, Cuba.*

*c. Hospital Psiquiátrico “Luis Ramírez López”. Guantánamo, Cuba.*

*d. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Facultad de Medicina, Policlínico Universitario “Mártires del 4 de agosto”. Guantánamo, Cuba.*

**Recibido: 12/11/2018**

**Aceptado: 29/12/2018**

Resumen

**Introducción:** Hoy se polemiza sobre la influencia de la comorbilidad psiquiátrica en la letalidad del paciente grave.

**Objetivo:** Describir la influencia de los trastornos mentales en la mortalidad del paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Docente “Dr. Agosthino Neto” durante el 2018.

**Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El grupo estudio (n = 30) se conformó por pacientes con trastornos mentales y el grupo control (n = 30) por pacientes sin estas afecciones. Los pacientes que participaron en cada grupo fueron seleccionados de modo aleatorio. El tamaño de la muestra se determinó por conveniencia. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, puntuación al ingreso de las escalas APACHE II y Glasgow, antecedente de diagnóstico psiquiátrico antes



del ingreso, diagnóstico clínico que motivó el ingreso, resultado de las acciones realizadas en la unidad (ventilación mecánica no invasiva, destete de la ventilación mecánica, cateterismo venoso central, desescalamiento de la sedorelajación, cooperación satisfactoria en atención médica, sedación parenteral, estadía, y estado al egreso.

**Resultados:** Se precisó que los pacientes con trastornos mentales tuvieron mayor probabilidad de muerte (OR = 13,0;  $p = 0,0000$ ).

**Conclusión:** Los trastornos mentales influyen en la mortalidad del paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Docente “Dr. Agosthino Neto”.

**Palabras clave:** *Trastorno mental, psiquiatría de enlace, medicina intensiva, paciente grave.*

### Abstract

**Introduction:** Today there is controversy about the influence of psychiatric comorbidity on mortality of the seriously ill patient.

**Objective:** Describe the influence of mental disorders on the mortality of patients admitted to the intensive care unit at Dr. Agosthino Neto General Teaching Hospital in 2018.

**Method:** A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out. The study group ( $n = 30$ ) was made up of patients with mental disorders and the control group ( $n = 30$ ) consists of patients without these conditions. The patients who participated in each group were randomly selected. The sample size was determined by convenience. The following variables were studied: age, sex, score on admission of the APACHE II and Glasgow scales, history of psychiatric diagnosis before admission, clinical diagnosis that motivated admission, result of actions carried out in the unit (non-invasive mechanical ventilation, weaning from mechanical ventilation, central venous catheterization, sedation de-escalation, satisfactory cooperation in medical care, parenteral sedation, stay, and discharge status).

**Results:** It was specified that patients with mental disorders had a higher probability of death (OR = 13.0;  $p = 0.0000$ ).

**Conclusion:** Mental disorders influence the mortality of patients admitted to the intensive care unit at Dr. Agosthino Neto General Teaching Hospital.

**Keywords:** *Mental disorder, liaison psychiatry, intensive medicine, seriously ill patient.*



## Introducción

Trastorno mental (TM) es un término polisémico, que engloba una gama heterogénea de pacientes con desequilibrio de la salud mental, de duración prolongada y que comportan un grado variable y persistente de discapacidad y disfunción social. Incluyen los trastornos de la esfera psicótica, afectiva y por abuso o dependencia de sustancias; se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.<sup>(1,2)</sup>

Los TM se consideran como un problema de salud.<sup>(3,4)</sup> Se estima que entre un 1,5 y 2,5 por cada 1000 personas de la población general presenta uno de estos trastornos.<sup>(5,6,7,8)</sup> Sin embargo, no son suficientes los estudios que aborden los TM en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos polivalente (UCI), en cuyo ámbito es difícil el diagnóstico. Tampoco está suficientemente esclarecida la influencia de los TM en el pronóstico del paciente crítico.

Los autores de este estudio no encontraron artículos que esclarecieran la influencia de los TM en el pronóstico del paciente crítico en el ámbito de UCI, y tampoco hallaron algún estudio realizado en la provincia Guantánamo, Cuba, que diera respuesta a esta incertidumbre. Por lo anterior el objetivo de la investigación fue determinar la influencia de los TM en la mortalidad del paciente ingresado en la UCI del Hospital General Docente “Dr. Agosthino Neto” durante el 2018.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, aprobado por el comité de ética del Hospital General Docente “Dr. Agosthino Neto”. Cada paciente ofreció su consentimiento informado para ser incluido en el estudio, en caso de que el paciente no estuviera apto para responder por él mismo, se le solicitó al familiar que lo representaba ante el equipo de salud.

El diagnóstico de TM se realizó por el consenso de un médico intensivista, un psiquiatra y un psicólogo, y se asumieron los criterios de *Badia* y otros<sup>(9)</sup> sobre la clasificación de los trastornos mentales en la UCI. El universo de estudio estuvo constituido por el total de pacientes ingresados en la UCI durante el 2018 (n = 549). Luego se seleccionó una muestra aleatoria, cuyo tamaño se determinó por conveniencia. Se conformaron dos grupos, uno que se constituyó por 30 pacientes con TM (grupo estudio) y otro que se conformó por 30 pacientes sin TM (grupo control).



Se estudiaron las variables: edad, sexo, puntuación de las escalas APACHE II y Glasgow al ingreso, antecedente de diagnóstico psiquiátrico antes del ingreso en la UCI, diagnóstico clínico que motivó el ingreso, resultado de las acciones realizadas en la unidad (ventilación mecánica no invasiva [VMNI], destete de la ventilación mecánica (VM), cateterismo venoso central), desescalamiento de la sedorelajación, cooperación satisfactoria en atención médica, sedación parenteral, estadía en UCI, y estado al egreso (vivo o fallecido). Se consideró que la muerte estuvo dinamizada por el TM cuando por causa de este el paciente no cooperaba satisfactoriamente en las acciones dirigidas al manejo de la enfermedad que condicionó su ingreso en la UCI.

La información se obtuvo de la historia clínica de cada paciente. Para el análisis estadístico, se utilizó la media y desviación típica ( $X \pm DT$ ) para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se empleó la frecuencia absoluta y el porcentaje. Para la comparación de las variables cualitativas y cuantitativas se utilizó el Chi cuadrado y t de Student, respectivamente. Se calculó además el *Odds Ratio* (OR: razón de probabilidad). Se consideró como nivel de significación el valor de  $p < 0,05$ .

### Resultados

La tabla 1 muestra que los subgrupos de pacientes, con o sin trastornos mentales, no difirieron respecto al sexo, la edad y puntuaciones de las escalas Glasgow y ASPACHE II ( $p > 0,05$ ); y el mayor porcentaje de los fallecidos tenían TM (0,019). Los pacientes con TM presentaron mayor riesgo de fallecer (OR 4,33;  $p \leq 0,019$ ).

**Tabla 1** - Caracterización de los pacientes de acuerdo con la presencia de trastorno mental, edad, sexo y puntuación de las escalas Glasgow y Apache II

Variable	Trastorno mental		p
	Presente	Ausente	
<b>Edad (X ± DT)</b>	52,4 ± 12,8	53,5 ± 11,4	0,351
<b>Sexo (n)</b>	Femenino	13	0,196
	Masculino	18	
<b>Escala Glasgow (X±DT)</b>	13,1 ± 2,5	12,2 ± 3,3	0,621



<b>Escala APACHE II (X±DT)</b>		16,1 ± 2,5	15,1 ± 2,5	0,523
<b>Estado al egreso (n)</b>	Vivos	18	26	0,019
	Fallecidos	12	4	

La tabla 2 resume que el diagnóstico psiquiátrico más común fue el trastorno afectivo bipolar (30 %); la letalidad fue superior en aquellos pacientes con esquizofrenia (83,3 %; OR = 3,00). En general la letalidad en el subgrupo pacientes con TM fue de 66,6 %.

**Tabla 2** - Caracterización de los pacientes de acuerdo con el diagnóstico psiquiátrico previo y su estado al egreso de la unidad de cuidados intensivos

Diagnóstico psiquiátrico	Estado al egreso				Total		Letalidad	OR
	Fallecidos		Vivos		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Trastorno afectivo bipolar</b>	6	30	3	30	9	30	66,7	1,00
<b>Esquizofrenia</b>	5	25	1	10	6	20	83,3	3,00
<b>Alcoholismo crónico</b>	4	20	1	10	5	16,7	80,0	2,25
<b>Enfermedad de Alzheimer</b>	3	15	1	10	4	13,3	75,0	1,59
<b>Retraso mental</b>	2	10	1	10	3	10	66,7	1,00
<b>Histeria de conversión</b>	0	0	2	20	2	6,7	0	NA*
<b>Trastorno ansiedad generalizada</b>	0	0	1	10	1	3,3	0	NA*
<b>Total</b>	20	66,7	10	33,3	30	100	66,6	NA*

\*NA: no aplica el cálculo

En la tabla 3 se observa que los pacientes con TM ingresaron en la UCI, sobre todo, por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (n = 6). La letalidad de las enfermedades físicas fue superior en los pacientes con TM ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 3** - Caracterización de los pacientes de acuerdo con el diagnóstico que motivó su ingreso en la unidad de cuidados intensivos

Con trastorno mental	Sin trastorno mental	OR
----------------------	----------------------	----



Diagnóstico clínico	Fallecidos	Vivos	Total	Letalidad	Fallecidos	Vivos	Total	Letalidad	
	n	n	n		n	n	n		
<b>EPOC</b>	5	1	6	83,3	2	6	7	28,6	2,5
<b>Neumonía GAC</b>	3	1	4	75,0	1	4	5	20,0	12,0
<b>Posoperado complicado</b>	1	1	2	50,0	1	7	8	12,5	7,0
<b>E. cerebrovascular</b>	2	1	3	66,7	1	5	6	16,7	3,3
<b>Intoxicación exógena AV</b>	2	3	5	40,0	0	0	1	0	NA
<b>Ahorcamiento I</b>	2	1	3	66,7	0	0	0	0	NA
<b>Infarto del miocardio</b>	1	1	2	50,0	1	2	3	33,3	2,0
<b>EI por etanol</b>	4	1	5	80,0	0	0	0	0	NA

*Legenda:* EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, GAC: grave adquirida en comunidad, E: enfermedad, AV: aguda voluntaria, I: incompleto EI: encefalopatía por intoxicación; NA: no aplica el cálculo

La tabla 4 revela que en los pacientes con TM fue más común el fracaso de la VMNI ( $p = 0,037$ ), el fallo del destete de la VM ( $p = 0,045$ ), la retirada voluntaria de la catéter venoso central ( $p = 0,05$ ), el uso prolongado de fármacos sedorelajantes ( $p = 0,0006$ ), el fallo del desescalamiento del uso de estos fármacos ( $p < 0,001$ ) y fue mayor la estadía en la UCI ( $p = 0,000$ ). En este grupo fue inferior el porcentaje que cooperó satisfactoriamente para su atención médica ( $p = 0,004$ ).

**Tabla 4** - Distribución de los pacientes de acuerdo con la relación entre los trastornos mentales y los resultados de los procedimientos realizados en la unidad de cuidados intensivos

Procedimientos realizados en la UCI	Trastorno mental		OR	p
	Presente	Ausente		
	n	n		
<b>Fracaso de ventilación mecánica no invasiva</b>	11	4	3,76	0,03689



<b>Fallo del destete de la ventilación mecánica</b>	12	5	3,33	0,04491
<b>Retirada voluntaria catéter venoso central</b>	9	3	3,86	0,050
<b>Fallo desescalamiento sedorelajación</b>	13	3	6,88	0,003
<b>Cooperación satisfactoria en atención médica</b>	9	25	0,16	0,0000
<b>Sedación parenteral prolongada (&gt; 3 días)</b>	19	6	9,91	0,0000
<b>Estadía prolongada en UCI (&gt; 7 días)</b>	20	4	13,0	0,0000

En el 85,03 % (n = 17) de los pacientes con TM fallecidos (n = 20), estas afecciones influyeron en el proceso que lo condujo a la muerte ( $Z = 12,25$ ;  $p < 0,01$ ); mientras que solamente 3 (14,97 %) estuvo relacionado con la gravedad de la enfermedad que motivó el ingreso en la UCI.

### Discusión

Los resultados de este estudio indican que en el contexto donde se realizó la investigación, los TM determinan en alguna medida la letalidad del paciente grave, por lo que en aquellos con estos trastornos la evolución clínica fuera menos satisfactoria.

Se estima que entre un 8-30 % de los pacientes que ingresan en una UCI presentan algún TM como antecedente personal o como motivo de ingreso.<sup>(7,8)</sup> Sin embargo hay controversias sobre la influencia de la comorbilidad psiquiátrica en la letalidad de las enfermedades que afectan al paciente grave; algunos autores aseguran que incrementa la mortalidad,<sup>(3,8,9)</sup> pero otros niegan este criterio.<sup>(10,11)</sup>

Diversos investigadores aseguran que los TM incrementan la mortalidad prematura, de hecho, en los pacientes afectados la esperanza de vida se reduce hasta un 20 %, <sup>(3,11)</sup> y hasta un 60 % de los fallecidos muere, sobre todo, por enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, EPOC o neumonía, lesiones no intencionales y suicidio. Sin embargo, no se encuentra un estudio riguroso que permita determinar los factores de riesgos que puedan contribuir a su prevención o adecuación de la asistencia médica a estos pacientes en la UCI con las consideraciones estrictamente psiquiátricas.<sup>(2,9,12,13,14,15,16)</sup>

Se considera que la mayor comorbilidad de los pacientes con TM puede estar en relación con un estilo de vida poco saludable pues se observó que en ellos fue más común el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el sedentarismo y la dieta insana, la malnutrición, el escaso autocuidado corporal y de la higiene bucal, que ocasionan mayor riesgo de infecciones. Tampoco se descartan los posibles efectos de los antipsicóticos, ya que generan sobrepeso, dislipemia, reducen la sensibilidad al dolor y lilita la concientización de la enfermedad. Lo anterior provoca que los pacientes con TM no siempre comuniquen



con prontitud los síntomas y, por tanto, se produzcan retrasos en la evaluación clínica o infradiagnósticos.<sup>(4,7)</sup>

También la enfermedad mental hace menos probable que el paciente colabore con la realización de los procedimientos diagnósticos o el cumplimiento de las terapéuticas, además, en ocasiones los profesionales y familiares subvaloran los síntomas y les atribuyen un origen psicosomático, lo que condiciona insuficiencias en la atención médica.

Además, suelen ser pacientes que demandan mayores dosis de sedantes para controlar sus comportamientos y esto, a su vez, limita el destete y prolonga el uso de VAM con la necesidad de traqueostomía, limita la movilización en la cama, incrementa la hospitalización. Todo ello favorece la incidencia de infecciones asociadas a los cuidados sanitarios, las úlceras de decúbito y eleva el riesgo de mortalidad.

El estudio reveló la necesaria consideración de la psiquiatría de enlace en función de los cuidados de salud mental en los pacientes críticos. La socialización de los resultados puede motivar a que los intensivistas se motiven por la autopreparación en esta área del saber.

En conclusión, los trastornos mentales influyen en la mortalidad del paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Docente “Dr. Agosthino Neto”, de Guantánamo.

### Referencias bibliográficas

1. Alcalá PD, Carvalho A de, Morgado OA, Girade SMG, Frari GSA. Estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales. Rev Latino Am Enferm 2016 [acceso: 20/07/2019]; 24:e2799. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-24-02799.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02799.pdf)
2. Torrecilla Olavarrieta T. Comorbilidades médicas en pacientes con trastorno mental grave del medio comunitario. [Tesis doctoral]. Universidad de Cádiz, España; 2015 [acceso: 20/07/2019]; Disponible en: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2017/rto/rto.zip>
3. Blogger aes.es Los problemas mentales, la gran epidemia del siglo XXI: la situación es todavía peor de lo que esperábamos. Economía y salud. Boletín informativo 2015. [acceso: 20/07/2019];(85). Disponible en: <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=26&idN=1374>
4. World Health Organization (WHO). Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: WHO; 2018.





5. Medel HA, Gómez BM, Saz PZ, Bravo OMF, Amate JM. Discordancia entre fuentes estadísticas sanitarias de ámbito nacional (EMH y EESCRI. 1990-2009). Análisis de la morbilidad psiquiátrica. Rev Psiq 2016 [acceso: 20/07/2019];9(1):22-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-discordancia-entre-fuentes-estadisticas-sanitarias-S1888989114000615>
6. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas; 2018 [acceso: 20/07/2019]; p. 21-3. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9)
7. Domínguez ZMS, Pérez SDP. Comparación de diagnóstico de patologías psiquiátricas al ingreso y egreso en el servicio de emergencia y hospitalización de los hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez en el periodo 2013 AL 2015. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Facultad de Medicina [Tesis de grado]; 2017 [acceso: 20/07/2019]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/14190>
8. Universidad de Oxford. Las enfermedades mentales graves acortan la esperanza de vida más que el tabaquismo Rev Electrónica Ciencia, Tecnología, Sociedad y Cultura 2014 [acceso: 20/07/2019];(51). Disponible en: [https://www.tendencias21.net/SALUD\\_r51.html](https://www.tendencias21.net/SALUD_r51.html)
9. Badia M, Justes M, Serviá L, Montserrat N, Vilanova J, Rodríguez A, Trujillano J. Clasificación de los trastornos mentales en la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva 2011 [acceso: 20/07/2019];35(9):539-45. DOI: [10.1016/j.medin.2011.05.022](https://doi.org/10.1016/j.medin.2011.05.022)
10. Carrasco G, Baeza N, Cabré L, Portillo E, Gimeno G, Manzanedo D, Calizaya M. Dexmedetomidine for the Treatment of Hyperactive Delirium Refractory to Haloperidol in Nonintubated ICU Patients: A Nonrandomized Controlled Trial. Crit Care Med. 2016. [acceso: 20/07/2019];44:1295-1306. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/26925523>
11. Reade MC, Eastwood GM, Bellomo R, Bailey M, Bersten A, Cheung B, *et al.* Effect of Dexmedetomidine Added to Standard Care on Ventilator-Free Time in Patients With Agitated Delirium: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2016 [acceso: 20/07/2019];315:1460-8. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2016/04/2124.html>
12. Blogger The American Journal of Psychiatry 2015 [acceso: 20/07/2019];(51). Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2015.14091100>
13. Díaz del Valle JC. Estudio psiquiátrico legal de los ingresos en una unidad de hospitalización de



agudos en un servicio de Psiquiatría. CHUAC (1996-2009) [Tesis doctoral]. Universidad de Coruña; 2015. [acceso: 20/07/2019]; Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61917176.pdf>

14. Abanto R, Valdivieso JG, Arévalo A, Orihuela S. Características personales, clínicas y sociales en pacientes con estancia hospitalaria prolongada en los pabellones de pacientes agudos del Hospital Víctor Larco Herrera. Horiz Med. 2018;18(2):95-6. DOI: [10.24265/horizmed.2018.v18n2.10](https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.10)
15. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales; 2017. [acceso: 20/07/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
16. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensen IM, *et al.* Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). Rev Bras Psiq. 2016;38(2):91-7. DOI: [10.1590/1516-4446-2015-1714](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714)

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### **Contribución de autoría**

Todos los autores hemos leído, revisado y aprobado el manuscrito final.

