



Universidad
Zaragoza

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Complejidad asistencial en pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización de Psiquiatría (UHA): la comorbilidad somática. Perfil de ingresos realizados como traslados de otras plantas por recomendación de Unidad de Psiquiatría Psicósomática y de los pacientes trasladados a otras plantas una vez ingresados en UHA.

Care complexity in patients admitted to Psychiatric Hospitalization Units: somatic comorbidity. Profile of inpatients made as transfers from other wards on the recommendation of the Psychosomatic Psychiatry Unit and of patients transferred to other plants once admitted to Adult Acute Psychiatric Unit.

Autor:

María Belén García Cacho

Director:

Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina - Universidad de Zaragoza
Departamento de Medicina, Psiquiatría y
Dermatología

2020

RESUMEN / ABSTRACT, PALABRAS CLAVE

I. INTRODUCCIÓN	1
1. PRESENTACIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	2
3. UHA Y UPPE EN EL SECTOR III DE ZARAGOZA	3
II. MARCO TEÓRICO	5
1. CONCEPTOS CLAVE	5
1.1. Comorbilidad: concepto, medición e impacto	5
1.2. Complejidad asistencial	8
1.3. Atención integral y asistencia compartida	8
1.4. Unidades de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace	9
1.5. Unidades médico psiquiátricas	11
2. PLAN SALUD MENTAL ARAGON 2017 - 2021	13
III. MARCO METODOLÓGICO	16
1. OBJETIVOS	16
2. MATERIAL Y MÉTODOS	16
2.1. Búsqueda bibliográfica	16
2.2 Estudio descriptivo	17
2.2.1 Muestra	17
2.2.2 Variables a estudio	17
3. RESULTADOS	21
3.1. Resultados traslados UPPE - UHA	21
3.1.1. Perfil sociodemográfico	21
3.1.2. Perfil clínico asistencial	22
3.2. Resultados traslados UHA - UPPE	26
3.2.1. Perfil sociodemográfico	26
3.2.2. Perfil clínico asistencial	27
IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	32
1. DISCUSIÓN	32
1.1. Traslados UPPE - UHA	32
1.1.1. Perfil sociodemográfico	32
1.1.2. Perfil clínico asistencial	32
1.2. Traslados UHA - UPPE	34
1.2.1. Perfil sociodemográfico	34
1.2.2. Perfil clínico asistencial	34
2. LIMITACIONES	35
3. CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	40
1. ANEXO I: TRASLADOS UPPE - UHA	40
1.1 Tablas correspondientes al apartado 3.1	40
1.2 Gráficas correspondientes al apartado 3.1	53
2. ANEXO II: TRASLADOS UHA - UPPE	59
2.1 Tablas correspondientes al apartado 3.2	59
2.2 Gráficas correspondientes al apartado 3.2	69
3. ANEXO III: ABREVIATURAS UTILIZADAS	76

RESUMEN

Introducción: la comorbilidad somática y psiquiátrica es un factor que influye en la asistencia al paciente y en los costes de la misma. El objetivo del presente estudio es conocer el perfil tanto de los trasladados de la UHA a otras plantas a cargo de la UPPE como de los traslados a la UHA desde otras plantas por indicación de la UPPE, realizados entre los años 2015 - 2019 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Material y métodos: es un estudio observacional retrospectivo. Se ha revisado informes de alta de 116 traslados, 38 a otros servicios y 78 ingresos en la UHA desde otras plantas. Para ello, se ha creado una base de datos a partir del conjunto mínimo básico de datos extraídos de informes de alta. También se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, revisándose 34 artículos para conformar el marco teórico y poder comparar resultados.

Resultados: en ambos grupos la mayoría eran hombres, españoles, sin una situación laboral activa, sin pareja y que convivían con familiares. En ambos casi el 50% de la muestra presentaba problemática social. La mayoría de ambos grupos tenían antecedentes psiquiátricos personales y seguían un tratamiento con psicofármacos. Entre los grupos de trasladados a la UHA la causa más frecuente de ingreso fue el intento autolítico (58'9%), procediendo este grupo mayormente de la UCI (46%). Entre los pacientes que se trasladaban a otras plantas desde la UHA el motivo más prevalente fue la necesidad de un tratamiento más especializado (34'2%), siendo el servicio de destino más frecuente una planta médica (76'3%), especialmente Medicina Interna. En ambos grupos el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fueron trastornos del ánimo (depresión principalmente) y como diagnóstico psiquiátrico secundario más prevalente se encontró el abuso de sustancias.

Conclusiones: la importancia de estos pacientes radica en el impacto que la comorbilidad tiene sobre la calidad de su atención. Se ha evidenciado la necesidad de mejorar la atención hospitalaria conjunta de estos pacientes. Se necesitan más estudios futuros acerca del perfil de este tipo de traslados.

Palabras clave: comorbilidad, complejidad, psiquiatría de enlace, psiquiatría psicósomática, interconsultas, traslados, pacientes ingresados.

ABSTRACT

Introduction: somatic comorbidity is a factor that greatly influences patient care, especially when somatic and psychiatric diseases coexist. This study's aim is to know the profile of both those transferred from the Adult Acute Psychiatric Unit (AAPU) to other plants under the responsibility of the Psychosomatic Psychiatry Unit and the transfers to the AAPU from other plants by indication of the Psychosomatic Psychiatry Unit, carried out between 2015 - 2019 at the Hospital Lozano Blesa in Zaragoza.

Methods: this study is a retrospective observational study. The sample consisted of 116 transfers, 38 transferred to other services and 78 admissions to the AAPU from other plants. For this purpose, a database has been created from the minimum set of data from the database extracted from discharge reports. A bibliographic review was also carried out in Pubmed, reviewing 34 articles to form the theoretical framework and to be able to compare results.

Results: in both groups the majority were men, Spanish, without an active labor situation, with marital status of single, widowed or divorced and the majority lived with relatives. In both, almost 50% of the sample presented concomitant social problems. Most of both groups had a personal psychiatric history and were undergoing treatment with psychotropic drugs. Among the groups transferred to the AAPU, the most frequent cause of admission was autolytic attempt (58.8%), with the majority of this group coming from the ICU (46%). Among the patients who moved to other plants from the AAPU, the most prevalent reason was the need for more specialized treatment (34.2%), the most frequent destination service being a medical ward (76.3%), especially Medicine. Internal. In both groups the most frequent psychiatric diagnosis was mood disorders (mainly depression) and substance abuse was found as the most prevalent secondary psychiatric diagnosis.

Conclusions: the importance of these patients lies in the impact that comorbidity has on the quality of their healthcare. The need to improve the joint hospital care of these patients has been demonstrated. More future studies are needed on the profile of these types of transfers.

Key words: comorbidity, complexity, liaison psychiatry, psychosomatic psychiatry, consultation, , transfer, inpatient

I. INTRODUCCIÓN

1. PRESENTACIÓN

“*Mens sana in corpore sano*”. Esta expresión fue popularizada a finales del siglo XIX por Pierre de Coubertin en el contexto de la fundación de los juegos Olímpicos modernos. Sin embargo, en su creación se concibió con una finalidad distinta. Fue primeramente plasmada por el autor romano Décimo Junio Juvenal en sus *Sátiras* escritas entre los siglos I - II d.C, siendo su forma completa “*Orandum est ut sit mens sana in corpore sano*”, que traducido al castellano significaría "Debemos orar por una mente sana en un cuerpo sano". La frase en su contexto inicial era una crítica al hecho de orar a los dios por cosas superfluas y no centrarse en pedir lo importante: Un cuerpo y una mente sin enfermedades. ¹

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», afirma la Organización Mundial de la salud en el preámbulo de su constitución, entrada en vigor el 7 de abril de 1948. ²

Han pasado casi 20 siglos desde que Juvenal escribiera su obra hasta la redacción de la Constitución de la OMS, pero ambas afirmaciones, con finalidades y en contextos radicalmente distintos, dejan entrever una premisa fundamental y común a ambas: Las personas somos un todo. Como tal hemos de ser evaluadas y por tanto, atendidas.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Los pacientes con comorbilidad médico psiquiátrica son los más vulnerables a las deficiencias de un sistema fragmentado, tanto en el área sanitaria, como docente, de investigación y de gestión. El impacto que conlleva la importante morbilidad psíquica existente entre pacientes médicos y viceversa, hace que se considere como un problema de salud pública.

La principal causa de mortalidad prematura en pacientes con problemas de salud mental es una enfermedad física no diagnosticada y por tanto no tratada. El 46% de los pacientes con enfermedad mental también padecen una patología somática crónica. A pesar de la cada vez mayor concienciación y esfuerzo por conseguir una atención integral, la mayor parte de los problemas físicos en estos pacientes se siguen viendo como secundarios o como consecuencias de su enfermedad mental.³

Una serie de datos objetivos que ejemplificarían la necesidad de identificar los pacientes con comorbilidad y garantizarles una atención integral serían los siguientes:

- Las personas con enfermedad mental grave mueren entre 15 y 20 años antes, a causa de las altas tasas de enfermedad cardiovascular.³
- La depresión y los trastornos de ansiedad llevan a resultados significativamente peores entre las personas con diabetes, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas.³
- Estudios en varios programas destinados a intervenciones para dar una atención colaborativa a pacientes con que presentaban comorbilidad médica asociada a demencia (Programa IMPAC y TEAM-care) observaron que en esos pacientes no solo mejoraban los síntomas depresivos, sino que también hubo una mejoría de la HbA1c, del control de la presión y niveles más bajos de colesterol en sangre.⁴
- Estudios enfocados a evaluar herramientas de screening de riesgo suicida señalan que dentro de los factores que hacen a un paciente más vulnerable a cometer suicidio estaba la presencia de depresión concomitante con otras patologías somáticas como cáncer, enfermedad coronaria o disfunciones del sistema nervioso central.⁵

- En general, aproximadamente el 30% de las personas con enfermedades médicas tienen patología mental concomitante. En torno a dos tercios de estos pacientes no reciben tratamiento para estos trastornos.⁶

Los problemas clínicos que contiene la interrelación de la psiquiatría con el resto de especialidades no solo ofrecen un desafío clínico, sino también un área en la mejorar las intervenciones. Para entender y afrontar este problema es fundamental identificarlo y entender la dimensión y epidemiología del mismo. Es por esto que este trabajo busca analizar estas interacciones y definir la epidemiología de dichos pacientes.

3. UHA Y UPPE EN EL SECTOR III DE ZARAGOZA

En 1986 la Ley General de Sanidad, en su artículo 20, señaló que la hospitalización psiquiátrica de los pacientes se debía realizaren unidades específicas dentro de los hospitales, y no en centros psiquiátricos como se venía haciendo.⁷ La unidad de hospitalización de adultos se encuentra física y funcionalmente integrada en el Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza). Está al cargo de la población del Sector Sanitario III de Zaragoza (307.163 habitantes) y del Sector de Calatayud (55.866 habitantes). El Sector III está compuesto por 22 zonas de salud, cada una de ellas con su correspondiente Centro de Salud para garantizar la asistencia primaria de la zona. Así mismo para reforzar la atención a la salud mental en el sector III existen 4 unidades de salud mental.⁸

Entre las características de la población que atiende este sector podemos destacar una importante ruralidad, gran dispersión (el territorio que lo compone abarca una extensión superior a los 6.000 km²), y elevadas tasa de envejecimiento y dependencia de la población, así como de inmigración.⁸

La UHA está situada en la 3ª planta del HCLB, consta de 20 camas de hospitalización, y sus ingresos suponen el 1,5% del total hospitalario. Dispone de 20 camas de hospitalización. La Unidad es atendida por un equipo de 3 Psiquiatras (uno de ellos Jefe de Sección), 12 DUES uno de ellos supervisor, 8 Auxiliares de clínica y 8 Celadores y 1 Secretaria compartida con el resto del Servicio y un trabajador Social compartido con el Hospital de Día de Adultos.⁹

Los ingresos en dicha unidad son breves (aproximadamente unas dos semanas, por lo general no superiores a 30 días, con excepciones en aquellos casos con mayor complejidad). Son casos de pacientes agudos, a lo que se atiende de forma intensiva y de manera restrictiva (con unidades cerradas con estrictas normas de funcionamiento).¹⁰

Dentro de las actividades que son competencia de la UHA encontramos principalmente la atención a la descompensación aguda de trastornos psiquiátricos. Otros motivos de ingreso en dicha unidad serían la necesidad de una desintoxicación, la realización de estudios diagnósticos que sean dificultosos de manera ambulatoria y la existencia de conductas auto o heteroagresivas. Así mismo se encarga de prestar asistencia dentro de los servicios de urgencias del propio hospital y de atender las consultas relacionadas con salud mental procedentes de otras áreas intrahospitalarias. Además al alta de los pacientes se garantiza su continuidad asistencial mediante la coordinación con el resto de unidades especializadas en salud mental.

La asistencia en la UHA se caracteriza por la variedad clínica. En la experiencia en la unidad del HCULB hay una amplia representación de pacientes no psicóticos en situaciones especiales, destacando aquellos con alto riesgo de suicidio. Entre estos pacientes también destacan aquellos con alta complejidad y comorbilidad, tanto en forma de varios diagnósticos psiquiátricos como presencia de comorbilidad somática, la cual se da en casi un tercio de los pacientes. Entre los pacientes con comorbilidad somática un 10% requerirían niveles de asistencia compartida médico - psiquiátrica y un 2% precisarían una Unidad médico - psiquiátrica específica. Para la mejoría de la atención a los pacientes con comorbilidad somática se ha compartido la asistencia médica de los pacientes con un médico internista (asignado cada 6 meses).¹⁰

Como parte del servicio de psiquiatría se encuentra la **Unidad de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace**, es una unidad interdisciplinaria vinculada a la unidad de corta estancia psiquiatría de los hospitales generales para la interconsulta y coordinación con el resto de servicios intrahospitalarios.

II.MARCO TEÓRICO

1. CONCEPTOS CLAVE

1.1. COMORBILIDAD

1.1.2. Concepto. Diferencias y similitudes con multimorbilidad

Una de las primeras referencias al término “comorbilidad” fue establecida por el epidemiólogo estadounidense Alvan Feinstein, en una publicación del Journal of Chronic Diseases (hoy conocido como Journal of Clinical Epidemiology) en 1970. En ese artículo se definió la comorbilidad como la concurrencia de más de una patología en la misma persona, hablando de aquellos casos en los que se producía una "entidad clínica adicional distinta" durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad índice.^{11, 12, 13}

En general, se utiliza el término “comorbilidad” en base a 3 acepciones:¹⁴

1. Dos o más afecciones médicas que existen simultáneamente pero independientes entre sí.
2. Dos o más afecciones médicas simultáneas e interdependientes entre sí, lo que significa que una afección médica causa, es causada o está relacionada con otra afección en el mismo individuo.
3. Dos o más afecciones médicas independientemente de su relación de causalidad.

Aquí podría entrar en juego el concepto “Multimorbilidad”. Sendos términos, comorbilidad y multimorbilidad, se refieren a la existencia simultánea o la aparición secuencial de dos o más trastornos físicos y / o psicológicos en el mismo paciente. Las connotaciones entre ambos términos se han convertido en fuente de controversia.

Algunos autores definen la comorbilidad como la presencia simultánea de dos o más enfermedades en un mismo individuo con más frecuencia de lo que se daría por mera casualidad y la diferencian de la multimorbilidad en que esta definiría la situación en la que los procesos intercurrentes no estarían relacionados entre sí por sus mecanismos patogénicos.¹⁴ Esta diferenciación podría aplicarse con relativa facilidad en lo que a medicina “somática” se refiere, pero en términos de patología psiquiátrica donde muchos procesos etiopatogénicos no están bien definidos, puede suponer una dificultad.¹³

Por otra parte, otros autores diferencian el uso de conceptos en base a la existencia o no de una enfermedad índice, dándose esa afección eje en el concepto de comorbilidad, pero no así en el de multimorbilidad.^{15, 16, 17}

Esta discrepancia sobre cómo definir los conceptos ha dificultado los estudios acerca de su impacto.¹⁵ Por el momento ambos términos se suelen utilizar como sinónimos, aunque parece que está última distinción entre ambos términos es la más aceptada.

1.1.2. Medición

Existen distintos algoritmos para medir la comorbilidad, siendo los más utilizados los índices de Charlson y de Elixhauser.^{11, 15, 18} Estos índices sirven medir tanto la presencia como la gravedad de diferentes enfermedades en un mismo paciente. Su finalidad es vincular los diagnósticos con el consumo de recursos o comparar la combinación de diagnósticos vistos por distintos especialistas.¹⁵

1.1.3. Impacto

El estudio del impacto de la comorbilidad ha generado un interés en aumento, en vista de que está situaciones se da en gran parte de los procesos asistenciales, en parte influido el aumento de la esperanza de vida en la población.^{15, 17} Sin embargo esta situación se amplía también a otras edades, según algunos estudios la comorbilidad oscilaría entre el 35 y el 80% de los paciente entre 20 y 75 años.¹⁷

Cada vez hay una preocupación mayor por la presentación simultánea de trastornos físicos y psiquiátricos, por su creciente prevalencia en la práctica clínica.⁶ La alta tasa de comorbilidad se asocia con la alta prevalencia de trastornos mentales y enfermedades somáticas crónicas. Así mismo las relaciones entre los trastornos mentales y somáticas se perpetúan y refuerzan mutuamente.¹⁴ La coexistencia de un trastorno mental puede dificultar la mejoría subjetiva de los síntomas de una enfermedad somática y su recuperación, así como el padecer una enfermedad somática puede dificultar la recuperación de un trastorno mental. Los trastornos mentales son más frecuentes en pacientes que sufren una enfermedad somática que al compararse con la población general, y que las enfermedades somáticas se ven más en pacientes psiquiátricos que en el resto de la población.¹⁷

Se ha objetivado que los pacientes con trastornos mentales y enfermedades somáticas tienen más dificultades para lograr una atención médica adecuada, a causa de la creciente especialización de los especialistas en sus áreas y con el consecuente infradiagnóstico de otras patologías que se alejen de su campo.¹⁷

Cuando las patologías médicas y psiquiátricas coexisten de forma grave en un mismo paciente, ni las plantas de especialidades médico quirúrgicas ni las unidades psiquiátricas de hospitalización de adultos están preparadas para atender de manera integral a estos pacientes. Esto los ha llevado a ser denominados “ los parias del sistema médico y psiquiátrico”.¹⁹

Se ha visto una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médicos hospitalizados fuera del área de psiquiatría. Abordar esos problemas durante el ingreso es clínicamente importante, ya que se ha asociado con una reducción de la duración de la estadía, una disminución de los gastos en recursos hospitalarios y menor índice de rehospitalización.^{6, 20} En un estudio en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Johns Hopkins se encontró que la comorbilidad médica fue el motivo principal de cuidado hasta en el 20% de los pacientes ingresados. Se objetivó un incremento de síntomas psiquiátricos y de deterioro funcional asociado a la comorbilidad médica, así como un incremento de 3.25 días en la duración de la estancia media hospitalaria.¹⁹

El resultado a nivel social de este aumento de la presencia de comorbilidad se traduce en un aumento de los costes asistenciales e ingresos. A nivel del paciente aumenta la mortalidad y disminuyen tanto la calidad asistencial como la calidad de vida.²¹ Otros aspectos en los que influye es en la elección del tratamiento, la dosis del mismo, la adherencia o la mayor aparición de efectos secundarios. Se podría resumir el impacto de la comorbilidad en que a mayor comorbilidad, peor es el resultado y menor mejoría de los síntomas.¹⁷

A pesar de haberse demostrado cómo repercute la coexistencia en un mismo paciente de una enfermedad psiquiátrica y médica, la asistencia integral de dichos pacientes continua siendo un punto mejorable.¹⁹

1.2 COMPLEJIDAD ASISTENCIAL

La complejidad abarca la relación entre muchas variables, las cuales tienen todas un impacto en el resultado de interés. La relación entre esas variables no es lineal, lo que genera imprevisibilidad en las relaciones entre las mismas y en los resultados obtenidos. Por esto es importante una visión holística del paciente, que tenga en cuenta todos los factores que pueden afectar a su condición clínica.²²

El término complejidad hace referencia a los pacientes y a la dificultad en su manejo desde diferentes perspectivas, la del médico, la de enfermería y la de gestión de cuidados. Se considera que la complejidad de un paciente viene determinada por el número de sistemas orgánicos afectados y el impacto sobre las áreas biológica y/o psicológica y/o social, mientras que la complejidad de la asistencia se determina por el número de tipos de intervención que se requieren junto con el número de disciplinas involucradas, siendo necesario conciliar la complejidad del caso y la de la asistencia.¹⁹

Para su medición se ha utilizado la herramienta INTERMED, que evalúa los factores biológicos, sociales, psicológicos y del sistema de salud que influyen sobre la salud. Si los pacientes puntúan ≥ 21 se consideraron “complejos”.²³

En un estudio observacional realizado por Lobo et al. en 2015 en dos hospitales del Sistema Nacional de Salud en España, con una muestra de 615 pacientes ingresados en medicina interna, se vio que el 27'6% se consideraban complejos, y que ese grupo tenían un número significativamente mayor de diagnósticos médicos y de derivaciones a psiquiatría.²³

1.3. ATENCIÓN INTEGRAL Y ASISTENCIA COMPARTIDA

El paradigma de la atención integral ha sido una necesidad desde tiempo atrás, aumentando la importancia de su implantación en las últimas décadas con el auge de la superespecialización en la medicina. La formación cada vez más especializada, con menores conocimientos generales, ha formado especialistas que requieren solicitar mayor número de interconsultas. Se ha visto que los pacientes con comorbilidad requieren mayor número de interconsultas que los que no la presentan.²⁴

Los programas de asistencia compartida son consecuencia de una modernización de los programas de enlace, en los que el psiquiatra realiza únicamente una función de consultor. Las interconsultas son una respuesta ante una solicitud de ayuda de un especialista no psiquiatra, destinada resolver dudas concretas en relación al diagnóstico y tratamiento.²⁵

A diferencia de las interconsultas, la asistencia compartida se aplicaría a todos los pacientes del servicio, con una atención global en vez de centrarse en un motivo de consulta. Esto exigiría una comunicación fluida entre los médicos y buena coordinación entre servicios.²⁴

Estos programas tienen como objetivo mejorar la continuidad asistencial. Esto conllevaría menor estancia hospitalaria y menos visitas a los servicios de urgencias. Aplicar una asistencia compartida permite tratar simultáneamente las comorbilidades y tomar decisiones conjuntas respecto al tratamiento, con una responsabilidad compartida del paciente. Otro punto interesante de estos programas es que podrían servir para sortear las dificultades de acceso que tienen algunos pacientes para acceder a la atención psiquiátrica, ya que menos de la mitad de los que lo necesitan reciben interconsulta para atención psiquiátrica durante el ingreso.

²⁴

Un manejo de casos desde la atención integral se enfocaría en la complejidad del paciente y aplicaría un plan de cuidados basado en el abordaje integral de todas sus patologías. Además de la coordinación durante el ingreso, en el seguimiento post hospitalario se podrían coordinar los cuidados al alta y mejorar los resultados evitando reingresos en los próximos 30 - 90 días.²⁴

1.4. UNIDADES DE PSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA Y DE ENLACE

La psiquiatría de enlace es una subespecialización de la psiquiatría enfocada al diagnóstico, tratamiento y prevención de patología mental dentro del resto de especialidades hospitalarias.²⁵ En España las primeras unidades específicas aparecieron en 1977 y se denominan como unidades de Psiquiatría Psicosomática o Psiquiatría Psicosomática y de Enlace.²⁶

En 2019, desde el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza, se revisó la situación de las UPPEs en España. Se vio una notable expansión de estos servicios desde el año 2000 hasta 2019. De los 112 hospitales que aportaron datos el 58'9% tenían una unidad específica. El 66'7% tenían un solo psiquiatra dedicado a esto a tiempo completo. El 41% de las UPPEs recibieron hasta 500 consultas de pacientes ingresados por años. La mayoría de los hospitales con UPPEs tenían programas de enlace con unidades médicas específicas, siendo las más comunes oncología, cirugía bariátrica y neurología.²⁶

Sin embargo, las tasas de consulta en referencia a problemas psiquiátricos por parte de otros especialistas se han mantenido bajas a lo largo del tiempo. La doctora Cortina en su tesis en 2016, señaló que esta cifra en el HCULB estaba en torno al 3'8%.²⁷ Puesto que hoy en día se ha facilitado la interconsulta y se han extendido las UPPEs, se señala al infra diagnóstico de los problemas de salud mental como causa de la baja tasa de consultas.²⁰

En este contexto de colaboración médico - psiquiátrica, se ha desarrollado en el HCULB un protocolo de prevención de suicidio para pacientes ingresados en plantas médico quirúrgicas, que especifica los criterios de ingreso en la UHA de pacientes procedentes de otras plantas. Como se desarrollará más adelante en este trabajo los pacientes que han tenido intentos autolíticos o que tienen ideaciones suicidas tienen gran peso entre los traslados a la UHA desde otros servicios por indicación de la UPPE.²⁸

Para el ingreso se debe cumplir que sean pacientes de 18 o más años, en los que se confirme alto grado de suicidabilidad. También se deben evaluar si hay factores asociados que conlleven mayor riesgos (trastornos mentales graves, intentos previos, historia familiar de suicidio, enfermedades que generen dolor crónico, acceso a medicación, pensamientos depresivos, síntomas psicóticos...). Para que el ingreso sea factible, además de presentar los siguientes puntos, se debe cumplir que el paciente presente una estabilidad médica suficiente.²⁸

Se definen también los motivos que por los que no se efectuaría el ingreso. El primero sería encontrar un riesgo moderado o bajo. El otro punto clave que impide el traslado a la UHA es **que no exista estabilidad médica**. Esto puede ser bien porque haya una patología médica importante que es potencialmente mortal y / o

requiere intervención médica complicada; o bien hay una situación que no amenaza la vida pero tiene una complejidad de cuidados que sobrepasa la capacidad del personal y de la estructura de la UHA (necesidad de oxigenoterapia, sonda nasogástrica, cuidados de drenajes, ostomias o tubos endotraqueales, medicaciones IV, vías centrales, encamamiento permanente por polifracturas o aislamiento por enfermedades infecciosas).²⁸

Este último punto referente al rechazo de ingresos por patología médica presente tiene especial interés en nuestro trabajo porque de manera indirecta también define situaciones que obligan a trasladar pacientes que ya estuvieran ingresados en la unidad a otros servicios.²⁸

1.5. UNIDADES MÉDICO - PSIQUIÁTRICAS

Para poder atender a los pacientes con comorbilidad médico - psiquiátrica se han creado unidades especializadas, denominadas “Unidades Médico - Psiquiátricas” (UMP). Actualmente en EEUU hay varias unidades; en Europa muy pocas (Irlanda o Suiza).²⁴

Las características que debe tener una UMP son: una unidad subespecializada con instalaciones físicas adecuadas dentro de la planta de psiquiatría para pacientes con trastornos médicos y psiquiátricos, un internista integrado en el equipo de atención y personal de enfermería bien formado tanto en cuidados médicos como psiquiátricos. Este tipo de unidades aportarían numerosos beneficios entre los que se destaca la atención coordinada que se traduce en una mejoría de la asistencia sanitaria, reducen el *burnout* del personal que atiende a estos pacientes complejos, formación para residentes y adjuntos, menor duración de la estancia hospitalaria y mejora en su posterior seguimiento para evitar reingresos.²⁴

En base al nivel y tipo de agudeza de la enfermedad y al grado de integración médico - psiquiátrico, Kathol y cols describen las características de los pacientes, los procedimientos y el tipo de intervención necesarios para el tratamiento. Junto a ello, categorizan los programas de tratamiento integral médico - psiquiátrico en pacientes hospitalizados en una UMP en 4 tipos.²⁹

Unidad Médico-Psiquiátrica tipo I (UMP I): unidad de psiquiatría general, dispuesta a atender los problemas médicos de sus pacientes, con acceso a la interconsulta médica. Serían las unidades de hospitalización de corta estancia convencionales. Darían asistencia a pacientes con patología aguda psiquiátrica además de poder atender patología médica leve.²⁹

Unidad Médico-Psiquiátrica tipo II (UMP II): unidad médica general, dispuesta a atender los problemas psiquiátricos en sus pacientes, con acceso a la interconsulta psiquiátrica. Son los servicios médico quirúrgicos convencionales, con formación necesaria para detección y tratamiento de patología psiquiátrica menor y con el apoyo de UPPEs. Darían asistencia a pacientes con patología médica aguda, que puede acompañarse de patología psiquiátrica leve.²⁹

Unidad Médico-Psiquiátrica tipo III (UMP III): unidad especializada dispuesta a atender pacientes con enfermedad médica y psiquiátrica de mayor gravedad pero con limitaciones. Serían para el tratamiento de pacientes con patología psiquiátrica aguda moderada - grave y patología médica aguda moderada.²⁹

Unidad Médico-Psiquiátrica tipo IV (UMP IV): estaría especializada para atender cualquier patología grave, tanto médica como psiquiátrica, que no requieran UCI o unidad coronaria. Este sería el nivel que mayor adaptación del espacio requeriría. A nivel médico incluirían procesos como vías centrales, diálisis, toracocentesis... A nivel psiquiátrico dispondrían de todas las técnicas y tratamientos necesarios, así como de un entorno seguro en una unidad cerrada para realizar ingresos involuntarios.²⁹

En la tesis de la doctora Cortina, del total de pacientes que habían sido remitidos a la UPPE desde plantas médico quirúrgicas, el 21% cumplían criterios para justificar el ingreso en una UMP de nivel III y hasta un 7% cumpliría criterios para un ingreso en una UMP de nivel IV.²⁷

2. PLAN SALUD MENTAL ARAGON 2017 - 2021

En enero de 2005 los representantes de los Ministerios de Salud de los estados participantes en la Conferencia de Helsinki suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental. En esta se consideró la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social e instaba a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental.³

En base a esa declaración se han ido planteando diferentes formas de mejorar la atención a la salud mental. En octubre de 2017 se presentó en Aragón el Plan de Salud Mental 2017 - 2021, que indicaba las líneas y estrategias de mejora, así como los objetivos a seguir para mejorar la atención de la salud mental en nuestro territorio. Las estrategias se plantearon en base del análisis de situación del territorio y tienen como objeto progresar en la conceptualización positiva que de la Salud Mental realiza la OMS en su Plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020.³

Dicho plan incluía datos recogidos en 2015 para indicar el funcionamiento de la atención a la salud mental y plantear las bases de las estrategias:

- En los equipos Atención Primaria los diagnósticos más frecuentes en relación a patología mental fueron ansiedad y depresión. Desde este nivel asistencial los pacientes derivados a las Unidades de Salud mental eran un porcentaje inferior al 3% del total de las derivaciones realizadas.³
- Analizando los diagnóstico hospitalarios en relación a patología mental, los más frecuentes fueron psicosis y trastornos de la personalidad. Respecto a los pacientes que requerían ingreso la franja de edad más frecuentemente ingresada fue el intervalo entre 15 y 44 años.³
- En el mismo periodo evaluado se atendieron 10.546 problemas relacionados con la salud mental en los servicios de urgencias aragoneses, de los cuales el 20'6% requirió ingreso.³

Una parte relevante del plan es la integración en estrategias comunitarias y de atención integral hospitalarias de los servicios de salud mental. Entre los motivos que alega para impulsar esas estrategias destacan el hecho de que mejoran la accesibilidad de los pacientes a los servicios, la adherencia al tratamiento, la continuidad asistencial y reducen la estigmatización de los pacientes.³

De esos puntos a mejorar destaca que la continuidad asistencial es una de las variables con peor valoración en los sondeos realizados por el Sistema Nacional de Salud, especialmente en el caso de los procesos crónicos. Una asistencia fragmentada de los pacientes compromete la correcta atención de los mismos.³

En la Encuesta Nacional de Salud el 13,65% de la población aragonesa adulta se consideraba en riesgo de mala salud mental, siendo el porcentaje menor que el del conjunto nacional (a nivel nacional se consideraban un 16% de los hombres y un 27% de las mujeres). Diversos estudios han indicado que los problemas de salud mental aparecen más frecuentemente en situación de pobreza, bajos niveles educativos, desempleo, presencia de enfermedades crónicas y discapacidad.³

En el plan previo de Salud Mental en el sistema aragonés (2002 - 2010) entre las líneas estratégicas planteadas en dicho plan, una de ellas correspondía a la *“Reorganización psiquiátrica hospitalaria”*, señalando la necesidad de desarrollar criterios claros y protocolos escritos de derivación de los pacientes a otros niveles asistenciales. Además indicaba que a nivel de Aragón únicamente existían programas estructurados de psiquiatría de enlace en los 3 sectores de Zaragoza.³

Entre los puntos de trabajo reconocidos en el plan de Salud Mental para los años 2017 - 2021, se encuentran la necesidad de mejorar esa atención integral. Dentro del proyecto *“Atención integrada a todos los problemas de salud del paciente”* recogido en el mismo, se plantean **actuaciones necesarias para prestar una atención integrada a los problemas denominados como de salud mental y a los problemas físicos, y más en concreto a aquellos que afectan con más frecuencia al bienestar mental de las personas** (enfermedades crónicas, síntomas difíciles de encuadrar en un diagnóstico, ingresos hospitalarios).³

Este documento recoge que las pacientes asistidos por el sistema sanitario se encuentran con que la atención a sus necesidades de salud física y mental no está suficientemente coordinada. ³

Dicho proyecto, en relación con la atención enmarcada en un hospital general, considera entre sus líneas prioritarias los siguientes puntos:

- 1. Garantizar la atención de salud mental a los pacientes ingresados en hospitales generales de agudos. Equipo de la Unidad de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace.** ³

La aparición de problemas de salud mental entre los pacientes ingresados en plantas no psiquiátricas es muy frecuente y afecta de manera importante la asistencia de los mismos. Un ejemplo sería el caso de los pacientes mayores, que ocupan gran parte de las camas de hospitalización y entre los cuales se estima que hasta el 60% van a desarrollar problemas de salud mental durante el ingreso. ³

- 2. Atender correctamente los problemas físicos de salud de los pacientes con problemas de salud mental ingresados en hospitales de agudos.** ³

Se ha observado que hay una tendencia entre los servicios de salud mental de dar poca prioridad a la salud física. Patologías crónicas como problemas cardiovasculares o EPOC y patologías agudas como una apendicitis a menudo son infradiagnósticadas e infratratadas entre los pacientes con patología mental grave. ³

Es por esto que plantean como objetivo que todos los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de adultos deben recibir un examen físico completo en las 24h siguientes al ingreso. ³

III.MARCO METODOLÓGICO

1. OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es elaborar un perfil sociodemográfico y clínico - asistencial de los traslados desde la Unidad de Hospitalización de Adultos a otros servicios intrahospitalarios a cargo de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace (UHA - UPPE) y de los traslados desde otras plantas del hospital por indicación de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace a la Unidad de Hospitalización de Adultos (UPPE - UHA), durante los años 2015 - 2019 en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para estructurar el marco teórico se realizó una búsqueda en la base de datos Pubmed con la combinación de términos Mesh *comorbidity AND psychiatry*, acotándola a las con el publicaciones en los últimos 10 años, para la especie humana y texto de acceso libre. Se obtuvieron 156 resultados, de los cuales se seleccionaron 15 artículos y se han citado 13 de ellos. Para este marco teórico también se han utilizado como bibliografía webs que incluían datos relevantes sobre planes actuales de salud y datos demográficos actualizados, libros, antiguos TFG consultados a través del repositorio Zeguan. Además se ha revisado tesis doctorales de la Universidad de Zaragoza y artículos relevantes aportados por el director de este trabajo.

Para revisar la literatura previamente publicada se realizó una búsqueda en la base de datos Pubmed, con la siguiente combinación de términos Mesh: (*Consultation-Liaison Psychiatry OR Consultation Liaison Psychiatry OR Consultation Psychiatry OR Liaison Psychiatry OR Hospital Psychiatry OR Psychosomatic Medicine*) AND (*Referral OR Consultation OR Consultancy OR Transfer OR Discharge*) AND (*Inpatient OR Hospitalized patient*), indicando que los términos debían de encontrarse en el título o el resumen. Se aplicó únicamente el filtro “*free full text*”, sin aplicarse restricción por fecha de publicación. Se obtuvieron 20 artículos indexados, de los cuales se seleccionaron 19 y se han citado 3. Al evaluar dichos artículos se observó que solo uno permitía cierta comparación en resultados con el estudio a desarrollar en este trabajo.

2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

2.2.1 MUESTRA

La muestra evaluada en este estudio está constituida por pacientes adultos (18 años o más) que fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Lozano Blesa y requirieron un traslado a otro servicio o bien ingresaron como traslados desde otras unidades. La muestra está constituida por informes de los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019, teniendo un tamaño muestral total de 116. De estos 116, 38 corresponden a los traslados a otras unidades y 78 a los que ingresan en la UHA como un traslado, al ser dos componentes distintos, se han evaluado sus características de manera separada.

Criterio de inclusión: traslados a otras unidades remitidos desde la UHA por estar ingresados en ella e ingresos en la UHA procedentes de otros servicios hospitalarios (incluyendo aquellos ingresados en servicios distintos de psiquiatría de otros hospitales que no fueran el HCULB).

Criterio de exclusión: no se ha excluido ningún traslado de la muestra.

Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal, y retrospectivo.

Para obtener la información requerida se han revisado los 116 informes en los que constaba un traslado desde o hacia otras unidades. De estos se ha recogido un conjunto básico mínimo de datos que ha incluido las variables que se desarrollan a continuación.

2.2.2 VARIABLES DEL ESTUDIO

2.2.2.1 PSICOBIOGRAFÍA

- **Sexo.** Variables dicotómica con los valores Hombre / Mujer
- **Nacionalidad.** Variable cualitativa para la que se ha utilizado primero una evaluación dicotómica España / Otra Nacionalidad, y después se ha profundizado en presentar de manera categorial las procedencia de las nacionalidades extranjeras.

- **Edad.** Esta variable se ha analizado por un lado de manera cuantitativa, aportando la media del conjunto y su desviación típica, y por otra parte de forma categorial mediante 4 grupos de edad Adulto joven (18 - 39 años), Adulto medio (40 - 64 años), Adulto mayor (65 - 79 años) y Anciano de edad avanzada (> o igual a 80 años).
- **Estado civil.** Variable cualitativa con 4 categorías evaluadas: casado / En pareja, soltero, divorciado o viudo.
- **Situación laboral.** Variable cualitativa con las categoría de: jubilado, incapacitado, desempleo, activo, labores del hogar y otros. En el apartado de otros se han incluido estudiantes o situaciones de excedencia.
- **Convivencia.** Variable cualitativa con las siguientes categorías: solo, padres y / o hermanos, cónyuge o pareja, cónyuge e hijos, institucionalizado (bien en residencias o bien en recursos de media / larga estancia), con hijos, familia extensa y otros. En el apartado de otros se han incluido situación de indigencia, convivencia con compañeros de piso o con ex - parejas.
- **Problemática social:** Variable dicotómica con los valores Sí / No.

2.2.2.2. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS y MÉDICO QUIRÚRGICOS

- **Diagnóstico psiquiátrico previo.** Variable dicotómica con los valores Sí / No.
- **Seguimiento previo por unidades de salud mental.** Variable dicotómica con los valores Sí / No. Se han incluido en “Si” diversas modalidades de seguimiento, tanto a través de consultas externas, en centros de salud mental o pacientes institucionalizados en unidades psiquiátricas.
- **Ingresos previos en plantas de hospitalización de adultos.** Variable dicotómica con los valores Sí / No.
- **Presencia o no de tratamiento psiquiátrico previo.** Variable dicotómica con los valores Sí / No. Se ha incluido en la categoría “No” aquellos pacientes que aunque constara que tuviera pautado un tratamiento no lo hubieran continuado.
- **Presencia antecedentes psiquiátricos familiares:** Variable dicotómica con los valores Sí / No.
- **Presencia de antecedentes médico quirúrgicos:** Variable dicotómica con los valores Sí / No.

2.2.2.3. INGRESO ACTUAL

- **Motivo del ingreso hospitalario.** Variable cualitativa. Indicar que en el caso de los traslados desde UHA el motivo del ingreso es patología psiquiátrica y en el caso de los traslados a la UHA, el motivo de ingreso será patología médico - quirúrgica.
- **Voluntariedad del ingreso.** Variable dicotómica con los valores Sí / No.
- **Necesidad de contención mecánica.** Variable dicotómica con los valores Sí / No.
- **Número de servicios implicados en la atención.** Variable categorial, evaluada según las siguientes categorías: 1 servicio, 2 servicios, 3 servicios, 4 o más servicios. Aclarar respecto a este punto que por servicio implicado se ha contabilizado cualquier servicio que no fuera psiquiatría, al ser una muestra de traslados, por definición en todas las ocasiones ha habido al menos un servicio más implicado.
- **Estancia media hospitalaria (total / en UHA).** Variable cuantitativa, evaluando media y desviación típica de los datos. La estancia media total hospitalaria solo se ha podido valorar en el grupo cuya alta era hospitalaria (UPPE - UHA), en aquellos que eran trasladados a otras unidades únicamente hemos evaluado la estancia media a cargo de la UHA.
- **Procedencia del ingreso (en grupo UHA - UPPE):** se ha analizado de manera dicotómica primero con las categorías Urgencias / Otra planta, para después evaluar de manera categorial el tipo de remisión a urgencias.

2.2.2.4. EPISODIO ACTUAL

- **Diagnóstico psiquiátrico principal.** Variable cualitativa, incluyendo como categorías los distintos diagnósticos agrupados.
- **Diagnóstico psiquiátrico secundario.** Variable cualitativa, incluyendo como categorías los distintos diagnósticos agrupados.
- **Diagnóstico médico principal: variable.** Variable cualitativa, incluyendo como categorías los distintos diagnósticos agrupados.

2.2.2.4. ALTA HOSPITALARIA (GRUPO UPPE - UHA)

- **Tipo de alta.** Variable cualitativa con las categorías curación / mejoría, alta voluntaria y alta a otra planta.
- **Continuidad asistencial por salud mental al alta.** Se ha evaluado primero como una variable dicotómica con los valores Sí / No, y después entre los que se registró una indicación de continuidad asistencial, se evaluó el recurso de la misma como una variable categorial.
- **Tratamiento psiquiátrico al alta.** Se ha evaluado primero como una variable dicotómica, con los valores Si / No, y después entre aquellos si que tenían pautado tratamiento, se evaluó el tipo del mismo como una variable categorial.
- **Continuidad asistencial por patología médico psiquiátrica al alta.** Variable dicotómica con los valores Sí / No. Se ha incluido en el grupo “Si” todas aquellas altas en las que se ha registrado una indicación de continuidad asistencial especializada, más allá de la recomendación de acudir al médico de atención primaria.

2.2.2.5. TRASLADO (GRUPO UHA - UPPE)

- **Motivo del traslado.** Variable cualitativa, se evalúan diversas categorías que corresponden con las causas de traslado a otra planta registradas en los informes.
- **Distribución según servicio de destino.** Variable cualitativa. Se ha evaluado para el cómputo del total del tiempo (2015 - 2019) el tipo de distribución según las categorías UCI, especialidad médica, especialidad médico-quirúrgica y especialidad quirúrgica. Así mismo se ha evaluado para cada uno de los años incluidos en el estudio una distribución indicando los servicios concretos de destino.
- **Continuidad asistencial al alta a otro servicio.** Variable dicotómica, con las categorías Sí / No. En la categoría “Sí” se han incluido aquellos informes de traslados en los que se especificaba una continuidad asistencial a través de la UPPE.
- **Tratamiento al alta a otro servicio.** Se ha evaluado primero como una variable dicotómica con las categorías Sí / No, incluyendo en el grupo “Sí” los informes en los que se registraba una pauta de tratamiento al alta a otra planta; y después como una variable categorial en función de los distintos tipos de tratamiento.

3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS

3.1 TRASLADOS UPPE - UHA

Dentro del computo total de esta muestra se da la situación de que un mismo paciente requirió hasta en 5 ocasiones un traslado desde otra planta a la Unidad de Hospitalización de Adultos, por lo que a la hora de analizar la cualidad del sexo y nacionalidad, en vista de que es invariable a lo largo del tiempo, se le ha computado una única vez. Para el resto de variables por ser susceptibles de variabilidad a lo largo del tiempo se ha contabilizado todos sus informes.

Este grupo de traslados está conformado por 78 de los ingresos en la UHA, lo cual **representa el 4% del total de ingresos de la unidad**, , siendo el total de ingresos para los años 2015 - 2019 de 1952. [Anexo I: Tabla 0 y Gráfico 0]

3.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

3.1.1.1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO

Sobre el total de 74 pacientes, 48 son hombres (64'9%) y 26 mujeres (35'1%). [Anexo I: Tabla 1 y Gráfico 1]

3.1.1.2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NACIONALIDAD

Del total, 63 eran españoles (85'1%) y 11 procedían de otros países (14'9%). Examinando los países de donde son procedentes los pacientes de otra nacionalidad vemos que la mayor parte proceden de Sudamérica y América central (54'5%). El resto procedían de Europa del Este (27'3%) , Europa central (9'1%) y Asia (9'1%). [Anexo I: Tabla 2, 3, 4 y Gráficos 2 y 3]

3.1.1.3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD

El grupo más prevalente es el de Adulto medio, que engloba a 42 pacientes (53'8%), seguido del grupo de Adulto joven con 17 pacientes (21'8%) y el de adulto mayor con 16 pacientes (20'5%). La categoría de Anciano de edad avanzada contaría con 3 pacientes (3'9%). [Anexo I: Tabla 5 y Gráfico 4]

La edad media de la muestra es de 52 años \pm 16.

3.1.1.4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

Se ha encontrado el mismo número de pacientes emparejados que solteros, 25 en ambos casos (32'1%). 14 pacientes estarían divorciados (17'9%) y 2 del total viudos (2'5%). En 12 de los informes de alta no especificaba el estado civil. [Anexo I: Tabla 6 y Gráfico 5]

3.1.1.5. SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

Encontramos que 16 pacientes del total están jubilados (20'5%), 15 en situación de incapacidad (19'2%), 15 en desempleo (19'2%), 14 en activo (17'9%) y 7 se dedican a tareas domésticas (9%). En 9 informes no constaban datos acerca de la situación laboral del paciente. [Anexo I: Tabla 7 y Gráfico 6]

3.1.1.6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONVIVENCIA

Se observa que 21 pacientes viven solos (27%), 14 con padres y / o hermanos (17'9%), 10 conviven con sus parejas (12'8%) y 9 además de con sus parejas conviven con hijos (11'5%). 9 pacientes del total estarían institucionalizados (11'5%), 2 convivirían con hijos (2'6%) y en 1 caso hay una convivencia con familia extensa (1'3%). En 4 informes no constaba esta información. [Anexo I: Tabla 8 y Gráfico 7]

3.1.1.7. PRESENCIA DE PROBLEMÁTICA SOCIAL

En 39 casos se percibió una problemática social (50%). [Anexo I: Tabla 9]

3.1.2 PERFIL CLÍNICO ASISTENCIAL

3.1.2.1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTACTOS PREVIOS CON PSIQUIATRÍA

Se observa que en el 84'6% de los casos se había recibido un diagnóstico previo en relación a patología mental, el 57'7% estaban en seguimiento y también un 57'7% había requerido en algún momento al menos un ingreso en una unidad de hospitalización para adultos. Hasta un 64'1% tenía pautado algún psicofármacos previamente al ingreso registrado. [Anexo I: Tabla 10 y Gráfico 8, 9 y 10]

Únicamente un 15'4% no había tenido ningún tipo de contacto con profesionales de la salud mental previamente.

3.1.2.2. PRESENCIA DE ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

En 19 informes del total se registraron antecedentes psiquiátricos familiares (24'4%). [Anexo I: Tabla 11 y Gráfico 11]

3.1.2.3. PRESENCIA DE ANTECEDENTES MÉDICO QUIRÚRGICOS

En 57 casos se encontraron antecedentes médico quirúrgicos (73%). [Anexo I: Tabla 12 y Gráfico 12]

3.1.2.4. MOTIVO DEL INGRESO

Entre los motivos por los que se produce el ingreso en el hospital, se encuentra una gran heterogeneidad de causas. Entre ellas destacan el **intento autolítico** (**58'9%**). Estaría seguido por el síndrome confusional agudo (6'4%) y por el disminución del nivel de conciencia (6'4%). [Anexo I: Tabla 13]

Dada la gran prevalencia de intentos autolíticos, se ha evaluado el carácter del mismo entre los 46 casos de la muestra total. El método mas frecuente ha sido la sobreingesta de fármacos (69'6%), seguido de las lesiones por arma blanca (13%) y la precipitación (8'7%). [Anexo I: Tabla 14 y Gráfico 13]

3.1.2.5. VOLUNTARIEDAD DEL INGRESO

En 69 ingresos el carácter de los mismos fue voluntarios (88'5%), mientras que en 9 ocasiones se tuvo que utilizar la vía legal para llevarlos a cabo (11'5%). [Anexo I: Tabla 15 y Gráfico 14]

3.1.2.6. NECESIDAD DE CONTENCIÓN MECÁNICA

A lo largo de su estancia hospitalaria un 9% de la muestra requirió que se le aplicara contención mecánica. [Anexo I: Tabla 16 y Gráfico 15]

3.1.2.7. ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA / ESTANCIA MEDIA UHA

En 2 de los registros no se pudo calcular la estancia total hospitalaria puesto que el alta desde la Unidad de la Hospitalización de Adultos fue un traslado a cargo de otro servicio. Estancia total media: 24 días \pm 14'6. [Anexo I: Tabla 17]

En 12 informes no se especificaba el momento del traslado a la unidad de hospitalización de adultos, por lo que la media se ha calculo en base a los datos que si se han podido completar. Estancia media en UHA: 17 días \pm 12'6 días. [Anexo I: Tabla 18]

3.1.2.8. NÚMERO SERVICIOS IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN

En 48 traslados se requirió únicamente un servicio para el manejo (61'5%). En 15 traslados se requirió la atención de 2 servicios (19'2%), en 8 intervinieron 3 servicios (10'2%) y en 7 casos se requirió la colaboración de 4 o más servicios (9%). [Anexo I: Tabla 19 y Gráfico 16]

3.1.2.9. MOTIVO DEL TRASLADO

Entre los motivos que ocasionan el traslado a la unidad de psiquiatría se ha visto una amplia gama. El más prevalente es por indicación de la UPPE tras estabilización por una situación de riesgo vital (61'5%), seguido de clínica psicótica (10'3%) y alteraciones conductuales (9%). [Anexo I: Tabla 20]

3.1.2.10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SERVICIO DE PROCEDENCIA

36 traslados de la muestra procedían de la Unidad de Cuidados Intensivos (46'2%), 28 habían sido movilizados desde servicios de especialidades médicas (35'8%), 12 venían de especialidades quirúrgicas (15'4%) y 2 de servicios médico quirúrgicos (2'6%). [Anexo I : Tabla 21, Gráficos 17, 18, 19, 21 y 22]

3.1.2.11. SEGÚN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL

Se registró una gran heterogeneidad de diagnósticos. El más prevalente fue el Trastorno depresivo (28'2 %), seguido del Trastorno Bipolar (10'3%). Dentro de los trastornos bipolares cabe destacar que un 37'5 % prevelece la clínica depresiva. [Anexo I: Tabla 22]

3.1.2.12. SEGÚN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO SECUNDARIO

Del total del informes de alta se registró un diagnóstico psiquiátrico secundario en 40 casos (51'3%). [Anexo I: Tabla 23]

Entre los 40 casos con diagnósticos secundarios, los más prevalentes fueron el consumo patológico de tóxicos y alcohol (42'5%) y los trastornos de personalidad (30%).

3.1.2.13. DIAGNÓSTICO MÉDICO PRINCIPAL DURANTE EL INGRESO

Sobre el total de la muestra, en la mayor parte de los traslados el diagnóstico médico principal registrado fue la sobreingesta farmacológica (39'7%), seguido de deterioro cognitivo (6'4%) y lesiones por arma blanca (6'4%). En 5 informes no aparecía bien filiado el diagnóstico principal médico. [Anexo I: Tabla 24]

3.1.2.14. TIPO DE ALTA

En el 91% de las altas, estas se debieron a que se objetivaba una curación o mejoría del proceso. En un 6'4% de las altas se debió a una solicitud de alta voluntaria y en un 2'6% de las ocasiones se produjo un traslado a otro servicio intrahospitalario. [Anexo I: Tabla 25 y Gráfico 23]

3.1.2.15. CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA

En la totalidad de las altas se especifica un tratamiento psiquiátrico que continuar y en el 98'7% se dan indicaciones para continuar un seguimiento de la patología mental a través de distintos recursos. [Anexo I: Tabla 26]

De entre los informes de alta en los que se indica el seguimiento de la patología psiquiátrica, el recurso más utilizado para continuar la asistencia de dichos pacientes son los centros de salud mental (35%), seguido de las citas ambulatorias a través de consultas externas (23'3%) y de derivar a la asistencia con su psiquiatra de referencia previo (13%). [Anexo I: Tabla 27]

3.1.2.16. TIPO TRATAMIENTO AL ALTA

Entre los tipos de pautas más prevalentes al alta se encuentran la combinación de antidepresivos, benzodiacepinas y antipsicóticos (32%), seguido de la combinación de antipsicótico y benzodiacepinas (15'4%) y por la combinación de antidepresivos y benzodiacepinas (12'8%) [Anexo I: Tabla 28]

3.1.2.17. PAUTA DE SEGUIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO

En la totalidad de las altas hospitalarias se registró la indicación de acudir al médico de atención primaria. En el 32% de las altas de la Unidad de Hospitalización de Adultos se registró indicación de continuar la asistencia también a través de consultas externas de diversas especialidades médicas y quirúrgicas. [Anexo I: Tabla 29]

3.2 TRASLADOS UHA - UPPE

Este grupo de traslados está conformado por 38 de los ingresos en la UHA, lo cual representa el **1'9% del total de ingresos de la unidad**, siendo el total de ingresos para los años 2015 - 2019 de 1952. [Anexo II: Tabla 0 y Gráfico 0]

3.2.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

3.2.1.1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO

Del total de la muestra de trasladados a otras unidades, 20 eran hombres (52'6%) y 18 eran mujeres (47'4%) [Anexo II: Tabla 1, Gráfica 1]

3.2.1.2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NACIONALIDAD

Del total de la muestra de trasladados a otras unidades, 36 son originarios de España (94'7%) y 2 son extranjeros (5'3%). 1 era originario de Rumania (2'6%) y 1 era originario de Marruecos (2'6%). [Anexo II: Tabla 2, Gráfica 2]

3.2.1.3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD

Del total de la muestra observamos que 4 pacientes estarían en el grupo de edad de Adulto Joven (10'5%), 14 en grupo de Adulto Medio (36'8 %), 15 en el grupo de adulto mayor (39'4 %) y 5 en el grupo de Anciano de edad avanzada (13'3 %). [Anexo II: Tablas 3 y 4, Gráfica 3]

La edad media es de 61 años \pm 17'5.

3.2.1.4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

Del total de la muestra, 13 pacientes estaban en una relación, ya fuera casados o en pareja (34'3%), 13 pacientes estaban solteros (34'3%), 6 se habían separado (15'8%) y 3 habían quedado viudos (7'8 %). En 3 pacientes en el informe de alta no constaba ningún dato acerca de su estado civil. [Anexo II: Tabla 5, Gráfica 4]

3.2.1.5. SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

De la muestra total 9 pacientes estaban jubilados (23'7%), 9 no tenían trabajo activo en el momento (23'7%), 7 se dedicaban a las labores del hogar (18'4 %), 5 tenían una incapacidad (13'2%) y únicamente 2 pacientes del total se encontraban en una situación laboral activa (5'3%). En 6 de los informes no se hacía referencia a la situación laboral del paciente. [Anexo II: Tabla 6, Gráfica 5]

3.2.1.6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONVIVENCIA

Del total de la muestra encontramos que 7 pacientes vivían solos (18'4%), otros 7 con sus padres y / o hermanos (18'4%), 6 con su pareja e hijos (15'8%), 4 únicamente con su pareja (10'5%) y solo 1 con sus hijos (2'6%). 2 pacientes de la muestra convivían con un número amplio de familiares, con relaciones de parentesco que iban más allá de padres / hijos / hermanos (5'3%) y 3 pacientes del total estaban institucionalizados (7'9%). En 4 de los informes no se hacía referencia al tipo de convivencia del paciente. [Anexo II: Tabla 7, Gráfica 6]

3.2.1.7. PRESENCIA DE PROBLEMÁTICA SOCIAL

Sobre el total de paciente observamos que 17 de ellos tenían una problema social asociada (44'7%), mientras que en 21 no se reseñaba una importante problemática social (55'3%). [Anexo II: Tabla 8, Gráfico 7]

3.2.2 PERFIL CLÍNICO ASISTENCIAL

3.2.2.1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTACTOS PREVIOS CON PSIQUIATRÍA

Del total de la muestra se observa que 26 pacientes tenían un diagnóstico de enfermedad mental previo (68'5%), 20 estaban en seguimiento en unidades de salud mental (52'6%) y 16 habían requerido ingresos previos en una unidad de hospitalización de adultos (42'1%). 24 pacientes tenían pautado un tratamiento psicofarmacológico previo (63'2%). [Anexo II: Tabla 9, Gráfico 8, 9 y 10]

12 pacientes del total no habían tenido ningún tipo de contacto previo con salud mental (31'5%).

3.2.2.2. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

En 6 informes del total de la muestra se recogía la presencia de antecedentes psiquiátricos familiares (15'8%). [Anexo II: Tabla 10, Gráfica 11]

3.2.2.3. PRESENCIA PATOLOGÍA MÉDICA PREVIA

36 de los pacientes de la muestra total tenían recogidas patología previa médica al ingreso (94'7%). Únicamente 2 no tenían antecedentes médicos previos (5'3%). [Anexo II: Tabla 11, Gráfica 12]

3.2.2.4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SERVICIO DE PROCEDENCIA

Del total de la muestra, 33 pacientes habían sido ingresados desde el servicio de Urgencias (86'8%), mientras que 5 procedían de otras plantas de ingreso (13'2%). [Anexo II: Tabla 12, Gráfica 13]

Entre los pacientes que habían sido ingresados a través de urgencias, 19 de ellos llegaron de manera “estándar” al servicio (57'6%), 5 procedían remitidos desde otros centros (15'2%), 4 habían sido remitidos a urgencias por su MAP (12'1 %), 3 mediante ingreso programado (9'1 %) y 2 habían tenido que ser traídos por las FOP (6'1%). [Anexo II: Tabla 13, Gráfica 14]

3.2.2.5. VOLUNTARIEDAD DEL INGRESO

19 fueron ingresos involuntarios (50%) y 19 se realizaron de manera voluntaria. (50%) [Anexo II: Tabla 14, Gráfica 15]

3.2.2.6. MOTIVO DEL INGRESO

Encontramos una distribución bastante heterogénea. 8 pacientes de la muestra total presentaban como motivo principal de ingreso sintomatología depresiva (21'1%), siendo este el motivo más prevalente. 6 manifestaban sintomatología psicótica (15'8%), 6 habían presentado alteraciones conductuales, agitación psicomotriz o heteroagresividad (15'8%) y 5 pacientes se ingresaron a causa de un cuadro confusional (13'2%). [Anexo II: Tabla 15]

Hasta en 7 pacientes el ingreso fue motivado por haber realizado un gesto autolítico o haber manifestado ideaciones autolíticas (18'4%). Dentro de este subgrupo observamos que más de la mitad se acompañaban de sintomatología depresiva. Dentro de los pacientes que habían llegado a realizar un gesto autolesivo, la mitad los habían hecho mediante arma blanca y la mitad mediante la sobreingesta farmacológica.

3.2.2.7. NECESIDAD DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Solamente 5 pacientes del total requirieron contención mecánica durante su asistencia a cargo de psiquiatría (13'2 %). [Anexo II: Tabla 16, Gráfica 16]

3.2.2.8. NUMERO DE SERVICIOS IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN

Del total, 20 pacientes requirieron contactar con un solo servicio para su manejo (52'6%), 11 necesitaron requerir ayuda a dos servicios (28'9%), 5 a tres servicios (13'2%) y 2 a cuatro o más servicios (5'3%). [Anexo II: Tabla 17, Gráfica 17]

3.2.2.9. DURACIÓN INGRESO UHA

Duración media de la estancia en la UHA: 10 días ± 11'1 días. [Anexo II: Tabla 18]

3.2.2.10. SEGÚN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL

Entre los diagnósticos psiquiátricos principales, encontramos que 10 pacientes del total incluían un diagnóstico principal al alta que podía ser incluido en el grupo de **Trastornos afectivos depresivos (26'3 %)**, 9 habían sido categorizados de Síndrome Confusional Agudo (23'7%), 5 presentaban un diagnóstico incluido en el grupo de Esquizofrenia / Trastorno Esquizoafectivo (13'2%), en 4 se diagnóstico un consumo perjudicial de tóxicos (10'5%), en 3 el diagnóstico fue de Trastorno de ideas delirantes persistentes (7'9%) y 2 pacientes presentaron un diagnóstico de Trastorno cognitivo (5'3%). [Anexo II: Tabla 19]

3.2.2.11. SEGÚN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO SECUNDARIO

En el total de la muestra se vio que había 24 pacientes en los que no se estableció un diagnóstico psiquiátrico secundario (63'2%).

Entre los 14 pacientes que sí que presentaban un diagnóstico secundario, el más prevalente fue el abuso de sustancias (28'6%). [Anexo II: Tabla 20]

3.2.2.12. DIAGNÓSTICO MÉDICO QUIRÚRGICO PRINCIPAL

En no todos los pacientes se registró como tal un diagnóstico médico principal por el cual se requería asistencia de otros servicios, dado que en muchos había aparecido una sintomatología pendiente de estudio. Se han agrupado en varias categorías para poder observar el peso dentro del grupo. Se observa que en 8 pacientes del total se ha encontrado una **patología infecciosa (21'6%)**, 5 presentaron alteraciones de la serie roja pendientes de estudio (13'5%), 5 sufrieron alteraciones respiratorias que requirieron uso de oxigenoterapia (13'5 %) y 4 pacientes padecían un proceso oncológico (10'8%). 3 pacientes presentaron fiebre pendiente de localizar causa (8'1%), 3 tuvieron el diagnóstico de encefalopatía (8'1%) y 2 presentaban patología cerebrovascular (5'4%). [Anexo II: Tabla 21]

Se vieron diagnósticos aislados de tromboembolismo pulmonar, obstrucción intestinal, fractura ósea, parada cardiorrespiratoria, ascitis a tensión, colección intraabdominal y gestante con retraso del crecimiento intrauterino.

3.2.2.13. MOTIVO DEL TRASLADO

Del total de traslados a otras plantas, el motivo más prevalente fue la **necesidad de un tratamiento más especializado del que se podía ofrecer en la unidad de psiquiatría**, bien por requerir oxigenoterapia frente a desaturaciones graves, manejo de **fármacos específicos o necesidad de intervenciones quirúrgicas**. Estos pacientes fueron en total 13 (34'2%). Tras estos, encontraríamos el grupo de aquellos que requirieron profundizar en el diagnóstico de una patología de base orgánica, que se podía haber manifestado mediante sintomatología psiquiátrica o bien que se había podido observar durante el ingreso y se decidió profundizar en su estudio. Este grupo estaba constituido por 11 pacientes (28'9 %).

Se encuentra 10 pacientes en cuyo traslado se indicaban ambos motivos (26'3%), necesidad de estabilización mediante tratamiento más específico del que se podía ofrecer en la UHA y completar el diagnóstico de la patología orgánica de base.

En 3 pacientes el traslado fue motivado por una situación que requería un tratamiento intensivo inmediato puesto que la situación orgánica constituía una amenaza vital (7'9%). [Anexo II: Tabla 22]

3.2.2.14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SERVICIO DE DESTINO

29 pacientes fueron trasladados a **plantas médicas (76'3%)**, destacando los traslados a Medicina Interna; 6 a servicios quirúrgicos o médico-quirúrgicos (15'8%), siendo la primera Cirugía General; y 3 se remitieron a la UCI (7'9%). [Anexo II: Tabla 23, Gráficas 18, 19, 20, 21, 22, 23]

3.2.2.15. CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGUIMIENTO TRAS TRASLADO A OTRA UNIDAD

En 32 pacientes del total de la muestra se especifico tratamiento psiquiátrico en la hoja de alta como traslado (84'2%). 25 pacientes tenían informes de traslado en los que constaba una indicación específica de mantener seguimiento y colaboración en su asistencia con la unidad de Psiquiatría Psicosomática. (65'8%). Hasta en 5 casos se dejo por escrito que se consideraba la necesidad de volver a trasladar al paciente a la UHA una vez estabilizada la situación orgánica (13'2%). [Anexo II: Tabla 24, Gráficas 24 y 25]

3 situaciones en las que no se pauto tratamiento psiquiátrico al alta, coincidían con pacientes que no requerían tratamiento psiquiátrico previo y cuyo motivo de ingreso tenía relación con trastornos del comportamiento de origen orgánico. En un caso que si había ingresado con tratamiento psiquiátrico pero se retiro al alta, el motivo era un ingreso programado para desintoxicación alcohólica.

En 2 pacientes ese tratamiento y seguimiento no se especificaron puesto que su traslado fue a la UCI por situaciones que amenazaban su vida.

3.2.2.16. INDICACIÓN DE TRATAMIENTO Y TIPO INDICADO AL ALTA

Entre los 32 informes que indicaban que los pacientes debían mantener un tratamiento psiquiátrico al alta, la pauta más prevalente es únicamente tratamiento antipsicótico (37'5%), seguido de la combinación de antipsicóticos, antidepresivos y benzodiacepinas (18'75%) y de la combinación de antipsicóticos y benzodiacepinas (15'6%). [Anexo II: Tabla 25]

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN

1.1. TRASLADOS UPPE - UHA

1.1.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

El sexo del grupo era mayoritariamente masculino (64'9%). La nacionalidad era principalmente española (85'1%). La mayor parte de la muestra estaba en el grupo entre 40 - 64 años (53'8%), siendo la edad media de 52 ± 16 años. 67'9% estaban jubilados, en situación de desempleo, de incapacidad o se ocupaban de tareas domésticas. El tipo de convivencia predominante de la muestra fue convivir con algún familiar o con la pareja (46'2%). Respecto al estado civil predomina el perfil de soltero, divorciados o viudos (45'6%). En la mitad se registró problemática social.

Estos resultados son muy similares al único estudio al que pudimos tener acceso para comparar nuestra muestra. Este concluyó que en su muestra el perfil sociodemográfico era de pacientes varones, solteros, viudos o divorciados. La edad media para ellos fue de $46'5 \pm 17$ años. Estos resultados son bastante similares a los que se han encontrado en nuestra muestra, sin embargo para ellos la situación de convivencia predominante fue el vivir solo y encontraron un porcentaje mayor de problemática social en el entorno de esos pacientes.³⁰

1.1.2. PERFIL CLÍNICO ASISTENCIAL

La mayor parte de la muestra presentaba antecedentes psiquiátricos personales (84'6%) y solo en un 24'4 % se registraron antecedentes psiquiátricos familiares. El 57'7% había requerido ingresos previos en unidades de hospitalización y el 64'1% ya tenía pautado algún tipo de psicofármaco previo al ingreso. Lo encontrado en esta muestra son porcentajes ligeramente a los que encontraron Christodoulou et al. en su estudio, para los que también predominaba la presencia de antecedentes psiquiátricos, pero registraron que un 57% no había requerido ingresos en unidades psiquiátricas antes.³⁰ En la mayor parte de los casos había antecedentes médico quirúrgicos previos (73%).

La causa más prevalente de ingreso es el intento autolítico (58'9%), siendo en estos casos el método más frecuentemente empleado la sobreingesta farmacológica (69'5% de los intentos autolíticos). Esto concordaría con los resultados de Christodoulou et al.³⁰ Es por esto que el diagnóstico médico quirúrgico más prevalente al traslado fue el de sobreingesta medicamentosa (39'7%)

El motivo principal de traslado fue por indicación de la UPPE tras estabilización de los pacientes después de una situación de riesgo vital por intento autolítico (61'5%). El servicio de procedencia era mayormente de la UCI (46 %). Esto difiere del estudio de Christodoulou et al, en el que la mayor parte eran traslados desde plantas médicas.³⁰

En nuestro estudio un 38'5% de los traslados requirieron en su asistencia la implicación de más servicios, además de psiquiatría y de su unidad de origen. Un 11'5 de los ingresos se realizaron de forma involuntarias y en un 9% de las ocasiones se requirió contención mecánica.

La estancia media hospitalaria fue de 24 ± 14 días, lo cual es bastante similar a la estancia media calculada por Christodoulou et al, que en su caso fue de 26 ± 21 días.³⁰ También se ha calcula el tiempo medio que duró el ingreso en la unidad de hospitalización de adulto, siendo este de 17 ± 12 días.

El diagnóstico psiquiátrico más prevalente al alta fueron los trastornos afectivos (28'2 %), depresión principalmente. Esto concuerda con los resultados de Christodoulou et al, que encontraron que la mayor prevalencia en el diagnóstico psiquiátrico principal la tenían los trastornos del ánimo (26'5 %).³⁰ En el 51% de los traslados se registró un diagnóstico psiquiátrico secundario, entre los cuales el más prevalente fue el consumo de sustancias.

En el 91% de las alta el motivo fue curación o mejoría. Prácticamente en la totalidad se indicaba continuar un seguimiento de la patología psiquiátrica y un tratamiento con psicofármacos. El recurso más indicado para continuar la asistencia fueron los centros de salud mental (35%) y la combinación de tratamientos más pautada (32%) fue antidepressivo más benzodiazepina más antipsicótico. En el 32% de los informes de alta también se especifico el seguimiento médico quirúrgico.

1.2. TRASLADOS UHA - UPPE

1.2.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

El sexo masculino era ligeramente superior porcentualmente (52'6%). La nacionalidad era principalmente española (94'7%). La mayor parte de la muestra estaba en el grupo entre 40 - 64 años (39'5%), siendo la edad media de 61 ± 17 años. 79% estaban jubilados, en situación de desempleo, de incapacidad o se ocupaban de tareas domésticas. El tipo de convivencia predominante de la muestra fue convivir con algún familiar o con la pareja (52'6%). Respecto al estado civil predomina el perfil de soltero, divorciados o viudos (79%). En un 44'7% se registró problemática social.

1.2.2. PERFIL CLÍNICO ASISTENCIAL

La mayor parte de la muestra presentaba antecedentes psiquiátricos personales (68'5%) y solo en un 15'8 % se registraron antecedentes psiquiátricos familiares. El 39'5% había requerido ingresos previos en unidades de hospitalización y el 63'2% ya tenía pautado algún tipo de psicofármaco previo al ingreso. En la mayor parte de los casos había antecedentes médico quirúrgicos previos (94'7%).

La causa más prevalente de ingreso fue la presencia de sintomatología depresiva (21%). El ingreso se realizó mayormente desde urgencias (86'8%), a donde la mayoría acudía de forma “estándar” (57'6%), sin ser derivados por su MAP ni de otro centro. Este ingreso fue involuntario hasta en el 50% de las ocasiones.

En nuestro estudio un 47'4% de los traslados requirieron en su asistencia la implicación de más servicios, además de psiquiatría y de su unidad de destino. En un 13'2% de las ocasiones se requirió contención mecánica.

La estancia media de ingreso en la unidad de psiquiatría fue de 10 ± 11 días

El diagnóstico psiquiátrico más prevalente al alta fueron los trastornos afectivos depresivos (26'3%). En el 36'8% de los traslados se registró un diagnóstico psiquiátrico secundario, entre los cuales el más prevalente fue el consumo de sustancias.

El diagnóstico médico quirúrgico más prevalente previo al traslado fue el de infección (21%). El motivo principal de traslado fue por necesidad de un tratamiento más especializado del que se podía proporcionar en la unidad de hospitalización de psiquiatría (34'2%). Se realizó el traslado principalmente a plantas de especialidades médicas (76'3%) siendo la de mayor importancia Medicina Interna.

En el 65'8% de las ocasiones se indicó en el informe de traslado continuar asistencia a cargo de la UPPE. En el 84'2% se indicó una pauta de tratamiento psicofarmacológico a seguir, siendo el tipo de fármaco más prevalente entre las indicaciones los antipsicóticos (37'5%).

2. LIMITACIONES

El perfil de interacciones del servicio de psiquiatría a través de la unidad de psiquiatría psicosomática y de enlace con el resto de especialidades hospitalarias ha sido escasamente estudiada hasta el momento. Consecuentemente la literatura previa revisada es escasa y los estudios previos revisados pueden no tener la consistencia científica suficiente para considerarse concluyentes. Hay que señalar que una limitación a la comparativa entre los diferentes estudios revisados es la distinta organización interna, tanto a nivel de personal como de estructuras intrahospitalarias, de los servicios entre los distintos modelos sanitarios que han publicado revisiones al respecto.

Este estudio se ha realizado sin una base de datos previa, desarrollándose una a partir del conjunto mínimo básico de datos extraído de los informes de alta de los pacientes, no de su historia clínica completa, los cuales en ocasiones había datos que no especificaban correctamente y por lo cual se ha llegado a no evaluar alguna variable (como el nivel de estudios) y a tener una falta de registros en algunas otras.

3. CONCLUSIONES

- Sobre el total de 1952 ingresos en la UHA que se registraron entre los años 2015 y 2019, los 38 traslados a otras unidades representan el 1'9% del total, mientras que los procedentes de otras plantas constituyen el 4% de los ingresos.
- En el grupo de traslados UPPE - UHA, la mayoría procedían de la UCI (46'2%). Entre los motivos de ingreso había destacado el intento autolítico (58'9%), entre los cuales el método más utilizado fue la sobreingesta medicamentosa (69'6%). El motivo de traslado más prevalente fue por indicación de la UPPE tras estabilización del riesgo vital (61'5%).
- En el grupo de traslados UHA - UPPE la mayoría fueron llevados a plantas médicas (76'3%), entre las que destaca el servicio de Medicina Interna (72'4%). El motivo de traslado que más se repitió fue la necesidad de un tratamiento más especializado del que se podía garantizar en la UHA (34'2%)
- En ambos grupos encontramos un perfil sociodemográfico similar, siendo la parte más prevalente hombres, entre 40 y 65 años, españoles, sin actividad laboral, convivientes con familiares y sin pareja (solteros, viudos o divorciados). En ambos grupos en torno a la mitad de la muestra presentaba problemática social.
- Se encontró que la mayor parte de ambos grupos presentaban antecedentes psiquiátricos y antecedentes médico quirúrgicos, siendo más prevalentes estos segundos.
- En ambos, el diagnóstico psiquiátrico principal más prevalente fue el trastorno afectivo depresivo y entre aquellos que presentaban un diagnóstico psiquiátrico secundario, el que más se repetía fue el el abuso de sustancias.
- La escasez de estudios previos en este campo y la importancia de estos pacientes con comorbilidad por la repercusión sobre la calidad y costes de su atención indican una necesidad de seguir estudiando este tipo de perfiles para mejorar la atención de los mismos. Se espera que el presente estudio pueda ayudar a futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young DC. Mens Sana in Corpore Sano ? Body and Mind in Ancient Greece. 2005; 22 (1) : 22–41.
2. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
3. Plan Salud mental Aragon 2017 - 2021. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PlanSaludMental_Aragon_2017_2021.pdf/7efb948f-3e16-9d8e-a545-ed319043054b
4. Davydow DS, H MP, Katon JG, Ph D, Rollman BL, H MP, et al. Improving mental and physical health outcomes in general healthcare settings : a Gedenkschrift in honor of Wayne Katon. Gen Hosp Psychiatry. Elsevier Inc.; 2015; 37(5): 375–386.
5. Park S, Lee J, Lee E, Song J, Park H, Hwang S, et al. Development of the Suicide Risk Scale for Medical Inpatients. J Korean Med Sci. 2018; 33(3): 1–11.
6. Sánchez R, Baillès E, Bastidas A, Lligoña A, Herranz S, Pérez V. Clinical profile of inpatients referred to a consultation-liaison psychiatry service: an observational study assessing changes over a 10-year- period. Actas Esp Psiquiatr. 2018; 46(2): 58–67.
7. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29-04-1986, núm. 102.
8. [zaragoza3.es](http://www.zaragoza3.es) [Internet] Zaragoza: Salud; 2018. Disponible en: http://www.zaragoza3.es/Gerencia/Poblacion/pob_sector.htm
9. Cervero S. Patología dual en una unidad de hospitalización de adultos de psiquiatría: Características generales del perfil clínico - asistencial durante los años 2015 y 2016. Unizar. 2017.
10. Campos R. Prólogo: Las Unidades de Hospitalización de Adultos, por un futuro más brillante. En: Cuevas JM, Serrano A, Rodriguez MJ, Baladón L, autores del libro. Hospitalización psiquiátrica breve. 1ª edición. España: Editorial Panamérica; 2020.
11. Avila D. Qué es la comorbilidad. Revista Chilena de Epilepsia. 2007; (1): 49 – 51.
12. Maj M. “ Psychiatric comorbidity ”: an artefact of current diagnostic systems?. British Journal of psychiatry. 2005; (186) 182–184.
13. Aragona M. The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2009; 16(1): 1–11.

14. Jakovljevic M, Crncevic Z. Comorbidity as an epistemological challenge to modern psychiatry. *Dial Phil Ment Neuro Sci* 2012; 5 (1): 1 - 13.
15. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Ann Fam Med*. 2009; 7: 357-363.
16. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *BioMed Research International*. 2015; 1(1): 1-4.
17. Jakovljevic M, Borovecki F. Epigenetics, resiliencia, comorbidity. *Psychiatria Danubina*. 2018; 30(3): 242–253.
18. Chrischilles E, Schneider K, Wilwert J, Lessman G, Donnell BO, Gryzlak B, et al. Beyond Comorbidity, Expanding the Definition and Measurement of Complexity Among Older Adults Using Administrative Claims Data. *Med Care*. 2014; 52(3): 75–84.
19. Latorre P, Laporta MI, Navalón V, Vives E, Diez T. Estudio sobre comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría. En: Pérez-Fuentes MC, Gázquez J, Molero M et al, directores. *Avances en investigación en salud a lo largo del ciclo vital*. Vol II. España. ASUNIVEP; 2018. 35 - 40.
20. Pezzia C, Pugh JA, Lanham HJ, Leykum LK. Psychiatric consultation requests by inpatient medical teams : an observational study. *BMC Health Services Research*. 2018; 18 (336): 1–9.
21. Grauers T, Bebe A, Køster-rasmussen R, Ejg D, Dorrit A, Boch F et al. The role of diseases , risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2016; 34(2): 112–21.
22. Editorial. Complexity, case-mix and rehabilitation: the importance of a holistic model of illness. *Clinical Rehabilitation* 2011; 25: 387–395
23. Lobo E, Ventura T, Navio M, et al. Identification of components of health complexity on internal medicine units by means of the INTERMED method. *Int J Clin Pract*. 2015; 69(11):1377–1386.
24. Latorre P. Comorbilidad médico psiquiátrica en pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría. Frecuencia, perfil de gravedad y necesidades asistenciales. Tesis doctoral: Universidad de Zaragoza. 2020.

25. Koppman A. Ethics consultation and liaison psychiatry. *Rev Med Clin Condes*. 2017; 28(6): 949-955
26. Lobo A, Rabanaque I, Blanch J, et al. The development of psychosomatic and Liaison Psychiatry units in Spain: A national enquiry. *J Psychosom Res*. 2019; 125.
27. Cortina M. Comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes ingresados en el hospital general y atendidos en una unidad de Psiquiatría Psicósomática y de enlace (UPPE). Frecuencia, perfil de gravedad y necesidades asistenciales. Tesis doctoral: Universidad de Zaragoza. 2016
28. Servicio de Psiquiatría Hospital Clínico Lozano Blesa. Protocolo para prevención de riesgo de suicidio de personas ingresadas en plantas médico quirúrgicas. Criterios de ingreso en UHA
29. Kathol RG, Yasuhiro K. Integrating Medical and Psychiatric Treatment in an Inpatient Medical Setting. The Type IV Program. *Psychosomatics*. 1999; 40 (4): 345 - 355.
30. Christodoulou C, Fineti K, Douzenis A, Moussas G, Michopoulos I, Lykouras L. Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service : 11 years of experience. *Annals of General Psychiatry*. 2008; 7(10): 1 - 7

ANEXO I

TRASLADOS UPPE - UHA

1.1. TABLAS CORRESPONDIENTES A LOS RESULTADOS EN LOS TRASLADOS UPPE - UHA

TABLA 0. PESO SOBRE EL TOTAL INGRESOS UHA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Traslados	8	12	18	22	18	78
Total Ingresos UHA	429	415	396	356	356	1952
%	1'9%	2'9%	4'55%	6'18%	5'1%	4 %

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
HOMBRES	5	8	11	11	13	48	64'9%
MUJERES	3	4	5	10	4	26	35'1%
TOTAL	8	12	16	21	17	74	100 %

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NACIONALIDAD

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
España	8	11	13	18	13	63	85'1%
Otras nacionalidades	0	1	3	3	4	11	14'9%
TOTAL	8	12	16	21	17	74	100 %

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN EXTRANJERA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
América (Sudamérica y America Central)	0	1	1	1	3	6	54'5%
Europa del Este	0	0	0	2	1	3	27'3%
Europa Central	0	0	1	0	0	1	9'1%
Asia	0	0	1	0	0	1	9'1%
	0	1	3	3	4	11	100 %

TABLA 4. PAÍSES EXTRANJEROS

	2015	2016	2017	2018	2019
Uruguay	0	0	0	0	1
Chile	0	0	0	0	1
Republica Dominicana	0	0	0	0	1
Bulgaria	0	0	0	0	1
Perú	0	0	0	1	0
Rumania	0	0	0	2	0
Pakistan	0	0	1	0	0
Venezuela	0	0	1	0	0
Cuba	0	1	0	0	0
Alemania	0	0	1	0	0

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Adulto joven (18 - 39 años)	1	3	3	7	3	17	21'8%
Adulto medio (40 - 64 años)	6	6	11	10	9	42	53'8%
Adulto mayor (65 - 79 años)	1	2	3	5	5	16	20'5%
Anciano edad avanzada (> 80 años)	0	1	1	0	1	3	3'9%
TOTAL	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Casado / Pareja	1	3	4	9	8	25	32'1%
Soltero	2	4	10	4	5	25	32'1%
Divorciado	2	3	3	3	3	14	17'9%
NC	2	2	1	5	2	12	15'4%
Viudo	1	0	0	1	0	2	2'5%
TOTAL	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 7. SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Jubilado	2	3	4	3	4	16	20'5%
Incapacidad	1	0	4	5	5	15	19'2%
Desempleo	1	3	5	4	2	15	19'2%
Activo	0	2	5	3	4	14	17'9%
NC	3	2	0	2	2	9	11'5%
Labores del hogar	0	2	0	4	1	7	9 %
Otro	1	0	0	1	0	2	2'6%
TOTAL	6	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONVIVENCIA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Solos	2	6	4	5	4	21	27 %
Padres y / o hermanos	3	0	8	1	2	14	17'9%
Cónyuge / Pareja	0	1	1	3	5	10	12'8%
Cónyuge e hijos	0	2	1	4	2	9	11'5%
Institución	2	2	1	2	2	9	11'5%
Otros	1	0	2	4	1	8	10'3%
NC	0	1	0	1	2	4	5'1%
Hijos	0	0	1	1	0	2	2'6%
Familia extensa	0	0	0	1	0	1	1'3%
TOTAL	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 9. PRESENCIA DE PROBLEMÁTICA SOCIAL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
SI	3	5	10	17	4	39	50 %
NO	5	7	8	5	14	39	50 %
TOTAL	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTACTOS PREVIOS CON PSIQUIATRÍA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Diagnóstico previo	7	11	15	20	13	66	84'6%
Seguimiento por USM	7	7	11	11	9	45	57'7%
Ingresos previos en UHA	5	10	9	11	10	45	57'7%
Ningún tipo de contacto previo con salud mental	1	1	3	2	5	12	15'4%
Tratamiento psiquiátrico previo	7	7	13	12	11	50	64'1%

TABLA 11. PRESENCIA DE ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
SI	1	1	8	6	3	19	24'4%
NO	7	11	10	16	15	59	75'6%
TOTAL	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 12. PRESENCIA DE ANTECEDENTES MÉDICO QUIRÚRGICOS

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
SI	7	6	16	14	14	57	73 %
NO	1	6	2	8	4	21	27 %
TOTAL	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 13. MOTIVO DEL INGRESO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Intento Autolítico	4	7	12	14	9	46	58'9%
Síndrome Confusional Agudo	1	0	1	0	3	5	6'4%
Disminución nivel conciencia	0	2	1	1	1	5	6'4%
Descompensación hepática	1	0	2	0	0	3	3'9%
Deterioro cognitivo	0	1	0	1	0	2	2'6%
Infección	1	0	0	0	1	2	2'6%
TCE	0	0	0	1	1	2	2'6%
Cirugía Obesidad	1	0	0	0	0	1	1'3%
Crisis tónico clónica	0	1	0	0	0	1	1'3%
Deshidratación	0	1	0	0	0	1	1'3%
Dolor abdominal	0	0	1	0	0	1	1'3%
Agitación psicomotriz	0	0	1	0	0	1	1'3%
Cuadro suboclusivo	0	0	0	1	0	1	1'3%
Angina refractaria	0	0	0	1	0	1	1'3%
Caquexia	0	0	0	1	0	1	1'3%
Anorexia fóbica	0	0	0	1	0	1	1'3%
Caida	0	0	0	1	0	1	1'3%
Parto	0	0	0	0	1	1	1'3%
Anemia ferropénica intensa	0	0	0	0	1	1	1'3%
NC	0	0	0	0	1	1	1'3%
	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 14. TIPOS INTENTO AUTOLÍTICO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Fármacos	3	5	10	10	4	32	69'6%
Arma blanca	0	1	1	1	3	6	13 %
Precipitación	1	0	0	1	2	4	8'7%
Arma de fuego	0	1	0	1	0	2	4'3%
Ahorcamiento	0	0	1	0	0	1	2'2%
Pesticidas	0	0	0	1	0	1	2'2%
	4	7	12	14	9	46	100 %

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN SEGÚN VOLUNTARIEDAD DEL INGRESO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
VOLUNTARIO	6	11	17	20	15	69	88'5%
INVOLUNTARIO	2	1	1	2	3	9	11'5%
TOTAL	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 16. NECESIDAD DE CONTENCIÓN MECÁNICA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
SI	1	1	3	0	2	7	9 %
NO	7	11	15	22	16	71	91 %
TOTAL	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 17. TIEMPO EN DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

2015	2016	2017	2018	2019
38	10	13	8	23
36	6	24	43	38
25	20	46	3	22
24	52	32	34	19
22	6	15	13	14
18	11	21	29	14
17	18	4	17	12
14	14	39	29	33
	40	26	20	21
	16	16	41	5
	43	25	11	3
	48	46	13	54
		33	12	NO CONSTA
		10	30	56
		21	42	23
		20	1	15
		15	51	26
		3	15	25
			33	
			NO CONSTA	
			69	
			19	

TABLA 18. TIEMPO EN DÍAS DE ESTANCIA EN UHA

2015	2016	2017	2018	2019
22	48	NC	8	11
NC	8	37	26	29
NC	9	18	29	4
15	3	8	22	20
15	17	1	13	10
15	3	NC	10	NC
16	18	22	2	NC
31	9	NC	1	21
	39	19	NC	16
	14	6	36	2
	42	23	7	NC
	NC	23	11	50
		17	2	3
		7	19	14
		NC	35	17
		16	1	13
		12	30	21
		1	13	17
			31	
			NC	
			56	
			13	

TABLA 19. NÚMERO DE SERVICIOS IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
1 Servicio	4	9	10	15	10	48	61'5%
2 Servicios	2	2	5	1	5	15	19'2%
3 Servicios	1	1	3	2	1	8	10'3%
4 o > Servicios	1	0	0	4	2	7	9 %
	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 20. MOTIVO DEL TRASLADO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Indicación UPPE por estabilización tras situación riesgo vital	4	8	12	14	10	48	61'5%
Clínica psicótica	0	1	1	2	4	8	10'3%
Alteraciones conductuales	1	1	1	2	2	7	9 %
Manifestación clínica depresiva	0	2	2	0	0	4	5'1%
Problemas con sustancias	0	0	1	1	1	3	3'9%
Clínica maniaca	1	0	0	2	0	3	3'9%
Riesgo autolítico	1	0	1	0	0	2	2'6%
Clínica disociativa	0	0	0	0	1	1	1'3%
Regular tratamiento psicofarmacológico	1	0	0	0	0	1	1'3%
Ideas obsesivas	0	0	0	1	0	1	1'3%
	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 21. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SERVICIO DE PROCEDENCIA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL		%
UCI	3	7	11	10	5	36	UCI 36 pacientes	46'2%
M.I.	2	3	5	7	5	22	Especialidades Médicas 28 pacientes	35'8%
Infeciosos	1	0	0	0	1	2		
Neurología	0	1	0	0	1	2		
Digestivo	0	0	1	0	0	1		
Cardiología	0	0	0	1	0	1		
Cirugía General	1	1	1	1	1	5	Especialidades quirúrgicas 12 pacientes	15'4%
Neurocirugía	0	0	0	2	2	4		
Traumatología	1	0	0	0	1	2		
Cirugía Plástica	0	0	0	1	0	1		
Obstetricia	0	0	0	0	1	1	Médico Quirúrgicas 2 pacientes	2'6%
ORL	0	0	0	0	1	1		
	8	12	18	22	18	78		100 %

TABLA 22. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Trastorno depresivo	1	5	3	6	7	22	28'2%
Trastorno Bipolar	2	2	1	2	1	8	10'3%
Trastorno personalidad	1	2	2	2	0	7	9 %
Reacción vivencial anómala	1	0	2	4	0	7	9 %
Esquizofrenia	1	1	2	1	2	7	9 %
Trastorno Esquizoafectivo	1	0	2	1	1	5	6'4%
Abuso de sustancias	0	0	1	3	1	5	6'4%
Trastorno Ideas delirantes persistentes	0	0	0	1	3	4	5'1%
Trastorno cognitivo	1	1	2	0	0	4	5'1%
Trastorno adaptativo	0	1	1	1	0	3	3'9%
Trastorno disociativo	0	0	1	0	1	2	2'6%
Episodio psicótico agudo	0	0	0	0	2	2	2'6%
Trastorno obsesivo	0	0	0	1	0	1	1'3%
Trastorno dolor somatomorfo	0	0	1	0	0	1	1'3%
	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 23. SEGÚN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO SECUNDARIO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Sin diagnóstico secundario	3	7	8	9	11	38	48'7%
Consumo patológico sustancias / alcohol	3	3	6	2	3	17	21'8%
Trastorno personalidad	1	1	2	6	2	12	15'4%
Deterioro neurocognitivo	0	0	1	2	0	3	3'9%
Trastorno ideas delirantes persistentes	1	1	0	0	0	2	2'6%
Trastorno obsesivo compulsivo	0	0	0	0	1	1	1'3%
Cuadro confusional agudo	0	0	0	1	1	2	2'6%
Distimia	0	0	1	1	0	2	2'6%
Trastorno de la conducta alimentaria	0	0	0	1	0	1	1'3%
	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 24. DIAGNÓSTICO MÉDICO-QUIRÚRGICO PRINCIPAL DURANTE EL INGRESO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Sobreingesta medicamentosa	3	6	10	9	3	31	39'7%
No Consta / No filiado	0	0	1	0	4	5	6'4%
Deterioro cognitivo	1	1	0	2	1	5	6'4%
Lesión arma blanca	0	1	1	0	3	5	6'4%
Infección	1	1	0	2	1	5	6'4%
Desnutrición / Deshidratación	0	1	1	2	0	4	5'1%
Politraumatismo	1	0	0	1	1	3	3'9%
TCE	0	0	0	1	2	3	3'9%
Hepatopatía crónica	1	0	2	0	0	3	3'9%
Lesión arma fuego	0	1	0	1	0	2	2'6%
Trastorno metabólico	0	1	1	0	0	2	2'6%
Intoxicación enólica grave	0	0	0	1	1	2	2'6%
Hipoxia traumática	0	0	1	0	1	2	2'6%
Obesidad	1	0	0	0	0	1	1'3%
Parto	0	0	0	0	1	1	1'3%
Cuadro suboclusivo	0	0	0	1	0	1	1'3%
Enfermedad coronaria	0	0	0	1	0	1	1'3%
Intoxicación organofosforados	0	0	0	1	0	1	1'3%
Intoxicación litio (involuntaria)	0	0	1	0	0	1	1'3%
	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 25. TIPO DE ALTA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Curación / Mejoría	8	10	16	20	17	71	91 %
Alta voluntaria	0	1	2	2	0	5	6'4%
A otra planta	0	1	0	0	1	2	2'6%
	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 26. CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGUIMIENTO TRAS ALTA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Pauta tratamiento psiquiátrico al alta	8	12	18	22	18	78	100 %
Seguimiento	8	12	17	22	18	77	98'7%

TABLA 27. RECURSO DE SEGUIMIENTO AL ALTA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Centro Salud Mental	0	4	4	12	7	27	35 %
CCEE	1	4	6	5	2	18	23'3%
Psiquiatra referencia	2	1	3	2	2	10	13 %
Hospital de día	0	2	2	1	3	8	10'4%
Residencia / Institución especializada	3	1	1	1	2	8	10'4%
Comunidad terapéutica	1	0	1	1	1	4	5'2%
UPPE	1	0	0	0	1	2	2'6%
	8	12	17	22	17	77	100 %

TABLA 28. TIPO TRATAMIENTO AL ALTA

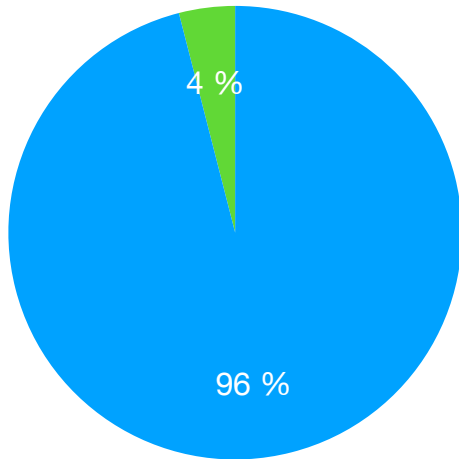
	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Antidepresivo+ Benzodiacepina + Antipsicótico	1	3	6	10	5	25	32 %
Antipsicótico + benzodiacepina	1	2	2	4	3	12	15'4%
Antidepresivo + Benzodiacepina	1	1	3	3	2	10	12'8%
Antipsicótico	2	0	3	2	1	8	10'3%
Antidepresivo+ Benzodiacepina + Antiepiléptico	2	2	0	0	0	4	5'1%
Benzodiacepina + Antipsicótico + Antiepiléptico	0	1	0	0	2	3	3'9%
Incluye Antabús en la pauta	0	0	2	1	0	3	3'9%
Incluye Litio en la pauta	1	1	1	0	0	3	3'9%
No se especifica la pauta de tratamiento	0	0	0	2	1	3	3'9%
Antidepresivo + Antipsicótico	0	0	0	0	2	2	2'6%
Benzodiacepina	0	0	1	0	1	2	2'6%
Incluye Metadona en la pauta	0	0	0	0	1	1	1'3%
AD + Antipsicótico	0	1	0	0	0	1	1'3%
AD + Antipsicótico + Antiepiléptico	0	1	0	0	0	1	1'3%
	8	12	18	22	18	78	100 %

TABLA 29. INDICACIÓN DE SEGUIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Si	2	1	4	8	10	25	32 %
No	6	11	14	14	8	53	68 %
	8	12	18	22	18	78	100 %

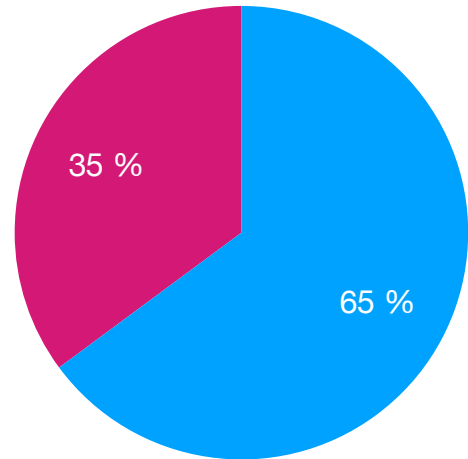
1.2. GRÁFICAS CORRESPONDIENTES A LOS RESULTADOS EN LOS TRASLADOS UPPE - UHA

● Resto ingresos UHA
● Traslados UPPE - UHA



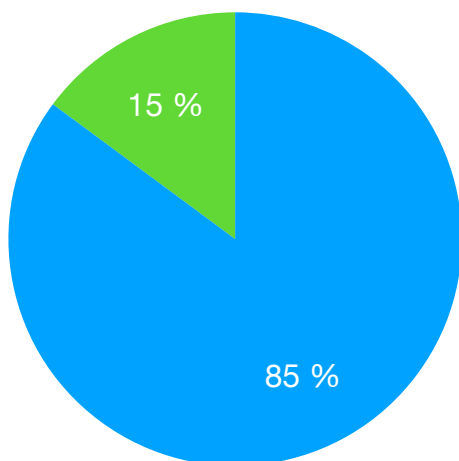
Gráfica 0. Peso sobre el total ingresos UHA

● Hombres
● Mujeres



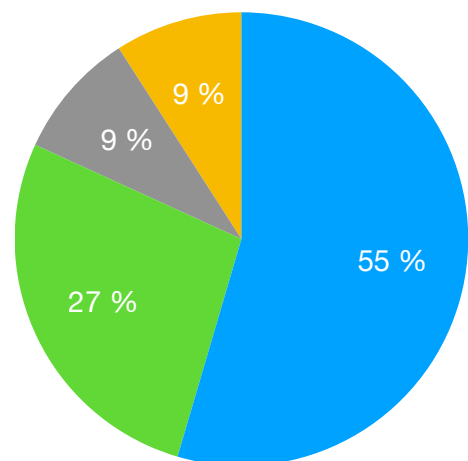
Gráfica 1. Distribución según sexo

● España
● Otro país



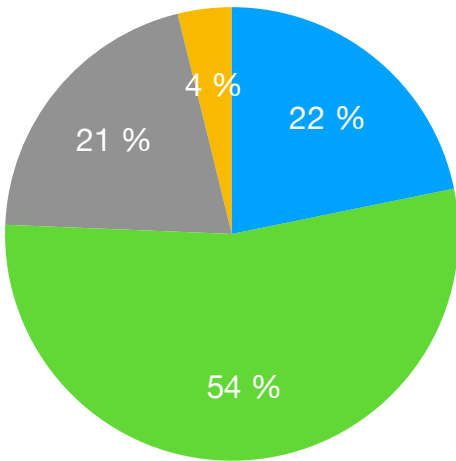
Gráfica 2. Distribución según nacionalidad

● América
● Europa Central
● Europa del Este
● Asia



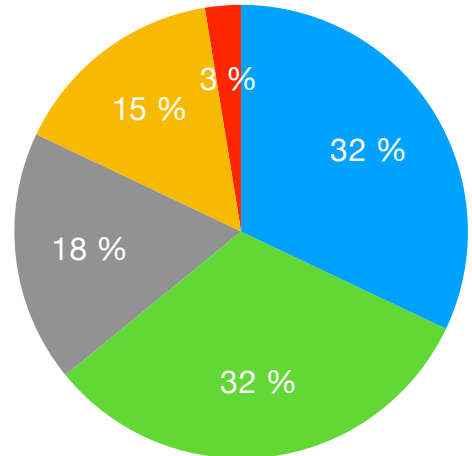
Gráfica 3. Distribución según país de origen

- Adulto Joven
- Adulto Medio
- Adulto Mayor
- Anciano edad avanzada



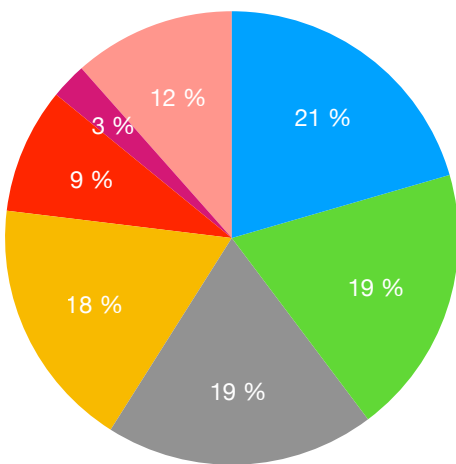
Gráfica 4. Distribución según grupos de edad

- Casado / Pareja
- Soltero
- Divorciado
- NC
- Viudo



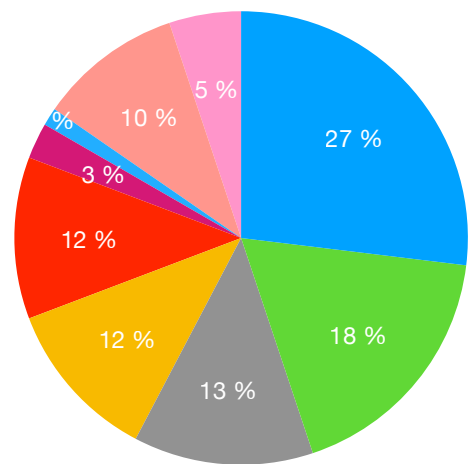
Gráfica 5. Distribución según estado civil

- Jubilado
- Incapacitado
- Desempleado
- Activo
- Labores domésticas
- Otro
- No Consta



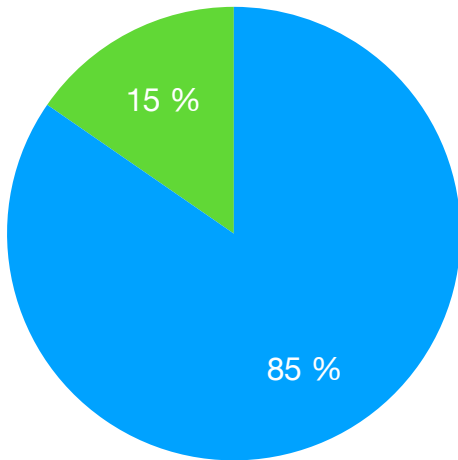
Gráfica 6. Distribución según actividad laboral

- Solos
- Padres y / o hermanos
- Pareja
- Cónyuge e hijos
- Institución
- Hijos
- Familia extensa
- Otros
- NC



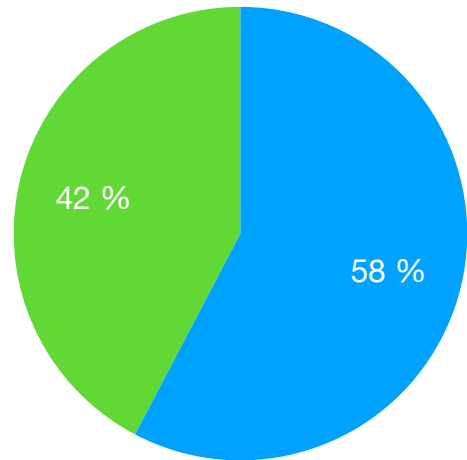
Gráfica 7. Distribución según convivencia

- Con diagnóstico previo
- Sin diagnóstico previo



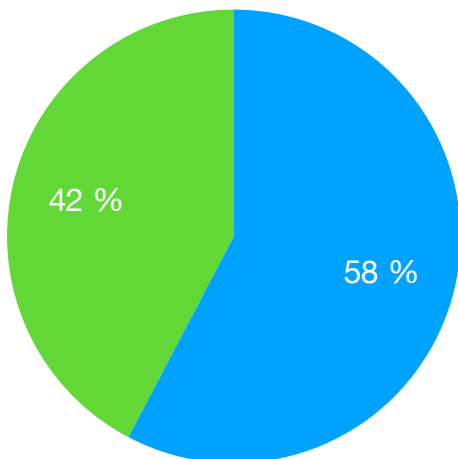
Gráfica 8. Distribución según diagnóstico previo psiquiátrico

- Seguimiento previo USM
- Sin seguimiento previo USM



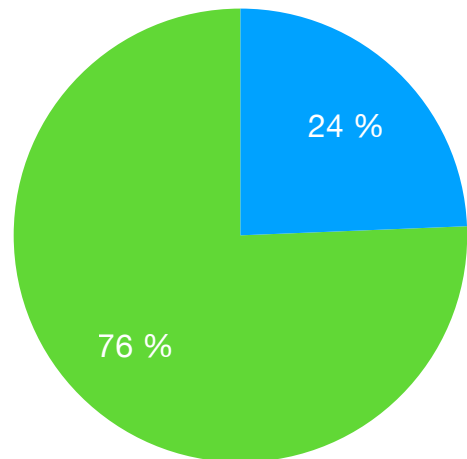
Gráfica 9: Distribución según seguimiento previo por USM

- Ingresos previos
- Sin Ingresos previos



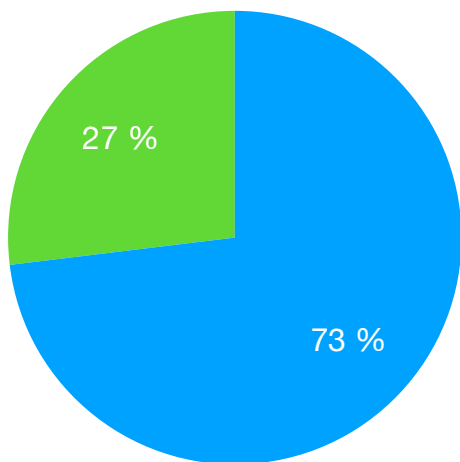
Gráfica 10. Distribución según ingresos previos en UHA

- Antecedentes psiq familiares
- No antecedentes familiares



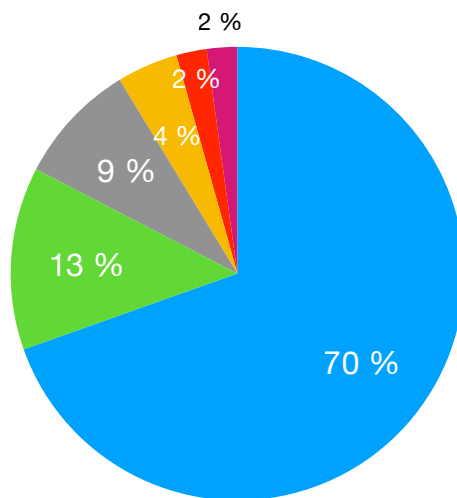
Gráfica 11. Distribución según presencia de antecedentes psiquiátricos familiares

- Presencia antecedentes medico quirúrgicas
- Sin antecedentes médico quirúrgicos



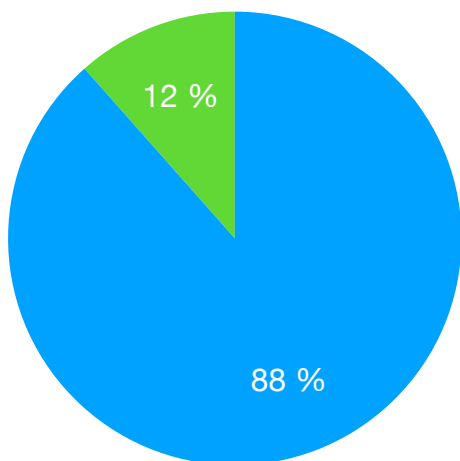
Gráfica 12. Distribución según presencia de antecedentes médico quirúrgicos

- Fármacos
- Arma Fuego
- Arma Blanca
- Ahorcamiento
- Precipitación
- Pesticidas



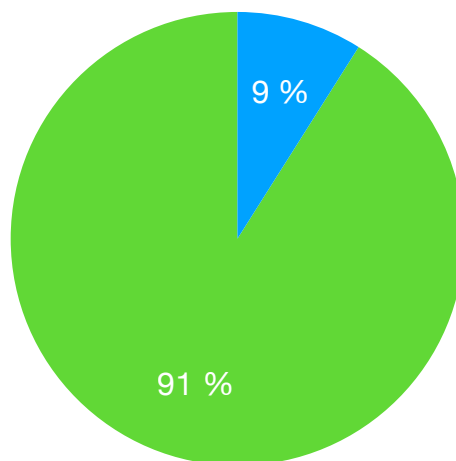
Gráfica 13. Distribución según el tipo de intento autolítico

- Voluntario
- Involuntario



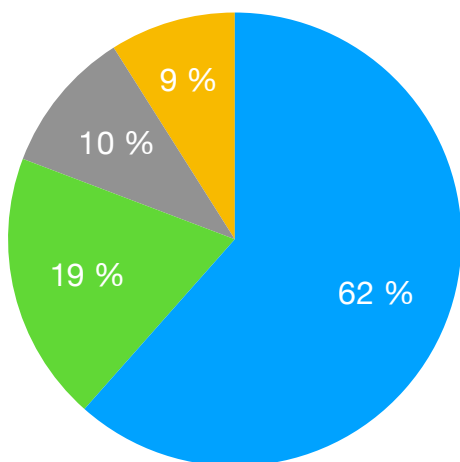
Gráfica 14. Distribución según la voluntariedad del ingreso

- Necesitan contención mecánica
- Sin necesidad de contención



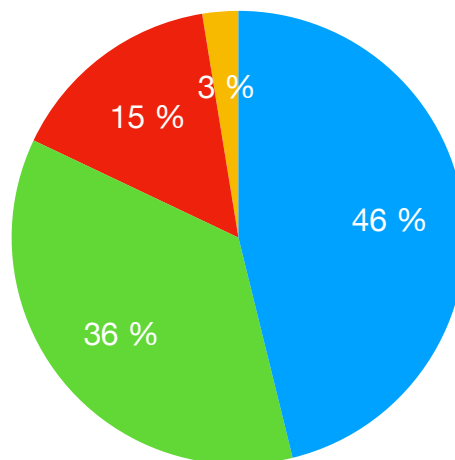
Gráfica 15. Distribución según la necesidad de contención mecánica

- 1 servicio
- 2 servicios
- 3 o más servicios
- 4 o más servicios



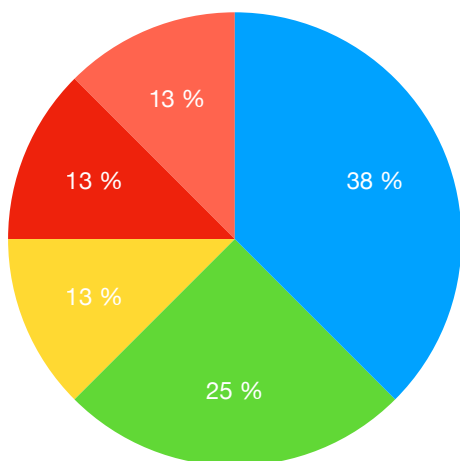
Gráfica 16.
Distribución según
número de servicios
implicados

- UCI
- Quirúrgicas
- Médicas
- Médico Quirúrgicas



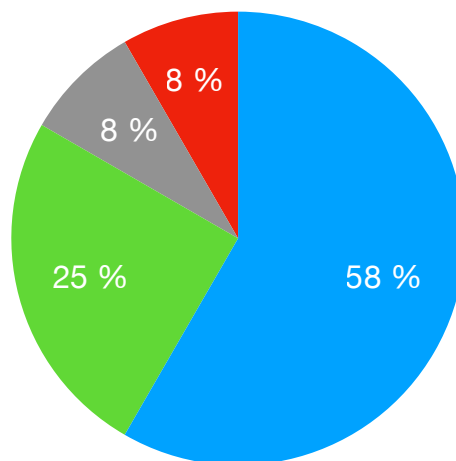
Gráfica 17. Distribución
según servicios de
procedencia

- UCI
- Cirugía General
- M.Interna
- Traumatología
- Infecciosas

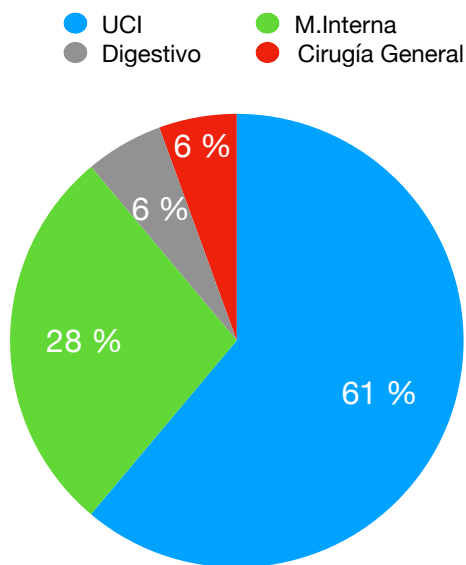


Gráfica 18 : Distribución
según servicio del que se
traslada 2015

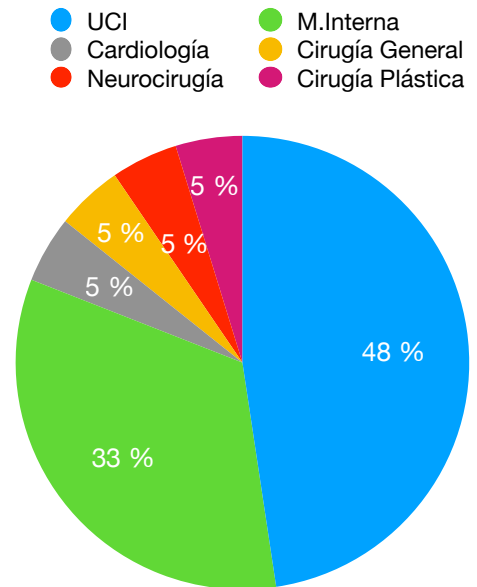
- UCI
- Neurología
- M.Interna
- Cirugía General



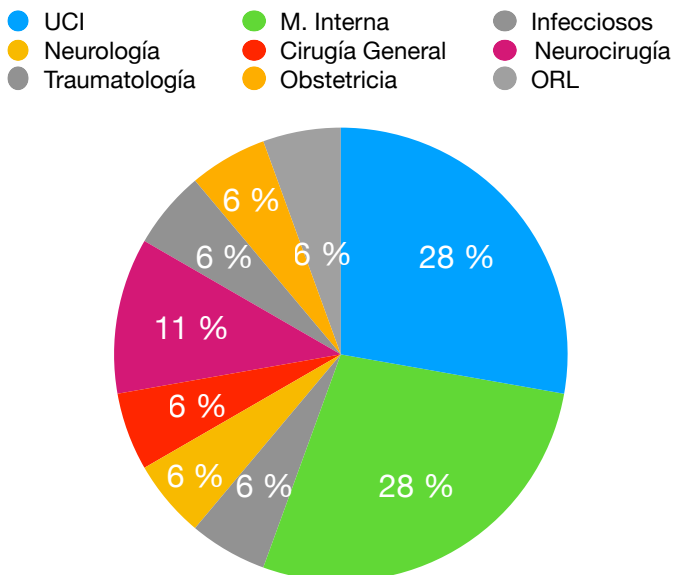
Gráfica 19 : Distribución
según servicio del que se
traslada 2016



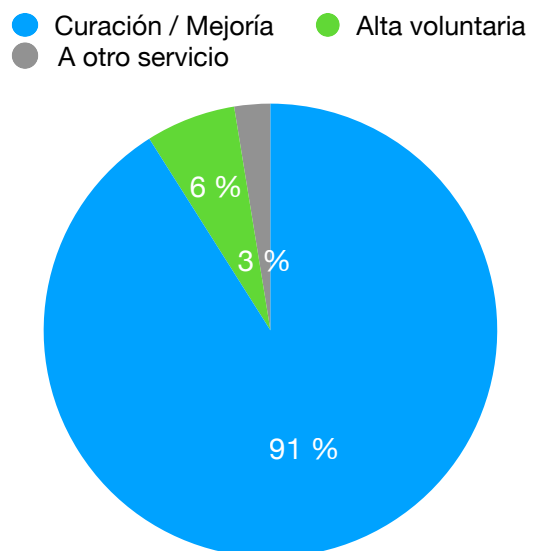
Gráfica 20 : Distribución según servicio del que se traslada 2017



Gráfica 21 : Distribución según servicio del que se traslada 2019



Gráfica 22 : Distribución según servicio del que se traslada 2019



Gráfica 23. Distribución según tipo de alta

ANEXO II

TRASLADOS UHA - UPPE

2.1. TABLAS CORRESPONDIENTES A LOS RESULTADOS EN LOS TRASLADOS UHA - UPPE

TABLA 0. PESO SOBRE EL TOTAL INGRESOS UHA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Traslados	8	9	8	5	8	38
Total Ingresos UHA	429	415	396	356	356	1952
%	1'9%	2'2%	2 %	1'4%	2'2%	1'9%

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
HOMBRES	4	5	5	1	5	20	52'6%
MUJERES	4	4	3	4	3	18	47'4%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NACIONALIDAD

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
España	7	9	8	5	7	36	94'7%
Otra Nacionalidad	1	0	0	0	1	2	5'3%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Adulto joven (18 - 39 años)	1	0	2	0	1	4	10'5%
Adulto medio (40 - 64 años)	2	4	3	1	4	14	36'8%
Adulto mayor (65 - 79 años)	3	5	1	4	2	15	39'4%
Anciano edad avanzada (> 80 años)	2	0	2	0	1	5	13'3%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 4. TOTAL EDADES

2015	2016	2017	2018	2019
30	40	23	57	38
47	46	29	68	46
57	51	40	68	46
69	60	46	70	48
73	68	56	79	62
79	68	77		77
80	70	80		79
91	73	82		86
	75			

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Casado / Pareja	4	2	2	1	4	13	34'3%
Soltero	1	3	6	0	3	13	34'3%
Divorciado	1	2	0	2	1	6	15'8%
NC	1	1	0	1	0	3	7'8%
Viudo	1	1	0	1	0	3	7'8%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 6. SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Activo	1	0	0	1	0	2	5'3%
Jubilado	2	2	2	1	2	9	23'7%
Labores del hogar	3	1	1	1	1	7	18'4%
Incapacidad	0	1	2	0	2	5	13'2%
Desempleo	1	4	2	0	2	9	23'7%
NC	1	1	1	2	1	6	15'7%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONVIVENCIA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Solos	2	1	0	2	2	7	18'4%
Cónyuge / Pareja	1	1	1	0	1	4	10'5%
Cónyuge e hijos	2	1	1	0	2	6	15'8%
Hijos	0	0	0	1	0	1	2'6%
Padres y / o hermanos	0	3	4	0	0	7	18'4%
Familia extensa	2	0	0	0	0	2	5'3%
Institución	0	1	1	0	1	3	7'8%
Otros	1	1	0	1	1	4	10'5%
NC	0	1	1	1	1	4	10'5%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 8. PRESENCIA DE PROBLEMÁTICA SOCIAL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
SI	3	5	3	3	3	17	44'7%
NO	5	4	5	2	5	21	55'3%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTACTOS PREVIOS CON PSIQUIATRÍA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Diagnóstico previo	6	7	6	3	4	26	68'4%
Seguimiento por USM	4	6	5	2	3	20	52'6%
Ingresos previos en UHA	3	5	2	3	3	16	42'1%
Ningún tipo de contacto previo con salud mental	2	2	2	2	4	12	31'5%
Tratamiento psiquiátrico previo	5	7	6	2	4	24	63'2%

TABLA 10. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Si	2	1	2	1	0	6	15'8%
No	6	8	6	4	8	32	84'2%
	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 11. PRESENCIA PATOLOGÍA MÉDICA PREVIA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Si	8	9	7	5	7	36	94'7%
No	0	0	1	0	1	2	5'3%
	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SERVICIO DE PROCEDENCIA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
URGENCIAS	8	9	7	4	5	33	86'8%
OTRA PLANTA	0	0	1	1	3	5	13'2%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 13. SEGÚN MODALIDAD DE INGRESO EN URGENCIAS

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Estándar	3	5	6	2	3	19	57'6%
Programado	1	1	0	0	1	3	9'1%
MAP	1	0	1	1	1	4	12'1%
FOD	0	1	0	1	0	2	6'1%
Otro centro	3	2	0	0	0	5	15'1%
TOTAL	8	9	7	4	5	33	100 %

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN VOLUNTARIEDAD DEL INGRESO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
VOLUNTARIO	5	5	2	1	6	19	50 %
INVOLUNTARIO	3	4	6	4	2	19	50 %
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 15. MOTIVO DEL INGRESO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Sintomatología depresiva	2	3	3	0	0	8	21'1%
Gesto / Ideación autolítica	1	1	1	2	2	7	18'4%
Sintomatología psicótica	1	1	0	0	4	6	15'8%
Alteraciones conductuales, agitación psicomotriz y heteroagresividad	2	1	1	2	0	6	15'8%
Cuadro confusional agudo	1	0	1	1	2	5	13'2%
Trastorno Ideas delirantes	0	2	0	0	0	2	5'3%
Alcoholismo crónico	0	1	1	0	0	2	5'3%
Problemas sociosanitarios	1	0	1	0	0	2	5'3%
	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 16. NECESIDAD DE CONTENCIÓN MECÁNICA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
SI	1	1	0	1	2	5	13'2%
NO	7	8	8	4	6	33	86'8%
TOTAL	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 17. NUMERO DE SERVICIOS IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
1 Servicio	6	6	2	0	6	20	52'6%
2 Servicios	2	1	4	3	1	11	28'9%
3 Servicios	0	1	1	2	1	5	13'2%
4 o > Servicios	0	1	1	0	0	2	5'3%
	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 18. DURACIÓN INGRESO UHA

	2015	2016	2017	2018	2019
	8	1	6	13	3
	3	28	1	6	1
	2	52	28	7	7
	7	17	3	1	13
	6	1	8	29	16
	1	2	2		3
	15	8	13		7
	2	27	7		25
		1			

TABLA 19. SEGÚN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Trastorno depresivo	3	3	2	0	2	10	26'3%
Sd Confusional Agudo	4	1	3	0	1	9	23'7%
Esquizofrenia / Trastorno esquizoafectivo	0	1	1	2	1	5	13'2%
Consumo tóxicos	0	2	0	1	1	4	10'5%
Trastorno ideas delirantes persistentes	0	2	0	0	1	3	9'1%
Trastornos cognitivos	0	0	0	1	1	2	5'3%
Trastorno bipolar	1	0	0	0	0	1	2'6%
TOC	0	0	1	0	0	1	2'6%
Trastorno personalidad	0	0	1	0	0	1	2'6%
Reacción vivencial anómala	0	0	0	1	0	1	2'6%
Psicosis orgánica	0	0	0	0	1	1	2'6%
	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 20. SEGÚN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO SECUNDARIO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Sin diagnóstico secundario	7	5	5	3	4	24	63'2%
Abuso sustancias	0	1	1	1	1	4	10'5%
Trastorno afectivo depresivo	0	3	0	0	0	3	9'1%
Trastorno ansioso depresivo	1	0	1	0	0	2	5'3%
Trastornos de personalidad	0	0	0	0	2	2	5'3%
Deterioro cognitivo	0	0	0	0	1	1	2'6%
Trastorno psicótico	0	0	1	0	0	1	2'6%
Trastorno ideas delirantes	0	0	0	1	0	1	2'6%
	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 21. DIAGNÓSTICO MÉDICO - QUIRÚRICO PRINCIPAL

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Patología Infecciosa	2	0	2	0	4	8	21 %
Anemia a estudio	1	2		2	0	5	13'2%
Patología respiratoria	2	2	1	0	0	5	13'2%
Patología Oncológica	0	2	0	1	1	4	10'5%
FOD	1	0	2	0	0	3	9'1%
Encefalopatía	1	1	1	0	0	3	9'1%
Patología Cerebrovascular	0	0	0	0	2	2	5'3%
TEP	0	0	0	1	0	1	2'6%
Obstrucción intestinal	0	0	0	1	0	1	2'6%
Fractura ósea	1	0	0	0	0	1	2'6%
Parada Cardiorespiratoria	0	1	0	0	0	1	2'6%
Ascitis	0	1	0	0	0	1	2'6%
Colección Intraabdominal	0	0	1	0	0	1	2'6%
CIR	0	0	1	0	0	1	2'6%
NC	0	0	0	0	1	1	2'6%
	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 22. MOTIVO DEL TRASLADO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Necesidad tratamiento adecuado para estabilización y completar diagnóstico de patología orgánica	2	2	1	1	4	10	26'3%
Completar estudio diagnóstico	3	3	2	1	2	11	29 %
Necesidad tratamiento especializado	2	3	4	3	1	13	34'2%
Amenaza vital inmediata	1	1	1	0	0	3	9'1%
Otros	0	0	0	0	1	1	2'6%
	8	9	8	5	8	38	100 %

TABLA 23. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SERVICIO DE DESTINO

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL		
UCI	1	1	1	0	0	3	UCI 3 Pacientes	7'9%
MI	4	5	5	3	4	21	Médicas 29 pacientes	76'3%
Infeciosas	1	0	0	0	2	3		
Neurología	0	0	0	0	1	1		
Digestivo	0	2	0	0	0	2		
Neumología	1	0	0	0	0	1		
Oncología	0	0	0	1	0	1		
Cirugía	0	0	1	1	0	2		
Neurocirugía	0	0	0	0	1	1	4 pacientes	
Traumatología	1	0	0	0	0	1		
Urología	0	1	0	0	0	1	Médico Quirúrgicas 2 pacientes	5'3%
Ginecología	0	0	1	0	0	1		
	8	9	8	5	8	38		100 %

TABLA 24. CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGUIMIENTO TRAS TRASLADO A OTRA UNIDAD

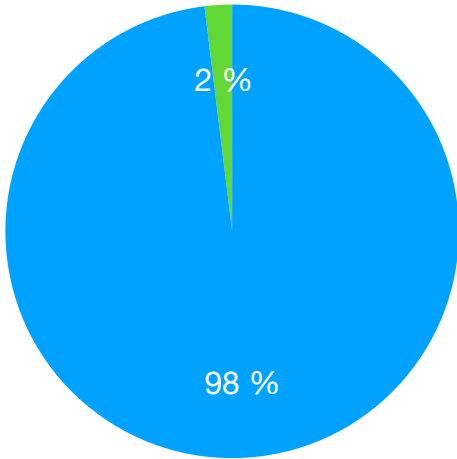
	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Pauta tratamiento psiquiátrico al alta	6	7	8	4	7	32	84'2%
Especifica necesidad de seguimiento por UPPE	6	7	5	2	5	25	65'8%
Valora posibilidad de necesitar retraslado a la UHA durante el ingreso	0	0	2	0	3	5	13'2%

TABLA 25. TIPO DE TRATAMIENTO INDICADO AL ALTA

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	
Antipsicótico	2	4	3	1	2	12	37'5%
Antipsicótico + benzodiacepina + AD	2	0	2	1	1	6	18'75%
Antipsicótico + benzodiacepina	1	1	0	0	3	5	15'6%
Benzodiacepina	0	0	2	1	0	3	9'4%
Antipsicótico + eutimizante	0	1	0	1	0	2	6'5%
Antipsicótico + Antidepresivo	0	1	1	0	0	2	6'5%
Antidepresivo + benzodiacepina	0	1	0	0	0	1	3'1%
NC	0	0	0	0	1	1	3'1%
	12	8	8	4	7	32	0

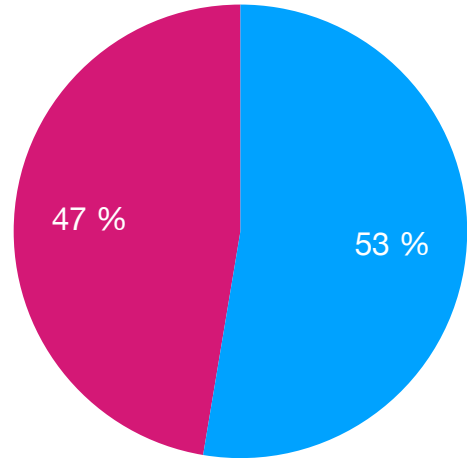
2.2. GRÁFICAS CORRESPONDIENTES A LOS RESULTADOS EN LOS TRASLADOS UHA - UPPE

● Resto ingresos UHA
● Traslados UHA - UPPE



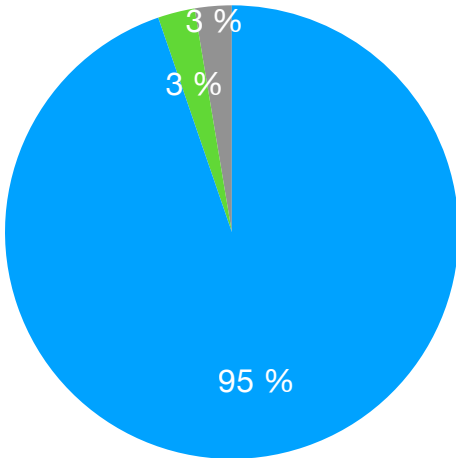
Gráfica 0. Peso sobre el total ingresos UHA

● Hombres
● Mujeres



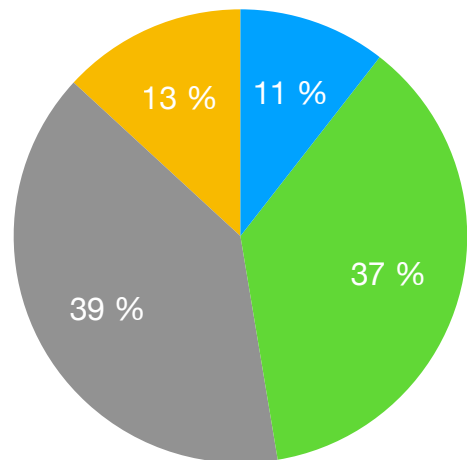
Gráfica 1. Distribución según sexo

● España
● Rumania
● Marruecos

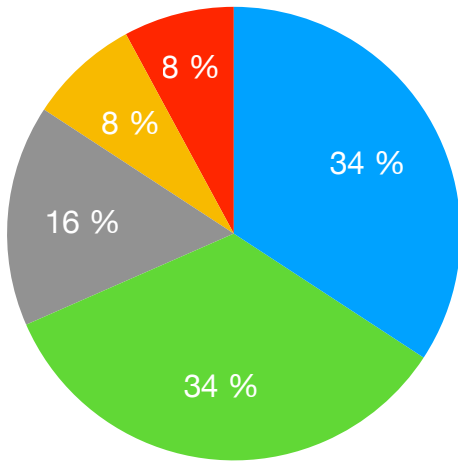


Gráfica 2. Distribución según nacionalidad

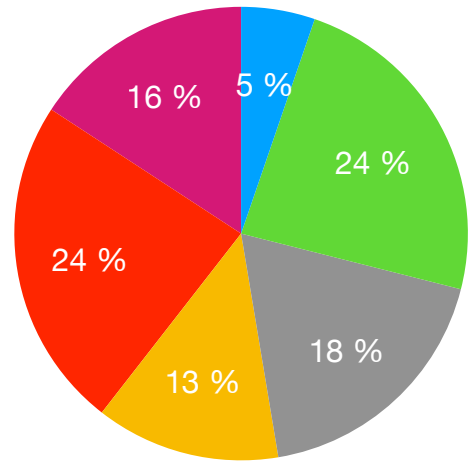
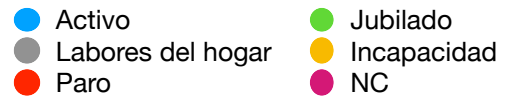
● Adulto Joven
● Adulto Medio
● Adulto Mayor
● Anciano Edad Avanzada



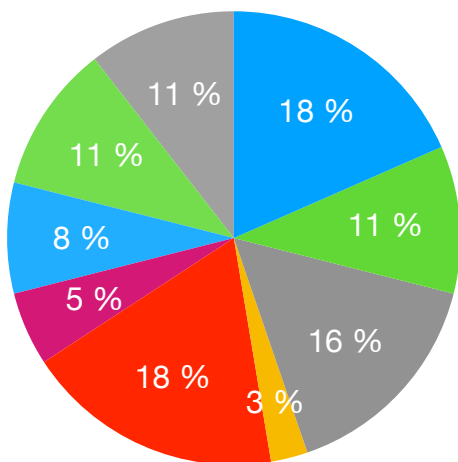
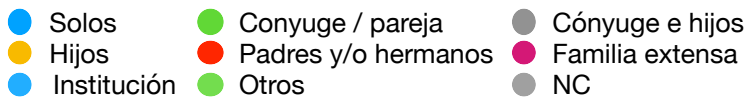
Gráfica 3. Distribución según grupos de edad



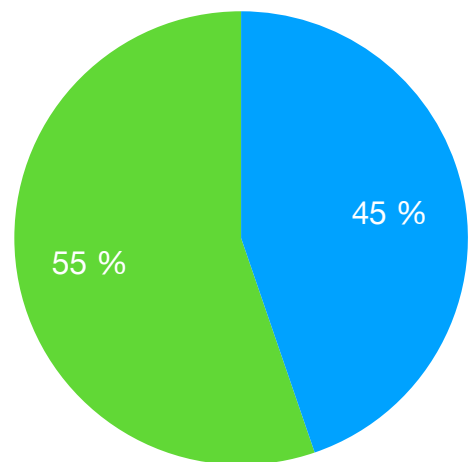
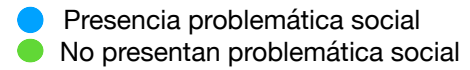
Gráfica 4. Distribución según estado civil



Gráfica 5. Distribución según actividad laboral

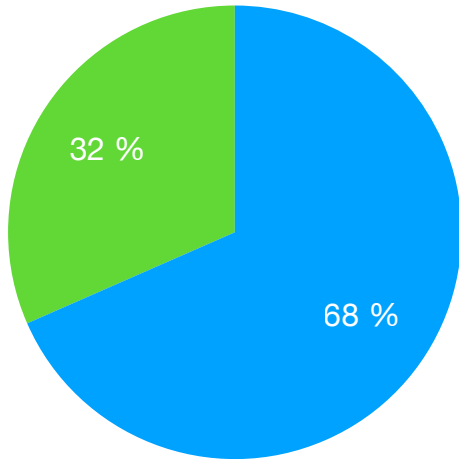


Gráfica 6. Distribución según convivencia



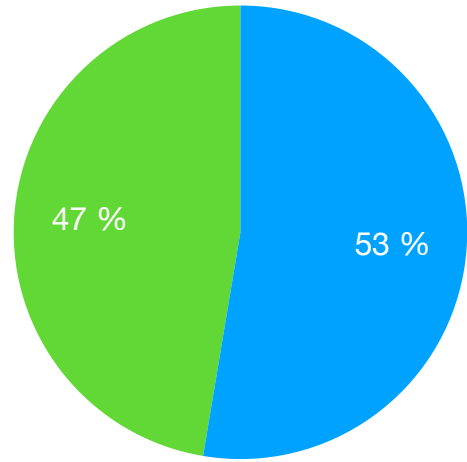
Gráfica 7. Distribución según presencia problemática social

- Diagnóstico psiquiátrico previo
- Sin diagnóstico psiquiátrico previo



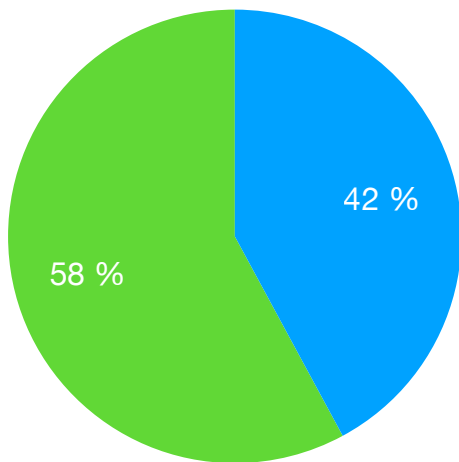
Gráfica 8. Distribución según presencia de diagnóstico psiquiátrico previo

- Seguimiento por USM
- Sin seguimiento por USM



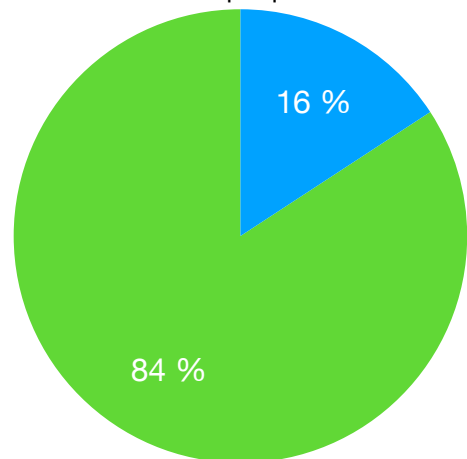
Gráfica 9. Distribución según seguimiento previo por USM

- Con ingresos previos
- Sin ingresos previos



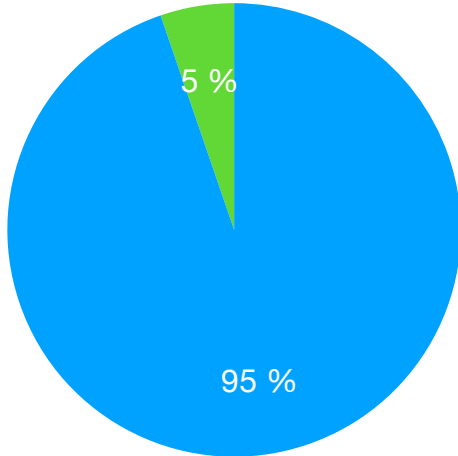
Gráfica 10. Distribución según ingresos previos en UHA

- Con antecedentes psiquiátricos familiares
- Sin antecedentes psiquiátricos familiares



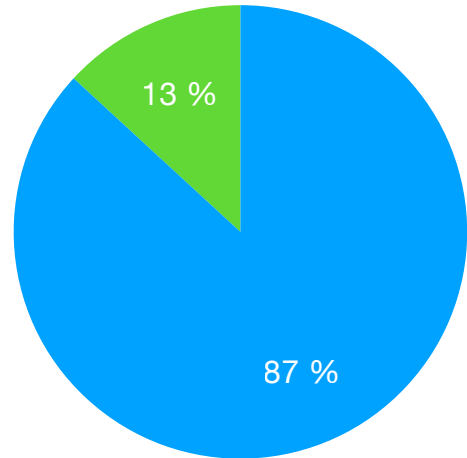
Gráfica 11. Distribución según antecedentes psiquiátricos familiares

● Patología médico quirúrgica previa
 ● Sin patología médico quirúrgica previa



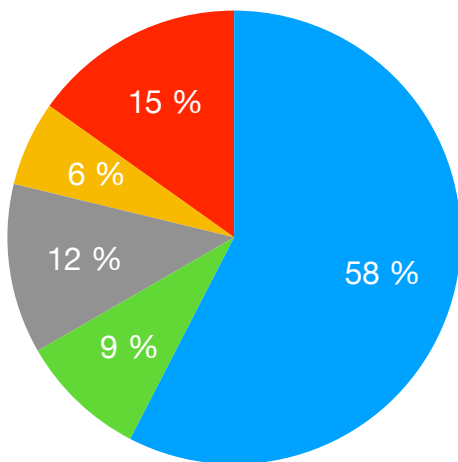
Gráfica 12. Distribución según presencia de patología médico quirúrgica previa

● Urgencias
 ● Otra Planta



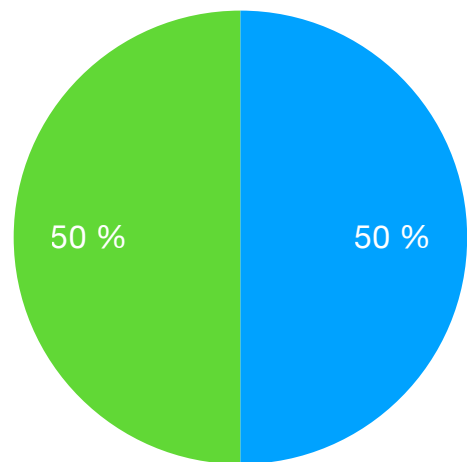
Gráfica 13. Distribución según servicio de procedencia

● Estándar
 ● FOP
 ● Programado
 ● Otro Centro
 ● MAP



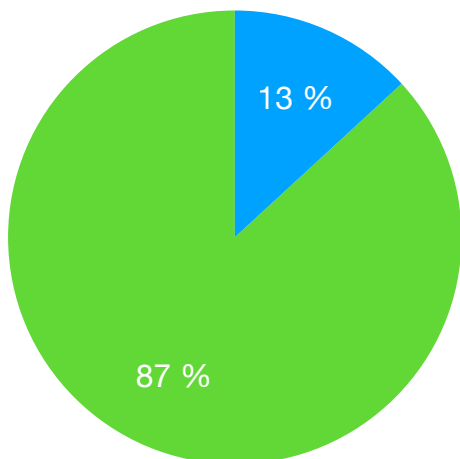
Gráfica 14. Distribución según ingreso desde urgencias

● Voluntario
 ● Involuntario



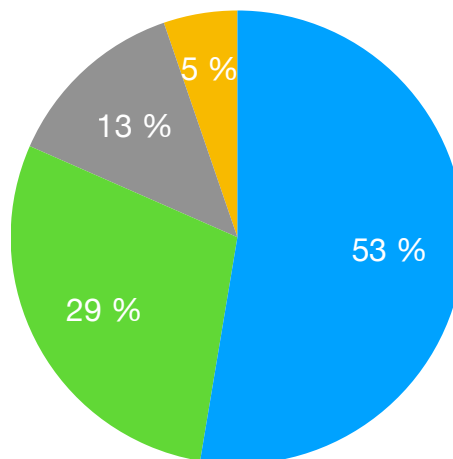
Gráfica 15. Distribución según voluntariedad del ingreso

● Necesidad de contención mecánica
 ● Sin necesidad de contención mecánica



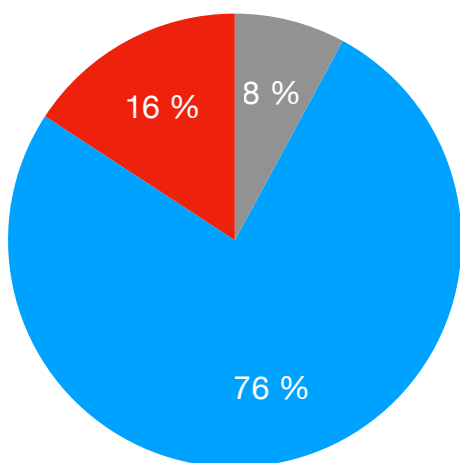
Gráfica 16. Distribución según necesidad de contención mecánica

● 1 Servicio ● 2 Servicios
 ● 3 Servicios ● 4 o más Servicios



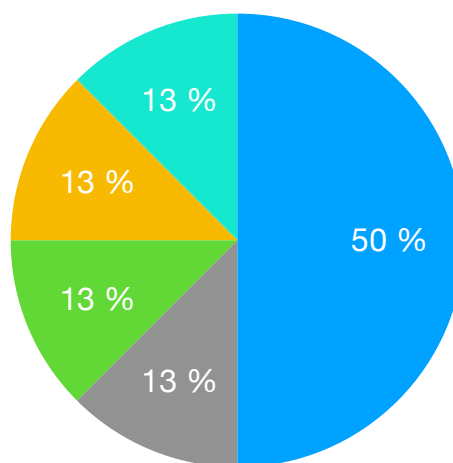
Gráfica 17. Distribución según número de servicios implicados

● UCI ● Medicas ● Quirúrgicas o MQ



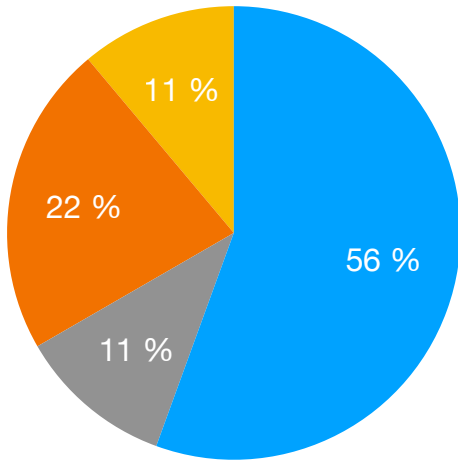
Gráfica 18. Distribución según tipo de servicios de destino

● MI ● UCI ● Infecciosas
 ● Neumología ● Traumatología



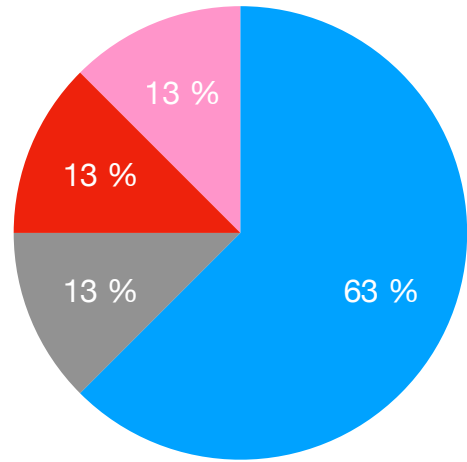
Gráfica 19 : Distribución según servicio al que se traslada 2015

● MI ● UCI ● Digestivo ● Urología



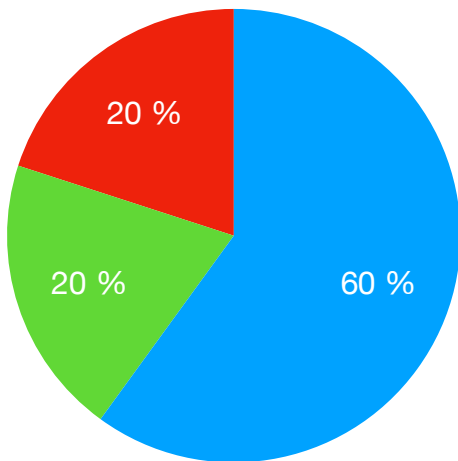
Gráfica 20 : Distribución según servicio al que se traslada 2016

● MI ● UCI ● Cirugía ● Ginecología



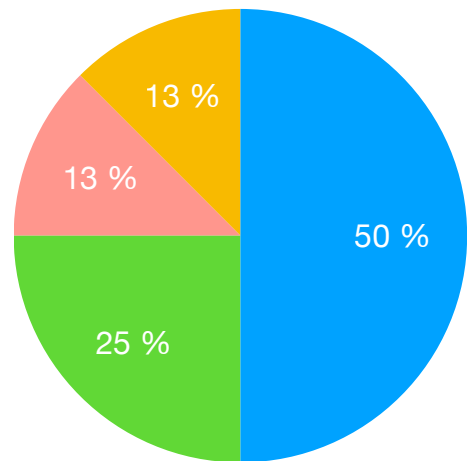
Gráfica 21 : Distribución según servicio al que se traslada 2017

● MI ● Oncología ● Cirugía

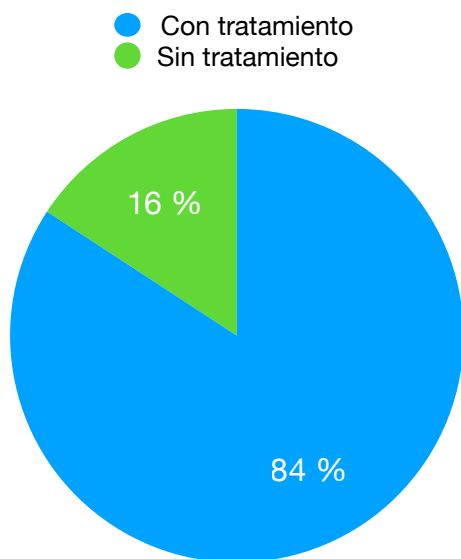


Gráfica 22 : Distribución según servicio al que se traslada 2018

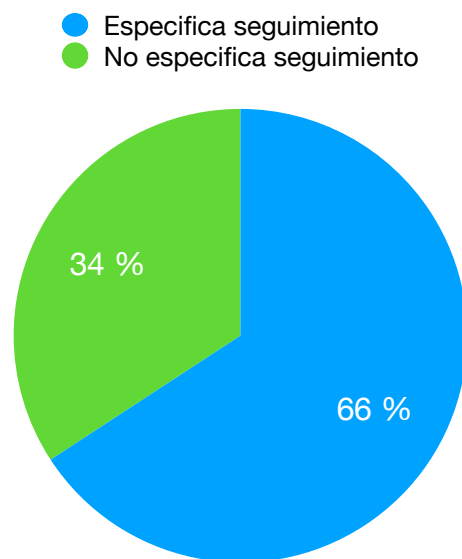
● MI ● Infecciosas ● Neurología ● Neurocirugía



Gráfica 23 : Distribución según servicio al que se traslada 2019



Gráfica 24 : Distribución según indicación de tratamiento al alta



Gráfica 25 : Distribución según especificación de seguimiento por UPPE al traslado

ANEXO III

ABREVIATURAS INCLUIDAS A LO LARGO DEL

TRABAJO

UCI - Unidad de Cuidados Intensivos

UHA - Unidad de Hospitalización de Adultos

UPPE - Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace

USM - Unidad de Salud Mental

UMP - Unidades médico psiquiátricas

NC - No consta

MI - Medicina Interna

HCLB - Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa