



# TRABAJO FIN DE GRADO

**Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la  
Unidad de Hospitalización de Agudos del Hospital Clínico  
Universitario Lozano Blesa. Fenómeno de la Puerta  
Giratoria en Psiquiatría.**

*Clinical and epidemiological profile of hospital  
readmissions in the Adult Psychiatric Unit of the HCULB.  
The revolving door phenomenon.*

**Autora**

**ELENA ARJOL LÓPEZ**

**Director**

**RICARDO CAMPOS RÓDENAS**

# ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
3.1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE LOS REINGRESOS.....	4
3.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
4. OBJETIVOS.....	8
4.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	8
4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	8
5. METODOLOGÍA.....	8
5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	8
5.2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
6. RESULTADOS.....	12
7. DISCUSIÓN.....	31
8. CONCLUSIONES.....	35
9. BIBLIOGRAFÍA.....	36
10. ANEXO.....	38

## **1. RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** En relación con el proceso de desinstitutionalización de los pacientes psiquiátricos surgió el prototipo de paciente reingresador y con ello el fenómeno de la Puerta Giratoria, que describe pacientes con múltiples ingresos en Unidades de Hospitalización de Adultos en cortos periodos de tiempo.

**OBJETIVO:** Estudio y descripción del perfil clínico epidemiológico de los pacientes reingresadores en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) analizando los ingresos de 2017, así como la comparación de resultados con estudios realizados en años anteriores la misma área sanitaria y en otras diferentes.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, de carácter retrospectivo en el que, previa realización de una revisión bibliográfica sistematizada, se revisaron los 395 informes de alta de los pacientes de la UHA del HCULB. En los pacientes reingresadores se revisaron una serie de variables sociodemográficas y condicionantes clínicos durante y postingreso. Posteriormente se compararon con las obtenidas en otros estudios.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** De los 395 informes de alta revisados, 58 (14,7%) tenían dos o más ingresos previos en 2017 y 24 (6,1%) tenían tres o más, lo que catalogamos como Puerta Giratoria. Epidemiológicamente se observa que el fenómeno es más frecuente en pacientes españoles, inactivos laboralmente, con una media de edad de 45,4 años y una estancia entre 0 y 15 días. El motivo más frecuente de ingreso es el gesto autolítico, los pacientes que reingresan en mayor porcentaje, están diagnosticados de trastorno de personalidad y se seguían ambulatoriamente, sin adherencia al tratamiento. Será preciso analizar estos datos en un futuro en estudios con grupo control, para poder medir la fuerza de asociación y plantear medidas que aborden los casos de forma específica.

**CONCLUSIONES:** Los reingresos provocan un excesivo consumo de recursos sanitarios por parte de un pequeño porcentaje de pacientes. Interesa controlar este fenómeno tanto por el gasto que implica como por la influencia desfavorable que tiene sobre el pronóstico del paciente. Las características de estos pacientes en nuestra área sanitaria son similares a las obtenidas en estudios anteriores, si bien la patología más frecuente en los reingresos de 2017 en el HCULB es el trastorno de personalidad y, el motivo de ingreso más frecuente, el gesto autolítico, frente a la mayoría de estudios previos en los que predominaban los pacientes con esquizofrenia o con trastornos afectivos y su principal motivo de ingreso era la reagudización de su trastorno de base.

**PALABRAS CLAVE:** reingresos, Puerta Giratoria, psiquiatría, salud mental

## **2. ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** In relation to the process of deinstitutionalization that concerns psychiatric patients, it came up a considerable amount of readmissions and the term “Revolving Door”, which describes a pattern of frequent short-term hospital readmissions to Adult Psychiatric Unit. This entails that this type of patients contribute a disproportional share of the total health resources.

**OBJECTIVE:** The aim is to investigate sociodemographic, clinic and follow-up characteristics of these frequent short-term hospital readmissions at the APU of the HCULB and in relation to admissions in 2017, as well as to compare the results with previous studies in this health area and among others.

**METHODS:** It is an observational retrospective descriptive cross-sectional design in which 395 Medical Discharged Summaries of the Adult Psychiatric Unit of HCULB of 2017 were reviewed. Previously, a systematic bibliographic review was done. In those patients with frequent readmissions, their sociodemographic, clinical and follow-up profile and results were analysed and compared to results obtained in previous studies.

**RESULTS:** From the 395 Discharged Summaries reviewed, 58 (14,7%) had two or more readmissions in 2017 and 24 (6,1%) had three or more and were categorized as Revolving Door. Epidemiologically, it is observed that the phenomenon is more frequent in Spanish patients, inactive at work, with an average of 45,4 years and a range of 0 - 15 days. The most frequent reason for admission is suicidal attempt. Patients who were more often readmitted were diagnosed of personality disorders and had an ambulatory follow-up care, with treatment failure. It will be necessary to analyze these data in the future with a control group, in order to measure further the strenght of association and address specifically the cases.

**CONCLUSIONS:** Readmissions lead to an excessive consumption of health resources by a small percentage of patients. It is crucial to find the key to control this phenomenon as well as the expense involved and the detrimental to the patient’s prognosis. Characteristics of these patients in our health area are similar to those obtained in previous studies, although the most frequent disease among readmissions in 2017 in the HCULB is personality disorder and the most frequent reason for admission is the autolytic gesture, instead of schizophrenia or affective disorders as main diagnosis and the exacerbation of their underlying disorder as the main reason of admission, which had been highlighted in literature.

**KEYWORDS:** readmissions, Revolving door, psychiatry, mental health

### **3. INTRODUCCIÓN**

#### **1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE LOS REINGRESOS**

El fenómeno de los pacientes que ingresan de forma reiterada en los servicios de Psiquiatría ha venido considerándose en los últimos años como una circunstancia habitual. Según la literatura, este hecho se ha ligado a una serie de eventos históricos, los cuales explicaremos brevemente a continuación.

El primer y principal acontecimiento que provocó a posteriori este fenómeno fue la desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica en los años 60, con el desafío de reinsertar a los pacientes psiquiátricos en la sociedad. En segundo lugar, los cambios en la política sanitaria que consistieron en una drástica disminución del número de camas destinadas a los hospitales psiquiátricos, lo que tuvo como consecuencia un aumento de los reingresos en Unidades de Agudos o de Corta Estancia, existiendo dispositivos extrahospitalarios como las Unidades de Salud Mental, Hospitales de Día, centros de día, entre otros, que intentarían evitar las sucesivas hospitalizaciones de determinados pacientes.

Además, el fenómeno que nos ocupa, también ha estado influido por otros factores. Por un lado el recrudecimiento de patologías difíciles de tratar, el mal cumplimiento terapéutico, el seguimiento inapropiado del paciente, programas de rehabilitación inadecuados y problemas en el grupo familiar de apoyo. Por otro lado, existen también una serie de factores ajenos a la patología en sí del paciente y que dependen de instituciones (disponibilidad de dispositivos, política de utilización de los mismos), de los profesionales sanitarios (diferentes criterios de ingreso según la unidad, profesionales no especializados o no formados para el puesto que ocupan) y finalmente programas y centros en la comunidad que faciliten la inserción en sociedad no sólo para enfermos mentales sino para atención de grupos marginales.<sup>(1)</sup>

El 27 de julio de 1983 se creó en España la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, entre cuyas funciones estaban las de realizar los estudios necesarios para proponer los principios básicos que habían de configurar la asistencia psiquiátrica de los españoles, en sus modalidades preventiva, curativa y rehabilitadora; facilitar la comunicación entre los servicios de atención psiquiátrica de las diferentes Administraciones Públicas, del Instituto Nacional de Salud y, en su caso, de los establecimientos sanitarios de titularidad privada; emitir informes de todo lo anterior y promover la coordinación de todos los servicios y actuaciones administrativas del Ministerio, del Instituto Nacional de la Salud y de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental.<sup>(2)</sup>

La Reforma Psiquiátrica tiene su marco legislativo en la Ley General de Sanidad, origen del actual Sistema Nacional de Salud y que, en su artículo 20, sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, las Administraciones Sanitarias competentes establecieron una serie de principios: atención a los problemas de salud mental de la población en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial, reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización; la ingreso por procesos que así lo requieran en unidades psiquiátricas dentro de los hospitales generales; la realización de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales y, por último, los servicios de atención psiquiátrica cubrirán también aspectos de prevención primaria y atención a los problemas psicosociales que acompañen a la pérdida de salud en general. <sup>(3)</sup>

Pero el nombrado proceso de desinstitutionalización no sólo se llevó a cabo en España sino que durante las últimas décadas del siglo XX, se establecieron políticas similares en muchos países del primer mundo encaminadas a dicho proceso. Aunque no hay duda de que la motivación que había tras el concepto inicial era mejorar la calidad de los cuidados en relación a los usuarios del sistema de salud mental, esta política no triunfó en todos los países que la trataron de implantar. En algunos países la consecuencia fue que solamente los pacientes más enfermos podían tener acceso al hospital y, debido a la presión continua por la disminución del número de camas disponibles, estos pacientes sólo podían tener estancias muy cortas y posteriormente eran dados de alta de forma prematura. El resultado inevitable era que pacientes que no estaban estables eran dados de alta porque había otros que tenían peor estado mental. Algunos de estos países fueron Japón, otros países asiáticos, Sudáfrica...esto fue adscrito a factores sociales, culturales y políticos de los países mencionados, entre otros. <sup>(4)</sup>

En España, que es lo que en este estudio nos concierne, fue implantado con éxito y, a consecuencia de la Reforma Psiquiátrica, las Unidades de Salud Mental en los Centros de Salud son el eje de la red de salud mental, responsables del proceso asistencial del paciente y es aquí donde se decide, previa evaluación facultativa, el régimen más adecuado para cada paciente en particular, es decir, si éste puede ser tratado en régimen ambulatorio, si precisa tratamiento más intensivo en un dispositivo hospitalario (Hospital de Día, Unidad de Corta Estancia) o si precisa de un dispositivo rehabilitador que le facilite su reincorporación activa a la sociedad (centros de día, unidad de rehabilitación psicosocial, terapia ocupacional, centros de desintoxicación, grupos de autoayuda, talleres...). Posteriormente se producirá una transferencia inversa hacia las Unidades de Salud Mental o Centro de Atención

Primaria para controles sucesivos, volviendo los pacientes a su dispositivo asistencial de referencia. <sup>(5)</sup>

Dentro de todos los dispositivos mencionados, existen las unidades de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada (24 horas al día) con personal especializado y con un tiempo de estancia breve, que se integran física y funcionalmente en los hospitales generales. Estas unidades se denominan Unidades de Hospitalización de Adultos (UHA) o Unidades de Corta Estancia (UCE) y a ellas llegan todos los pacientes remitidos desde las Unidades de Salud Mental o desde Urgencias hospitalaria, que son pacientes frágiles o que si no ingresan, pueden ponerse en peligro y sólo deben llegar a las UCE cuando los recursos extrahospitalarios no son suficientes para ellos. Así pues, el hospital es considerado en este modelo un punto estratégico para fortalecer el modelo basado en una atención psicosocial descentralizada. <sup>(6)</sup>

Fruto del proceso de desinstitucionalización y adopción progresiva de un modelo de Psiquiatría comunitaria, apareció la figura del paciente reingresador y surgió con ello el concepto de la Puerta Giratoria (Revolving Door Phenomenon), que se define como un patrón cíclico de reingresos en un corto periodo de tiempo en Unidades de Corta Estancia de pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos. La definición varía entre autores en referencia al número de ingresos, tiempo transcurrido entre ellos, no existiendo consenso, algunos criterios que han sido utilizados en estudios son: (1, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

- 2 o más hospitalizaciones en el pasado año
- 3 o más hospitalizaciones en los últimos 18 meses
- 4 o más hospitalizaciones en los últimos dos años
- 3 o más hospitalizaciones en 30 meses
- 4 o más hospitalizaciones en 5 años
- 5 o más hospitalizaciones en 5 años

La mayoría de los autores se benefician de la arbitrariedad del concepto para poder adaptarlo al tiempo de seguimiento de sus estudios, de modo que existe una relación directa entre los criterios seleccionados y los años de seguimiento que contempla cada estudio.

Además, cabe destacar un tipo especial de reingreso, considerado en la literatura como ingreso fallido y que suele definirse como reingreso transcurridos menos de 15 días del alta previa.

En este trabajo, como hemos analizado los ingresos en el transcurso de tiempo de un año natural, consideraremos a un paciente reingresador cuando tenga 2 o más

ingresos en 2017. Aun así, considerando que es razonable que se produzcan hasta dos ingresos en el contexto de descompensaciones de determinadas patologías psiquiátricas, analizaremos las mismas variables en los que tienen tres o más ingresos en 2017, para poder comparar los resultados. Además, al existir un estudio realizado en los años 2014-2015 y otro en el 2011 en la misma área sanitaria, aplicaremos criterios similares a los que se utilizaron entonces, lo que facilitará la comparabilidad de resultados.

## **2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Teniendo en consideración las actuales políticas en lo que respecta al Sistema Sanitario, la realización del estudio tiene como objetivo identificar pacientes que entran en el “círculo vicioso” de reingresar en el hospital, ser dados de alta e ingresar otra vez, así como subrayar las razones psicosociales relacionadas con el mismo, pues el presupuesto es limitado y es necesario determinar qué programas puede ser más útil poner en funcionamiento con el fin de controlar los reingresos y el fenómeno de la Puerta Giratoria. <sup>(5, 7)</sup>

La justificación del estudio se basa asimismo en que este grupo pequeño de pacientes reingresadores, que están expuestos a tratamientos largos y hospitalizaciones múltiples, suponen un importante porcentaje del total de ingresos, representando una carga para el sistema sanitario y consumiendo una cantidad desproporcionada de recursos.

Una identificación rigurosa y descripción exhaustiva de los factores de riesgo de rehospitización resulta imprescindible. En primer lugar, la anticipación de los factores de riesgo es clínicamente relevante a la hora de planear el alta del paciente. En segundo lugar, el conocimiento acerca del curso de las enfermedades psiquiátricas crónicas y el efecto de los tratamientos es relevante para la organización del sistema sanitario y la distribución de los recursos sanitarios públicos. Por ejemplo, la asignación de mayor o menor presupuesto a los pacientes hospitalizados vs el que reciben los dispositivos extrahospitalarios requiere un conocimiento de las trayectorias de los pacientes con patología psiquiátrica. <sup>(11)</sup>

La investigación del perfil de estos pacientes y en concreto de sus rasgos clínico-epidemiológicos comunes es vital para guiar el desarrollo de nuevos caminos y estrategias que prevengan este fenómeno. Algunos serán modificables y otros no, pero merece la pena conocer ambos, los no modificables para poder reconocerlos y tomar medidas encaminadas a la mayor vigilancia de sus casos y los modificables porque fomentando las características que se identifican como protectoras y



tratando de incidir sobre las que aumentan el riesgo de reingresos se podría reducir drásticamente el número de reingresos. <sup>(12)</sup>

Además y según la bibliografía consultada, es importante tener en cuenta que las múltiples hospitalizaciones empeoran de forma significativa el pronóstico de los pacientes psiquiátricos, lo que incrementa el interés aún más si cabe en esta cuestión <sup>(5)</sup>

## **4. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO PRINCIPAL**

- Identificar y describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que ingresan repetidamente en nuestra área sanitaria, en concreto en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB).

### **2. OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Observar y comentar la variación de las características clínico-epidemiológicas en la UHA del HCULB con respecto al último estudio realizado en 2014-15 y a uno previo en 2011.
- Comparar las características de los pacientes de nuestro área con otros estudios realizados en otras áreas
- Abrir una nueva línea de investigación encaminada a tratar de reducir el número de reingresos de los pacientes en función de las características que los predisponen y que pueden ser modificadas.

## **5. METODOLOGÍA**

### **1. TIPO DE ESTUDIO**

Se ha realizado un estudio descriptivo de carácter retrospectivo en el cual se han revisado todos los informes de alta de los ingresos que se han producido en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en el año 2017 (un total de 395) y se han analizado una serie de características de los pacientes que han tenido dos o más ingresos en ese año natural (58) y de los que han tenido tres o más (24), comparando los resultados de ambos grupos en función de su perfil clínico epidemiológico.

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

Con la finalidad de acotar los conceptos de “paciente reingresador” y “fenómeno de la Puerta Giratoria” y decidir qué variables se deben analizar, se ha realizado en primer lugar una revisión bibliográfica referente a ello.

Dado que la definición varía entre los diferentes estudios realizados a lo largo del tiempo en distintas Unidades de Corta Estancia tanto a nivel nacional como internacional y no existe consenso, se ha decidido adaptarlo al tiempo de seguimiento de nuestro estudio y consideraremos un paciente reingresador cuando tenga más de dos ingresos en 2017 y un paciente perteneciente al subgrupo de Puerta Giratoria cuando presente tres o más ingresos en 2017.

Así pues, se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada en las bases de datos PubMed y Science Direct. Se comenzó introduciendo las palabras clave “frequent readmissions psychiatry”, “revolving door psychiatry” y el filtro temporal de los últimos 10 años. En Pubmed se encontraron un total de 46 artículos con estos filtros, pero sólo 9 de ellos estaban disponibles en texto completo para estudiantes (free full text), por lo que fue necesario acudir a la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza para poder tener acceso a varias revisiones que me parecieron relevantes para el trabajo. Posteriormente se realizó una búsqueda en Science Direct y se acotó en los últimos cinco años encontrando un total de 78 artículos, escogiendo los más relevantes para el trabajo.

De todos estos resultados de búsqueda, se han utilizado para el trabajo (para la definición del concepto, introducción, discusión, comparación de resultados...) una selección, los cuales se citan en orden de aparición.

Además se han revisado los dos estudios realizados en este área sanitaria en 2009-2011 y 2014-2015, que corresponden con un Trabajo de Fin de Máster y un Trabajo de Fin de Grado, respectivamente. Han sido utilizados principalmente a la hora de hacer una comparación de resultados en la discusión, para lo cual se han empleado criterios similares a la hora de realización del estudio que nos ocupa, facilitando así la comparabilidad de resultados.

En este estudio, que es el que nos concierne, se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en 2017 y se cuantificó el número de ingresos previos que tenía cada paciente en la UHA del HCULB y en cuánto tiempo, lo cual analizaremos en el apartado de resultados. Los criterios para formar parte del estudio fueron los siguientes:

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

- Criterios de inclusión:
  - Haber presentado dos o más ingresos en 2017 en la UHA del HCULB o en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del mismo hospital.
- Criterios de exclusión:
  - Presentar más de dos ingresos en la UHA del HCULB, pero en otro periodo de tiempo distinto a 2017.
  - Presentar más de dos ingresos en 2017 pero en otras Unidades de Hospitalización de Agudos de otros centros.
  - Presentar más de dos ingresos en 2017 pero en otros dispositivos diferentes a la Unidad de Hospitalización de Adultos (Centros de día, Centros de rehabilitación, Hospital de Día, Unidades de Media y Larga Estancia, etc).
  - Presentar más de tres ingresos en 2017 en el HCULB pero cuyo ingreso se produce únicamente para la realización de TEC (terapia electroconvulsiva).

Una vez seleccionada la muestra, se revisaron los informes de alta (y en algún caso Intranet cuando la información de éstos no era suficiente) para extraer la información necesaria sobre las variables objeto de estudio que fueron las siguientes:

- Sexo (hombre, mujer)
- Edad
- Nacionalidad
- Soporte socio familiar (adecuado, intermedio, inadecuado)
- Vivir sólo (si, no)
- Situación laboral (activo, inactivo, desempleado, estudiante, incapacitado, jubilado, no consta, refiriéndonos con inactivo a cualquier tipo de inactividad no incluida en las categorías)
- Consumo de tóxicos (si, no, no consta)
- Carácter del ingreso (voluntario, involuntario)

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

- Motivo de ingreso (reagudización, alteraciones conductuales, agitación psicomotriz, ideación autolítica, gesto autolítico, desbordamiento familiar, ingreso para desintoxicación, dificultad para el seguimiento)
- Diagnóstico principal según CIE-10 (trastornos mentales orgánicos, trastornos por tóxicos, esquizofrenia y trastornos de ideas delirantes, trastornos afectivos, trastornos neuróticos, trastornos secundarios a situaciones estresantes, trastornos del comportamiento, trastornos asociados a disfunciones físicas, trastornos de personalidad, retraso mental, trastornos del desarrollo psicomotor)
- Tiempo de estancia (0-15, 16-30, >30)
- Seguimiento al alta (ambulatorio, ya sea CCEE, privado o USM correspondiente; ingreso en una unidad específica, ya sea Proyecto Hombre, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Unidad de Trastornos de Personalidad, Alcohólicos Anónimos, entre otras; ingreso para rehabilitación, en Unidades de Media o Larga Estancia; rehabilitación sin ingreso en el Hospital de Día)
- Existencia de otros diagnósticos psiquiátricos secundarios (si, no)
- Adherencia al tratamiento (si, no, no consta)
- Número de ingresos previos acumulados en la UHA del HCULB

En algunas variables, como edad, tiempo de estancia, diagnóstico principal, motivo de ingreso o derivación al alta, dada la gran variabilidad de opciones posibles, se han reagrupado en categorías más amplias de manera que pueda hacerse con mayor facilidad la descripción de los resultados.

En el ANEXO 1 se adjunta la matriz de datos de los pacientes que han sido extraídos de Intranet y de los informes de alta. El número de historia clínica ha sido eliminado para preservar la confidencialidad de los pacientes, dejando únicamente como identificador el número de ingreso que ocupan respecto a cada mes, por si se precisara extraer más información de los mismo para estudios futuros.

## 6. RESULTADOS

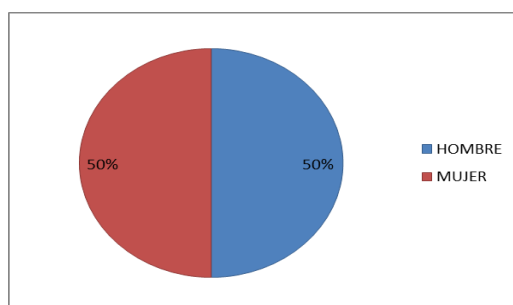
En primer lugar me gustaría resaltar una serie de datos que podrían resultar de interés, los cuales se han podido deducir a través de una primera lectura de dichos informes de alta, antes de elegir la muestra estudiada a continuación, ya definida en los criterios de inclusión.

De los 395 informes de alta, 189 correspondían a pacientes que habían tenido contacto previo con la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en algún momento de su vida, lo que corresponde a un 47,8% de los informes. Además, en 130 de los 395 figuraba que habían tenido 3 o más ingresos previos en la UHA del HCULB a lo largo de su vida, lo que supone un 32,9% de la muestra inicial. De estos dos datos, se pudo deducir que el 68,8% de los pacientes que habían tenido un contacto previo con la UHA del HCULB en algún momento de su vida, había ingresado 3 o más veces en dicha unidad. Así pues, la importancia del paciente reingresador se evidencia desde el primer momento del estudio.

En cuanto a lo que nos ocupa, dentro de la muestra inicial de 395 informes de alta, se identificaron 58 que presentaban dos o más ingresos en la UHA del HCULB en 2017, lo que hemos enmarcado en nuestro trabajo dentro del concepto de paciente reingresador. Esto corresponde con el 14,7% de los ingresos de ese año.

A continuación, cuando hablemos de cada variable en particular, hablaremos no sólo de cómo se comportaron en los pacientes reingresadores (14,7% seleccionado de la muestra inicial), sino también en los pacientes que hemos enmarcado en el concepto de Puerta Giratoria, es decir, tres o más ingresos en la UHA del HCULB en 2017. Estos últimos son 24 informes de alta, que corresponden al 6,1% del total de ingresos de 2017. Como último dato en esta parte inicial del apartado de resultados, me parece interesante resaltar que de los pacientes reingresadores (dos o más ingresos, 58), 24 presentaron 3 o más, lo que corresponde con un 41,4%.

En cuanto a la distribución por sexos en el grupo de los pacientes reingresadores, hombres y mujeres representan cada uno el 50%.

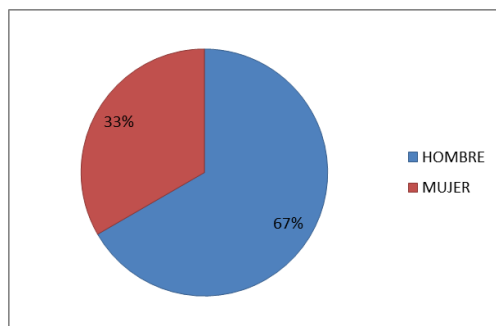


HOMBRE	29
MUJER	29
<b>Total general</b>	<b>58</b>

HOMBRE	50,00%
MUJER	50,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

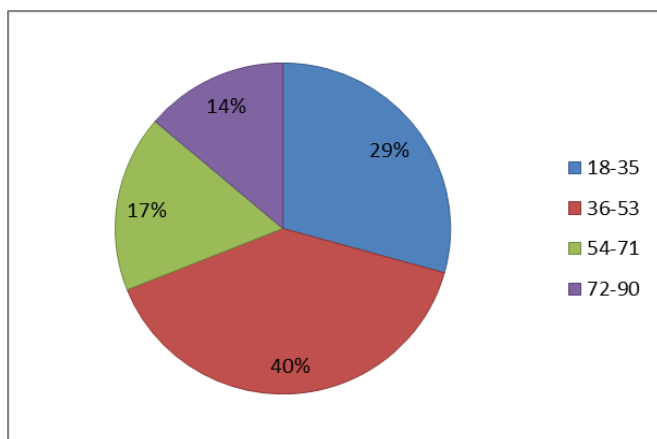
En la distribución por sexos en el grupo de la Puerta Giratoria, existe un predominio del sexo masculino, representando un 66,67% respecto al sexo femenino que representa un 33,33%.



HOMBRE	16
MUJER	8
<b>Total general</b>	<b>24</b>

HOMBRE	66,67%
MUJER	33,33%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

En relación a la edad, dada la gran variabilidad de datos, se ha decidido en primer lugar calcular la media y, en segundo lugar, se ha agrupado a los pacientes en cuatro intervalos de edad de igual medida: de 18 a 35, de 36 a 53, de 54 a 71 y de 72 a 90. Así pues, en el grupo de pacientes reingresadores, la media de edad es de 45,4 años. El mayor porcentaje de los pacientes reingresadores se encuentran en el grupo de edad de entre 36 y 53 años, representando un 39,66% del total. El menor número de reingresadores se encuentra en el rango de edad de entre 72 y 90 años, con un 8%.



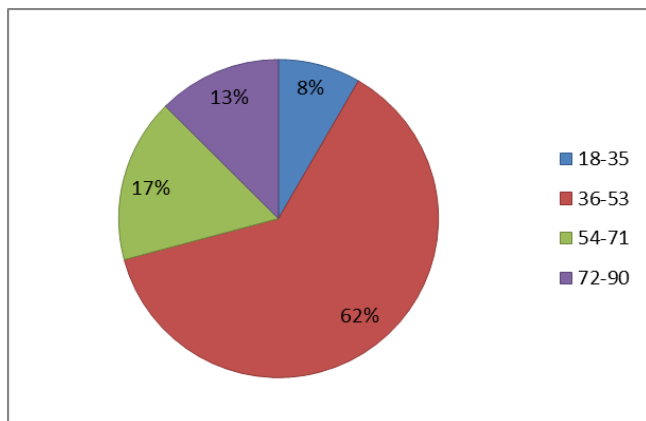
18-35	17
36-53	23
54-71	10
72-90	8
<b>Total general</b>	<b>58</b>

18-35	29,31%
36-53	39,66%
54-71	17,24%
72-90	13,79%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

La misma subdivisión se ha realizado en el grupo de pacientes pertenecientes a la Puerta Giratoria. Su media de edad es de 46,88, mínimamente superior a la de los pacientes resingresadores. El mayor porcentaje de los pacientes reingresadores se encuentran en el grupo de edad de entre 36 y 53 años, representando un 62% del total. El menor número de reingresadores se encuentra en este caso en el rango de edad de entre 18 y 35 años, con un 8% del total, aunque se diferencia mínimamente del grupo de 72-90 y del de 54-71, pues aunque en porcentaje

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

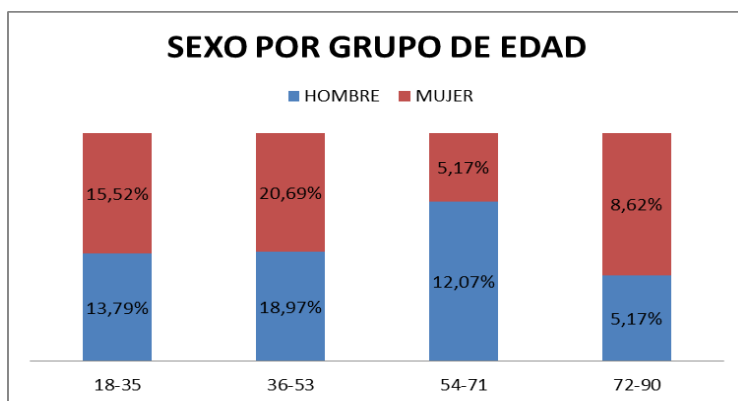
representen el 12,5 y 16,67% del total, en números absolutos sólo se diferencian en uno y dos pacientes entre sí, respectivamente.



18-35	8,33%
36-53	62,50%
54-71	16,67%
72-90	12,50%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

18-35	2
36-53	15
54-71	4
72-90	3
<b>Total general</b>	<b>24</b>

En el análisis del sexo por grupo de edad de los pacientes reingresadores, sólo existe una clara diferencia en el grupo de edad de 54-71 años, donde se aprecia un predominio del sexo masculino sobre el femenino. En el resto de grupos de edad, no existe un claro predominio de un sexo sobre el otro.



	HOMBRE	MUJER	GENERAL
18-35	8	9	17
36-53	11	12	23
54-71	7	3	10
72-90	3	5	8
<b>Total general</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>58</b>

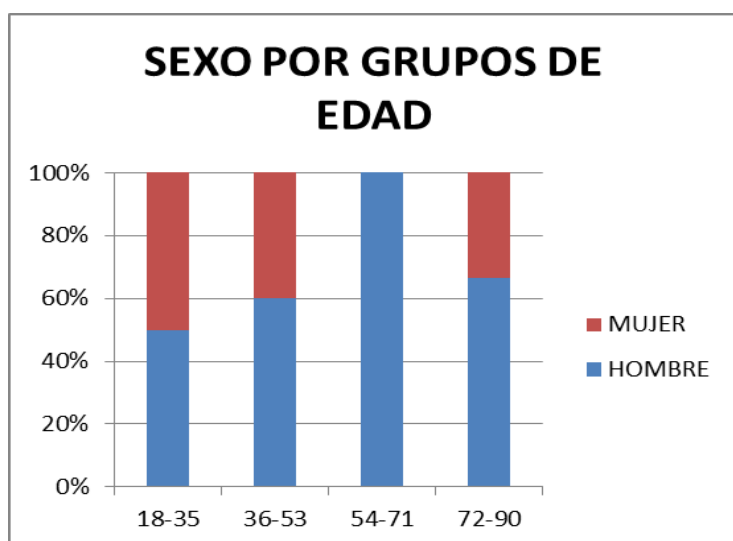
	HOMBRE	MUJER	GENERAL
18-35	13,79%	15,52%	29,31%
36-53	18,97%	20,69%	39,66%
54-71	12,07%	5,17%	17,24%
72-90	5,17%	8,62%	13,79%
<b>Total general</b>	<b>50,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>100,00%</b>

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

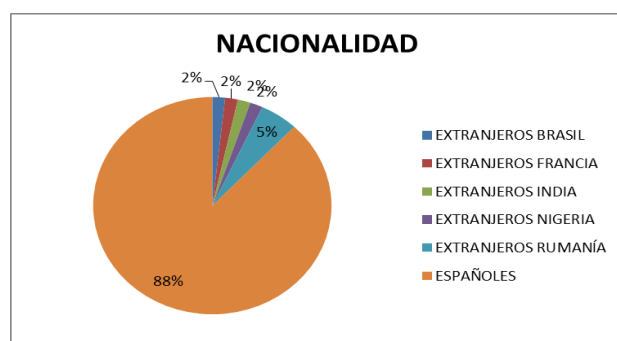
En el grupo de la Puerta Giratoria, se acentúa aún más el predominio de varones en el grupo de edad 54-71. En el resto de grupos (excepto en el de 18-35, donde no hay diferencias de número de varones/mujeres) existe un ligero predominio del sexo masculino, pero también es debido a que hay más pacientes varones en general.

	HOMBRE	MUJER	GENERAL
18-35	1	1	2
36-53	9	6	15
54-71	4		4
72-90	2	1	3
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>24</b>

	HOMBRE	MUJER	GENERAL
18-35	4,17%	4,17%	8,33%
36-53	37,50%	25,00%	62,50%
54-71	16,67%	0,00%	16,67%
72-90	8,33%	4,17%	12,50%
<b>Total general</b>	<b>66,67%</b>	<b>33,33%</b>	<b>100,00%</b>



Con respecto a la nacionalidad de los reingresadores, se ha identificado que un 87'93% en la muestra eran de nacionalidad española, siendo el 12'07% restante inmigrantes/viajeros de diversos países (Brasil, Francia, India, Nigeria, Rumanía)



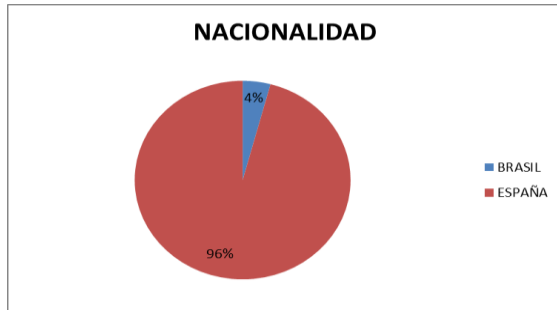
<b>EXTRANJEROS</b>	<b>7</b>
<b>ESPAÑOLES</b>	<b>51</b>
<b>Total general</b>	<b>58</b>

<b>EXTRANJEROS</b>	<b>12,07%</b>
<b>ESPAÑOLES</b>	<b>87,93%</b>
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

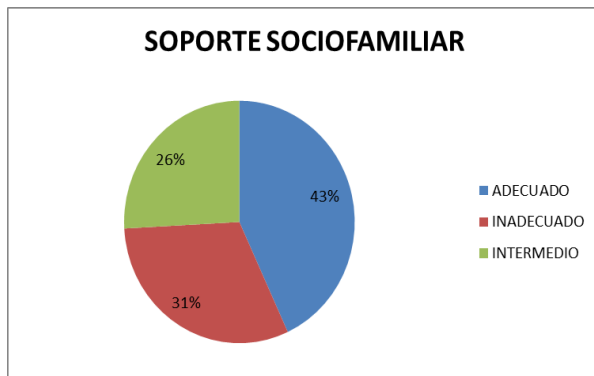
En el grupo de la Puerta Giratoria, se ha identificado que un 87'93% en la muestra eran de nacionalidad española, siendo el 12'07% restante inmigrantes de diversos países.



BRASIL	1
ESPAÑA	23
<b>Total general</b>	<b>24</b>

BRASIL	4,17%
ESPAÑA	95,83%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

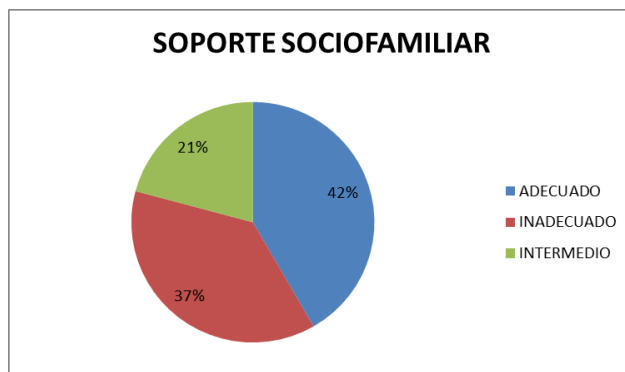
Se valoró también el soporte socio familiar de los pacientes que presentaron dos o más ingresos, en base a una serie de parámetros como la situación laboral, soporte social, sistemas de asistencia, apoyo comunitario, entre otros. En función de estos criterios se clasificaron los pacientes en adecuado, intermedio e inadecuado, siendo esta variable un tanto subjetiva, pues es muy dependiente del profesional que realiza el informe de alta, de lo que el paciente nos cuente, etc. Se consideró que el 43,1% de los reingresadores tenían un soporte socio familiar adecuado, un 31,03% inadecuado y un 25,86% inadecuado.



ADECUADO	25
INADECUADO	18
INTERMEDIO	15
<b>Total general</b>	<b>58</b>

ADECUADO	43,10%
INADECUADO	31,03%
INTERMEDIO	25,86%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

En los pacientes pertenecientes a la Puerta Giratoria, los porcentajes son similares, disminuye mínimamente el soporte adecuado a un 41,67% y aumenta el inadecuado a un 37,5%

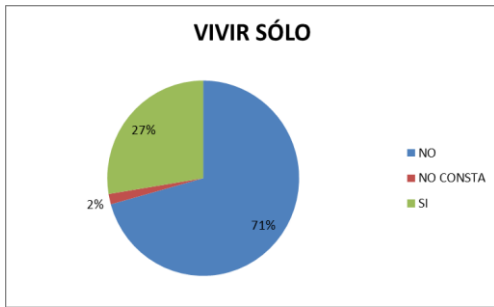


ADECUADO	10
INADECUADO	9
INTERMEDIO	5
<b>Total general</b>	<b>24</b>

ADECUADO	41,67%
INADECUADO	37,50%
INTERMEDIO	20,83%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Ligado a este soporte, pero valorando otros factores, se recogió información sobre si los pacientes vivían o no solos, obteniéndose una negativa como respuesta en un 70,69% de los reingresadores, vivían solos un 27,59% de ellos, mientras que en un mínimo porcentaje no constaba en el informe. Los porcentajes apenas variaban en los pacientes pertenecientes a la Puerta Giratoria.

- Pacientes reingresadores



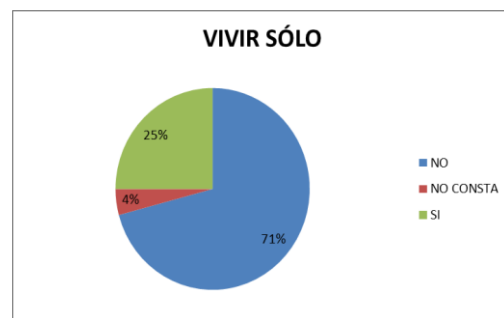
NO	41
NO CONSTA	1
SI	16
<b>Total general</b>	<b>58</b>

NO	70,69%
NO CONSTA	1,72%
SI	27,59%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

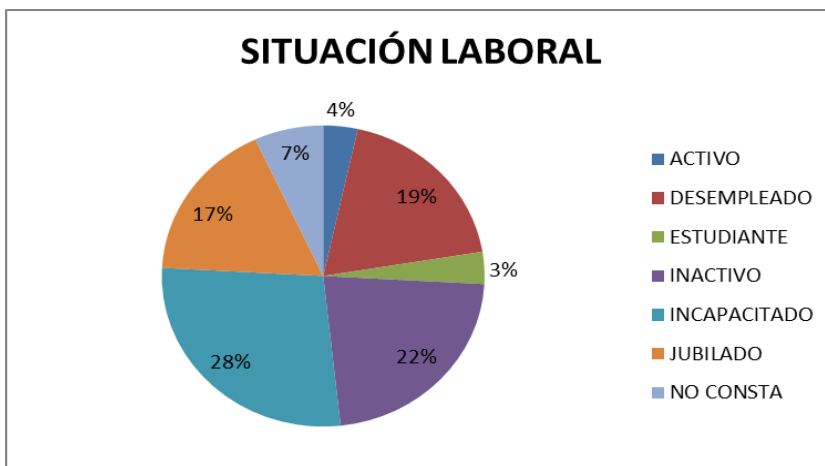
- Pacientes de la Puerta Giratoria

NO	17
NO CONSTA	1
SI	6
<b>Total general</b>	<b>24</b>

NO	70,83%
NO CONSTA	4,17%
SI	25,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



En cuanto a la situación laboral en los reingresadores, se encontró un predominio de incapacitados, seguido de los inactivos, desempleados y jubilados, siendo el menor porcentaje perteneciente a pacientes activos y estudiantes.

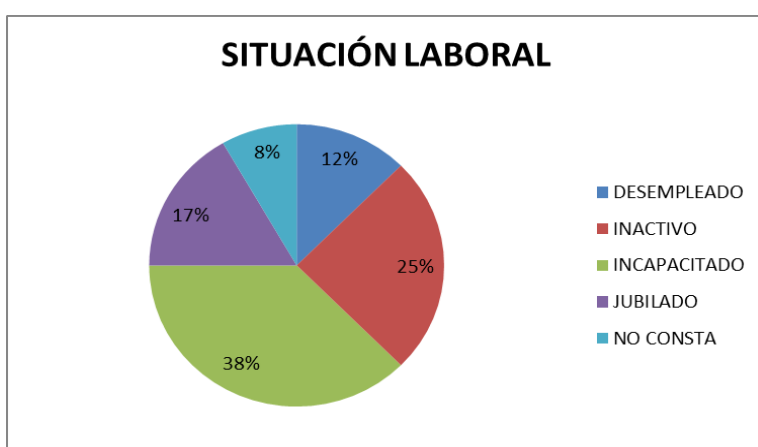


*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

ACTIVO	2
DESEMPLEADO	11
ESTUDIANTE	2
INACTIVO	13
INCAPACITADO	16
JUBILADO	10
NO CONSTA	4
<b>Total general</b>	<b>58</b>

ACTIVO	3,45%
DESEMPLEADO	18,97%
ESTUDIANTE	3,45%
INACTIVO	22,41%
INCAPACITADO	27,59%
JUBILADO	17,24%
NO CONSTA	6,90%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

En la Puerta Giratoria, la predominancia es similar, incrementándose las diferencias entre porcentajes.



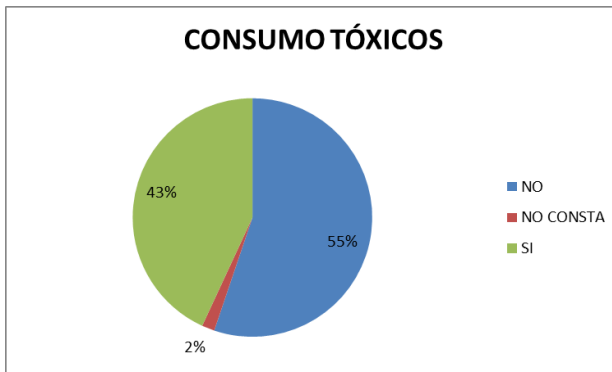
DESEMPLEADO	3
INACTIVO	6
INCAPACITADO	9
JUBILADO	4
NO CONSTA	2
<b>Total general</b>	<b>24</b>

DESEMPLEADO	12,50%
INACTIVO	25,00%
INCAPACITADO	37,50%
JUBILADO	16,67%
NO CONSTA	8,33%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

El consumo de tóxicos tiene relevancia tanto en relación con el abandono del tratamiento como factor analizado aisladamente. Cabe destacar que se objetivó consumo de tóxicos tanto por los resultados de analíticas como porque constara en la propia anamnesis del paciente, siendo consumidores un 43% de los reingresadores y no consumidores un 55%, habiendo un paciente que no constaba, lo que supone el 2% restante. Si observamos la misma variable en los que tienen 3 o más ingresos, apreciamos una inversión de porcentajes, predominando el consumo (58,33) sobre el no consumo (41,67%)

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

- Pacientes reingresadores



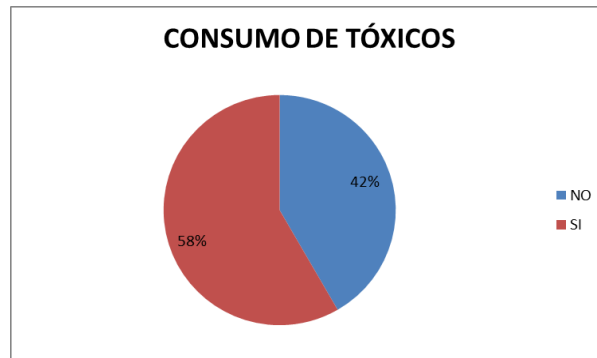
NO	32
NO CONSTA	1
SI	25
<b>Total general</b>	<b>58</b>

NO	55,17%
NO CONSTA	1,72%
SI	43,10%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

- Pacientes Puerta Giratoria

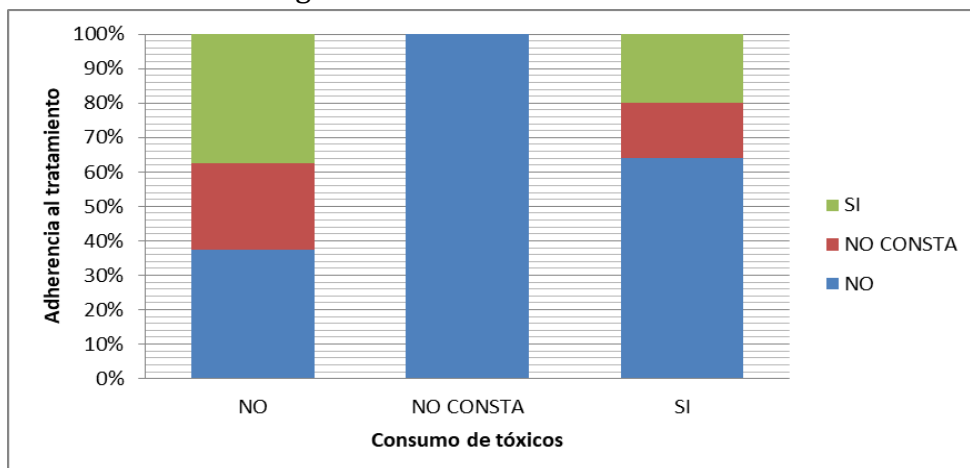
NO	10
SI	14
<b>Total general</b>	<b>24</b>

NO	41,67%
SI	58,33%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

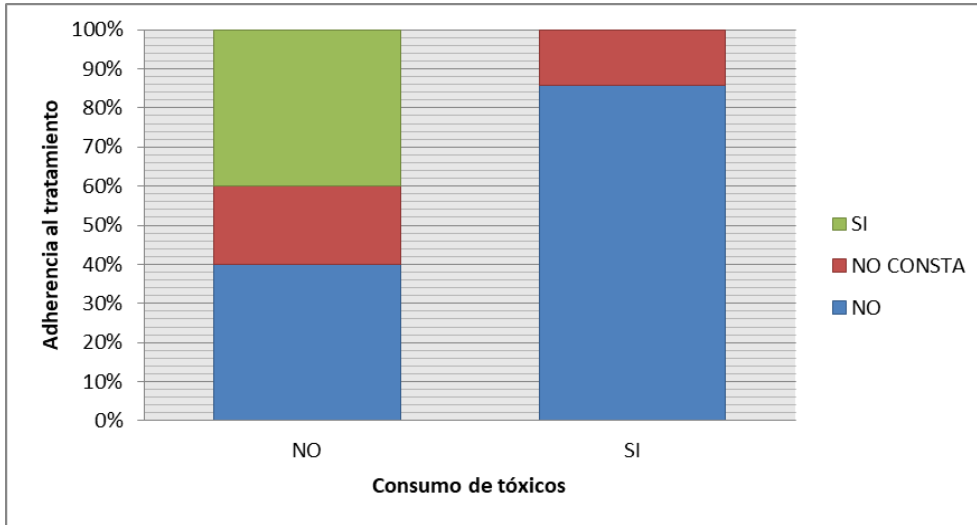


Si analizamos conjuntamente las variables consumo de tóxicos y adherencia terapéutica, podemos observar que existe una clara relación entre el consumo de tóxicos y la no adherencia al tratamiento. Asimismo, los no consumidores presentan un mayor porcentaje de adherencia. Esta relación se ve ya en los pacientes reingresadores, pero se acentúa aún más en los pertenecientes a la Puerta Giratoria.

- Pacientes reingresadores



- Pacientes de la Puerta Giratoria

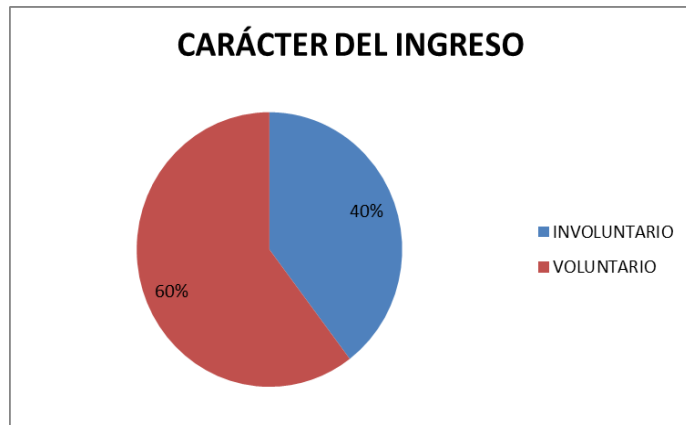


En relación al carácter del ingreso, tanto en los reingresadores como en los de la Puerta Giratoria, hay un predominio de ingresos voluntarios sobre los involuntarios, viéndose estos porcentajes acentuados en la Puerta Giratoria.

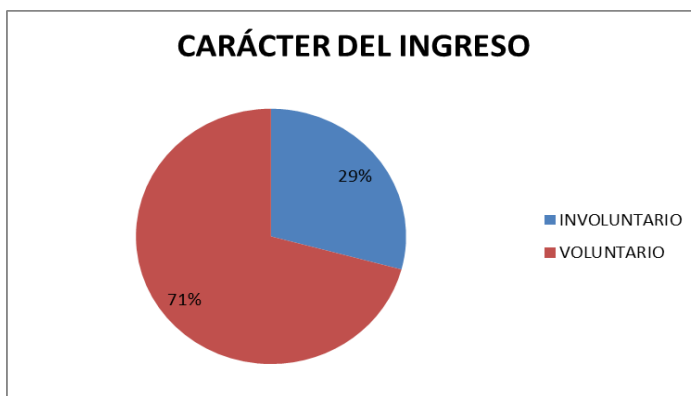
- Pacientes reingresadores

INVOLUNTARIO	23
VOLUNTARIO	35
<b>Total general</b>	<b>58</b>

INVOLUNTARIO	39,66%
VOLUNTARIO	60,34%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



- Puerta Giratoria

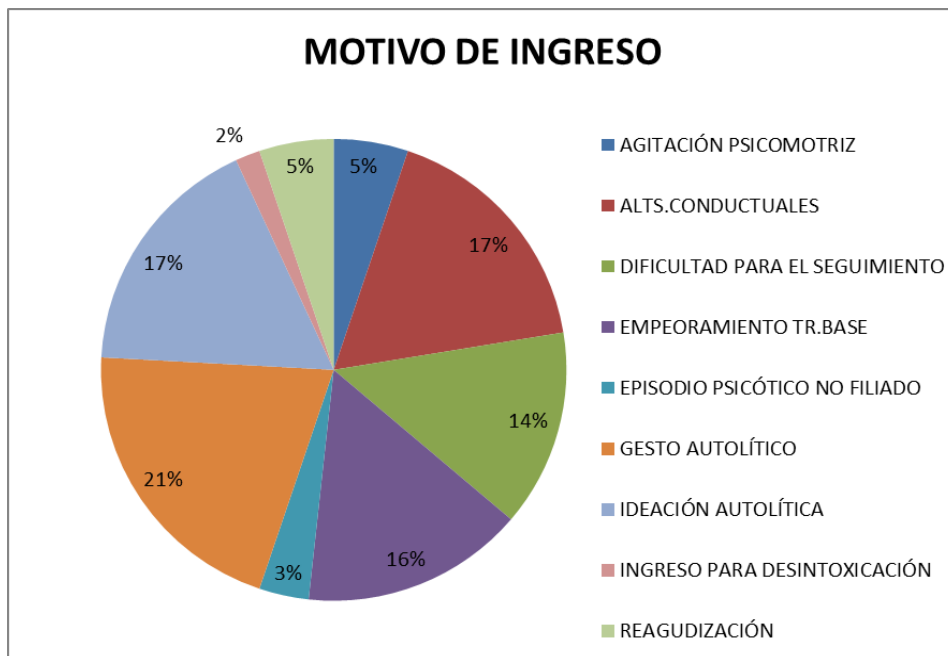


INVOLUNTARIO	7
VOLUNTARIO	17
<b>Total general</b>	<b>24</b>

INVOLUNTARIO	29,17%
VOLUNTARIO	70,83%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

Los motivos de ingresos fueron muy diversos. Por ello han sido clasificados en varias categorías, siendo el gesto autolítico el que se repite con más frecuencia en los reingresadores



AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	3
ALTS.CONDUCTUALES	10
DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO	8
EMPEORAMIENTO TR.BASE	9
EPISODIO PSICÓTICO NO FILIADO	2
GESTO AUTOLÍTICO	12
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	10
INGRESO PARA DESINTOXICACIÓN	1
REAGUDIZACIÓN	3
<b>Total general</b>	<b>58</b>

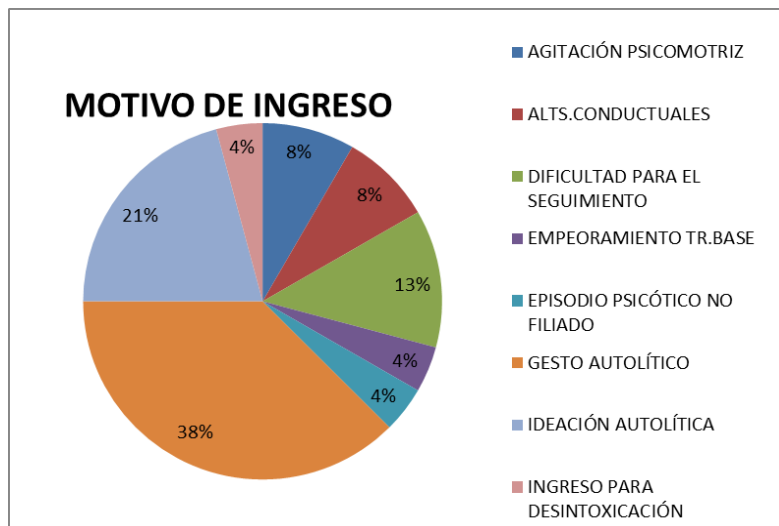
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	5,17%
ALTS.CONDUCTUALES	17,24%
DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO	13,79%
EMPEORAMIENTO TR.BASE	15,52%
EPISODIO PSICÓTICO NO FILIADO	3,45%
GESTO AUTOLÍTICO	20,69%
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	17,24%
INGRESO PARA DESINTOXICACIÓN	1,72%
REAGUDIZACIÓN	5,17%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

En los pacientes de la Puerta Giratoria también hay un claro predominio de gesto autolítico e ideación autolítica.

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	2
ALTS.CONDUCTUALES	2
DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO	3
EMPEORAMIENTO TR.BASE	1
EPISODIO PSICÓTICO NO FILIADO	1
GESTO AUTOLÍTICO	9
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	5
INGRESO PARA DESINTOXICACIÓN	1
<b>Total general</b>	<b>24</b>

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	8,33%
ALTS.CONDUCTUALES	8,33%
DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO	12,50%
EMPEORAMIENTO TR.BASE	4,17%
EPISODIO PSICÓTICO NO FILIADO	4,17%
GESTO AUTOLÍTICO	37,50%
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	20,83%
INGRESO PARA DESINTOXICACIÓN	4,17%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



En cuanto a los diagnósticos de los pacientes de la muestra, estos han sido clasificados en función de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que valora una amplia variedad de condiciones de salud y sirve para entender la existencia de un conjunto clínicamente reconocible de síntomas o comportamientos asociados en la mayoría de los casos con angustia y con interferencia con las funciones personales. Las distintas categorías que engloba esta clasificación son las siguientes:

- Orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos, mentales.
- Trastornos mentales y de comportamiento causados por el uso de sustancias psicoactivas.
- Trastornos de esquizofrenia, esquizotípico y de ideas delirantes.
- Trastornos del humor (afectivos).
- Trastornos neuróticos, somatomorfos o relacionados con el estrés.

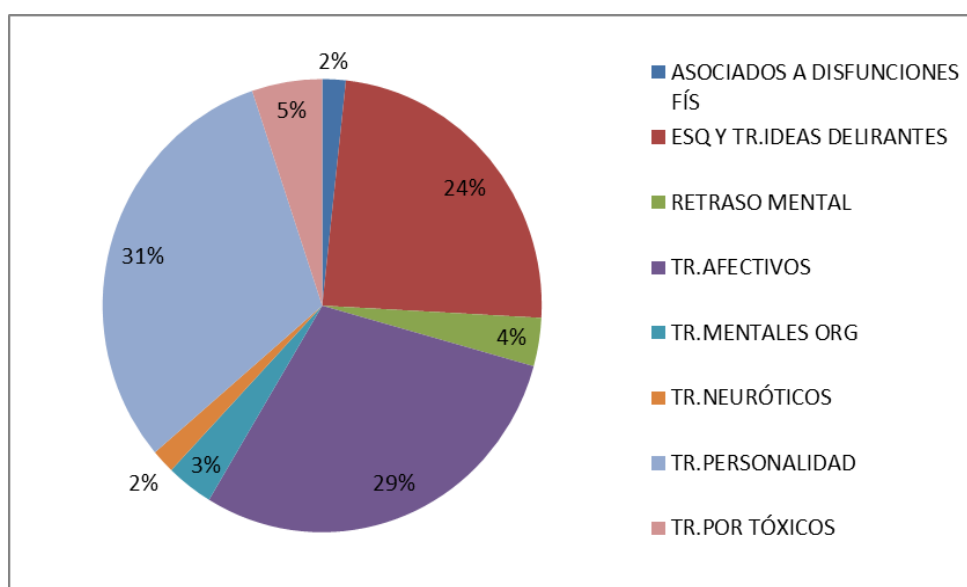
*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

- Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.
- Trastornos de personalidad y de comportamiento en personas adultas.
- Retraso mental.
- Trastorno del desarrollo psicológico.
- Trastornos conductuales y emocionales con inicio en la infancia y adolescencia.
- Trastornos mentales no identificados.

El diagnóstico agrupado más prevalente en los pacientes reingresadores son los trastornos de personalidad (31,03%), seguidos muy de cerca por los trastornos afectivos (29,31%) y por los trastornos de ideas delirantes y esquizofrenias (24,14%).

ASOCIADOS A DISFUNCIONES FÍS	1
ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	14
RETRASO MENTAL	2
TR.AFECTIVOS	17
TR.MENTALES ORG	2
TR.NEURÓTICOS	1
TR.PERSONALIDAD	18
TR.POR TÓXICOS	3
<b>Total general</b>	<b>58</b>

ASOCIADOS A DISFUNCIONES FÍS	1,72%
ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	24,14%
RETRASO MENTAL	3,45%
TR.AFECTIVOS	29,31%
TR.MENTALES ORG	3,45%
TR.NEURÓTICOS	1,72%
TR.PERSONALIDAD	31,03%
TR.POR TÓXICOS	5,17%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



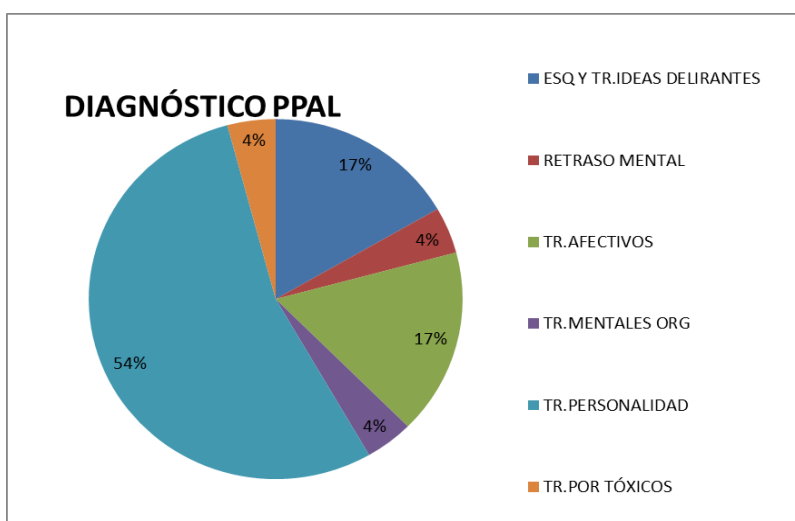
En cuanto a los pacientes pertenecientes a la Puerta Giratoria, esto se ve mucho más acentuado, con un porcentaje de trastornos de personalidad que llega al



54,17%, seguido esta vez mucho más de lejos por los trastornos afectivos y trastornos de ideas delirantes y esquizofrenias.

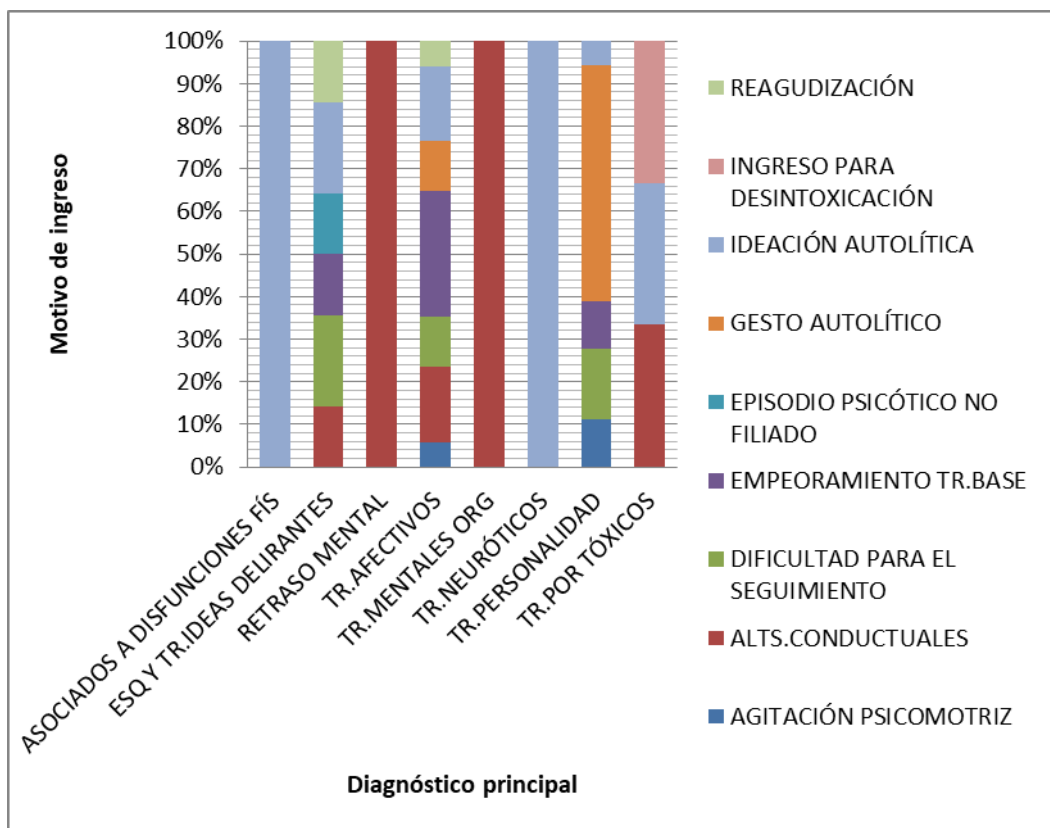
ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	4
RETRASO MENTAL	1
TR.AFECTIVOS	4
TR.MENTALES ORG	1
TR.PERSONALIDAD	13
TR.POR TÓXICOS	1
<b>Total general</b>	<b>24</b>

ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16,67%
RETRASO MENTAL	4,17%
TR.AFECTIVOS	16,67%
TR.MENTALES ORG	4,17%
TR.PERSONALIDAD	54,17%
TR.POR TÓXICOS	4,17%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

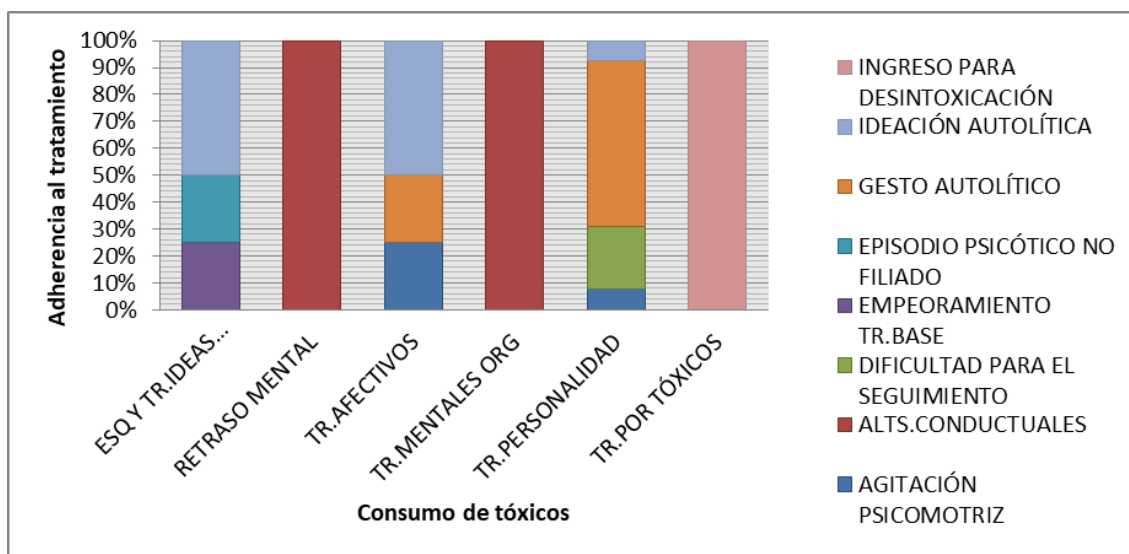


En relación con esto y dado que para el trabajo son especialmente importantes los ingresos frecuentes, me parece interesante analizar el motivo de ingreso según la patología de base, ya que esto puede influir en la frecuencia de necesidad de internamiento. En cuanto a los reingresadores, podemos concluir que los ingresos con trastorno de personalidad (los más prevalentes en nuestra muestra) son, en mayor medida, por gesto autolítico, seguido por dificultad para el seguimiento y, en menor medida, por agitación psicomotriz o empeoramiento del trastorno de base. En cuanto a los trastornos afectivos (segundo más prevalente en este grupo), el motivo de ingreso más frecuente es el empeoramiento del trastorno de base, seguido de alteraciones conductuales e ideación autolítica. En tercer lugar, los ingresados con diagnóstico principal de esquizofrenia, deben su ingreso a ideación autolítica, dificultad para el seguimiento y alteraciones conductuales en porcentaje similar.

Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
 Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.



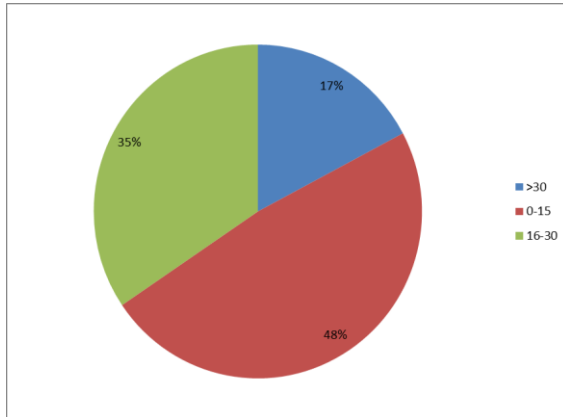
En cuanto a la Puerta Giratoria, los trastornos de personalidad deben sus ingresos en mayor porcentaje a gestos autolíticos, seguido de dificultad en el seguimiento el motivo de ingreso más frecuente. Los trastornos afectivos los deben a ideación autolítica en primer lugar, seguido de gesto autolítico y agitación psicomotriz. Los ingresos con esquizofrenia y trastorno de ideas delirantes deben sus ingresos en primer lugar a ideación autolítica, seguida de episodio psicótico no filiado y empeoramiento del trastorno de base.



*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

Como podemos observar en las gráficas, los motivos de ingreso son muy heterogéneos y coincide que se repiten los mismos patrones según la enfermedad de base tanto en los reingresos como en los que pertenecen a la Puerta Giratoria.

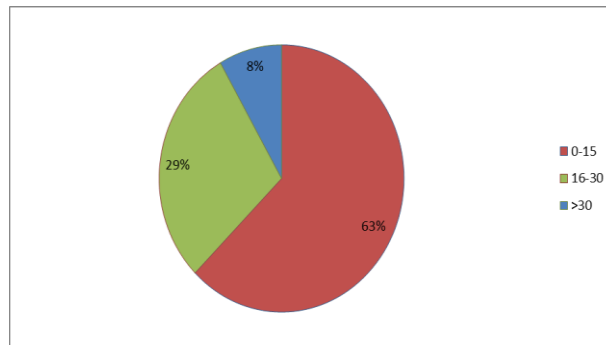
En lo referente al tiempo de estancia, se ha realizado una clasificación en tres grupos: de 0 a 15 días, de 16 a 30 días y más de 30, observándose en ambos grupos una prevalencia del grupo de 0 a 15 días, siendo esta mucho más pronunciada en el grupo que tiene 3 o más ingresos (62,5% vs 48,28%)



0-15	28
16-30	20
>30	10
<b>Total general</b>	<b>58</b>

0-15	48,28%
16-30	34,48%
>30	17,24%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

0-15	15
16-30	7
>30	2
<b>Total general</b>	<b>24</b>

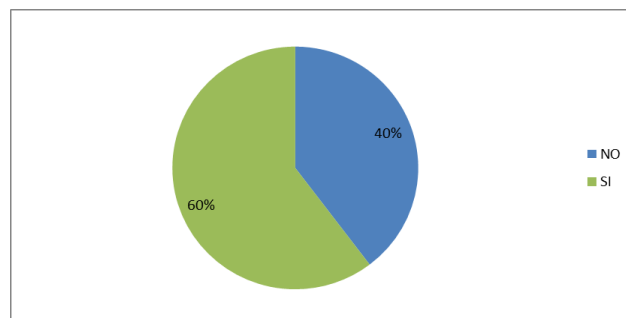


0-15	62,50%
16-30	29,17%
>30	8,33%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

Si observamos la concomitancia de otros diagnósticos psiquiátricos secundarios además del trastorno principal de base, tanto en los que tienen dos o más ingresos como en los que tienen tres o más, en ambos grupos hay un mayor porcentaje de comorbilidad psiquiátrica, siendo este mayor en el segundo grupo (75% vs 60%)

- Pacientes reingresadores

NO	23
SI	35
<b>Total general</b>	<b>58</b>

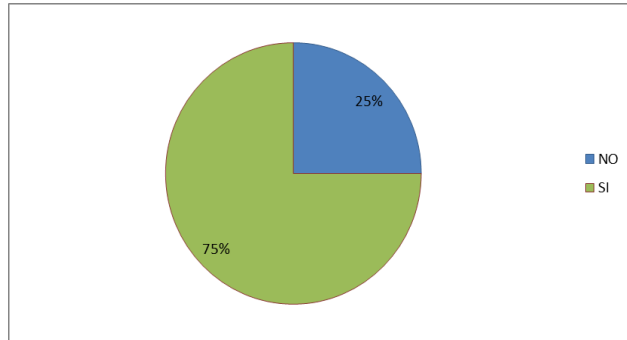


NO	39,66%
SI	60,34%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

- Pacientes de la Puerta Giratoria

NO	6
SI	18
<b>Total general</b>	<b>24</b>

NO	25,00%
SI	75,00%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

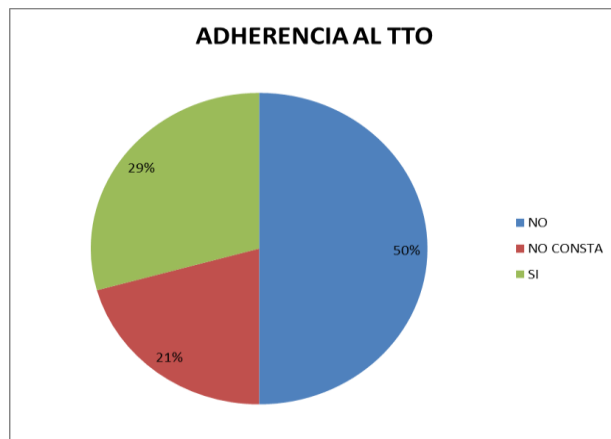


En lo referente a la adherencia terapéutica, en nuestro estudio encontramos un alto porcentaje de pacientes reingresadores que presentan mala adherencia al tratamiento, abandonando el mismo previamente a producirse sus ingresos el 50% de los pacientes. En el grupo de la Puerta Giratoria ocurre lo mismo pero de manera más acentuada (66,67% presentan mala adherencia al tratamiento). Cabe destacar que en esta variable hay una alta tasa de pacientes en los que este dato no consta ni en el informe de alta ni en Intranet.

- Pacientes reingresadores

NO	29
NO CONSTA	12
SI	17
<b>Total general</b>	<b>58</b>

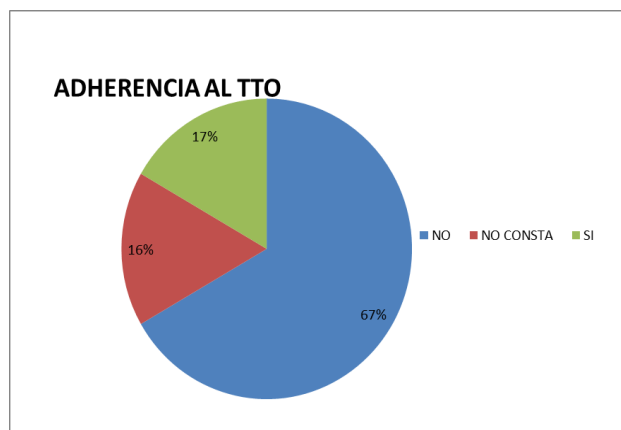
NO	50,00%
NO CONSTA	20,69%
SI	29,31%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



- Pacientes pertenecientes a la Puerta Giratoria

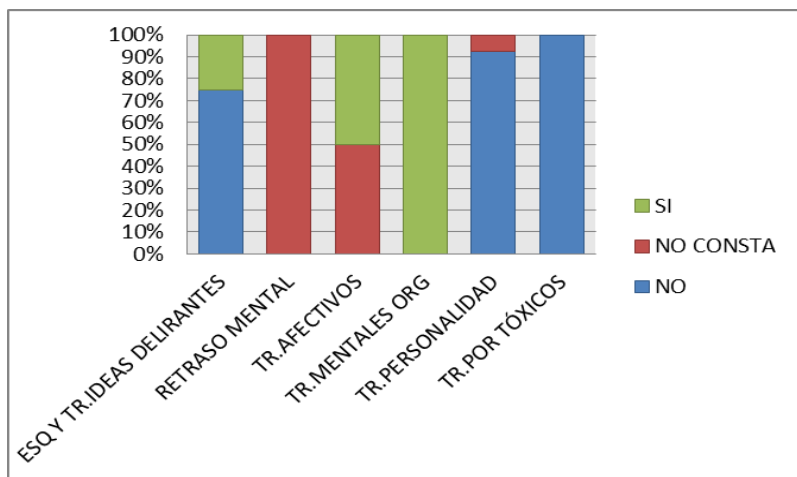
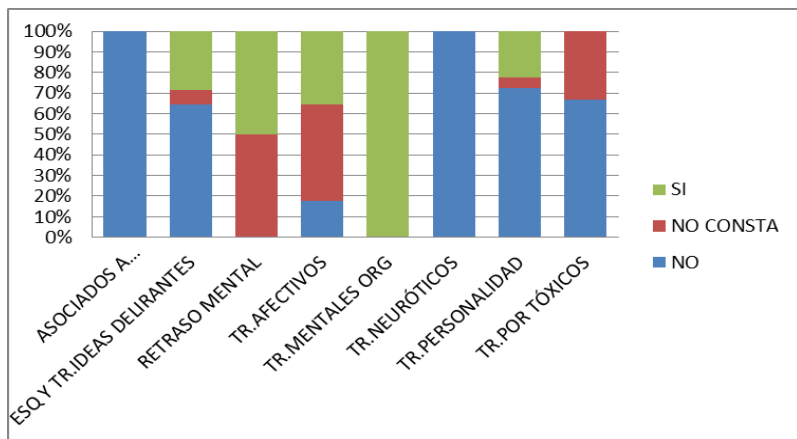
NO	16
NO CONSTA	4
SI	4
<b>Total general</b>	<b>24</b>

NO	66,67%
NO CONSTA	16,67%
SI	16,67%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>

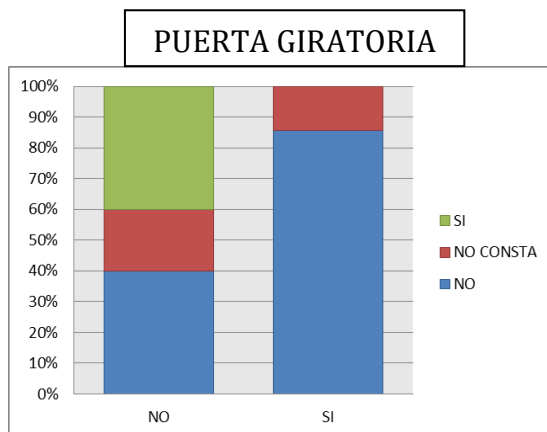
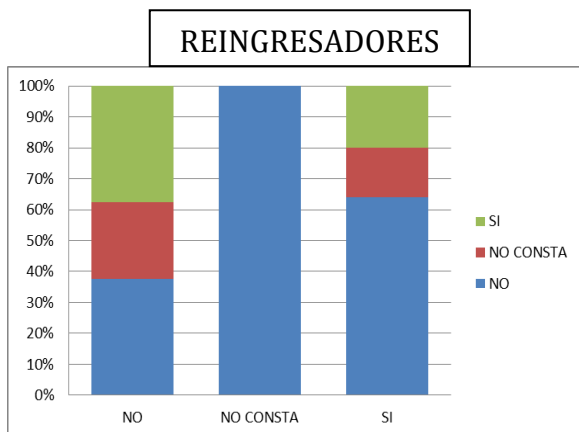


También consideramos relevante observar cómo consiguen la adherencia al tratamiento los pacientes en función del diagnóstico principal y del consumo concomitante de tóxicos que expondremos a continuación.

Cabe destacar que en los reingresadores (ya sea dos o más o tres o más), existe una muy mala adherencia al tratamiento cuando se trata de pacientes con trastorno de personalidad y con esquizofrenia, mientras que los trastornos afectivos presentan menor tasa de abandono de tratamiento.



También podemos observar que existe una menor adherencia al tratamiento (ordenadas) cuando existe un consumo concomitante de tóxicos (abscisas). Esto ocurre en los dos grupos de pacientes que estudiamos.

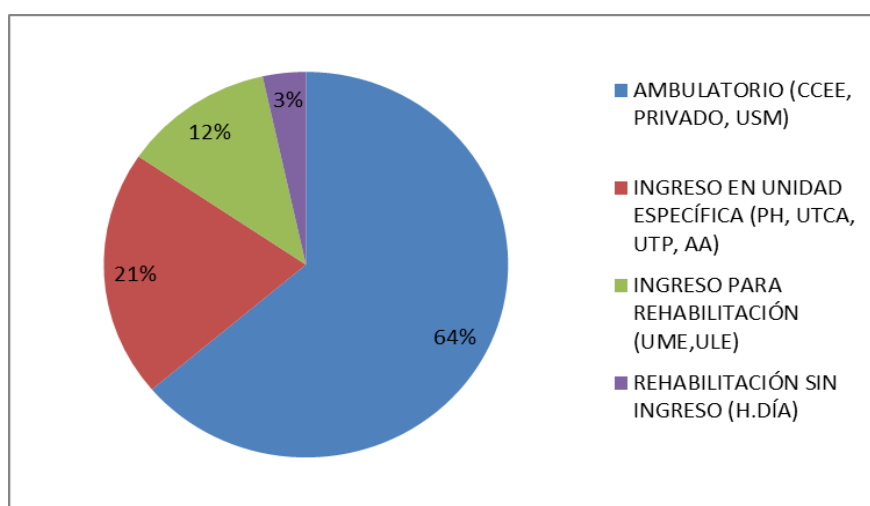


*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

En cuanto a las derivaciones de estos pacientes al ser dados de alta, la mayor parte de los reingresadores, son atendidos en régimen ambulatorio (ya sea en Consultas Externas del HCULB o en la Unidad de Salud Mental a la que pertenecen), lo que corresponde a un 63,79%. El resto, son derivados al alta para ingreso en alguna unidad específica (Proyecto Hombre, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Unidad de Trastornos de Personalidad, Alcohólicos Anónimos), que representan el 20,69%, para rehabilitación (Unidad de Media o Larga Estancia, como son Profesor Rey Ardid, Nuestra Señora del Pilar, Nuestra Señora del Carmen, entre otras), que representan el 12,07% o para rehabilitación sin ingreso, es decir, en el Hospital de Día.

AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	37
INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	12
INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	7
REHABILITACIÓN SIN INGRESO (H.DÍA)	2
<b>Total general</b>	<b>58</b>

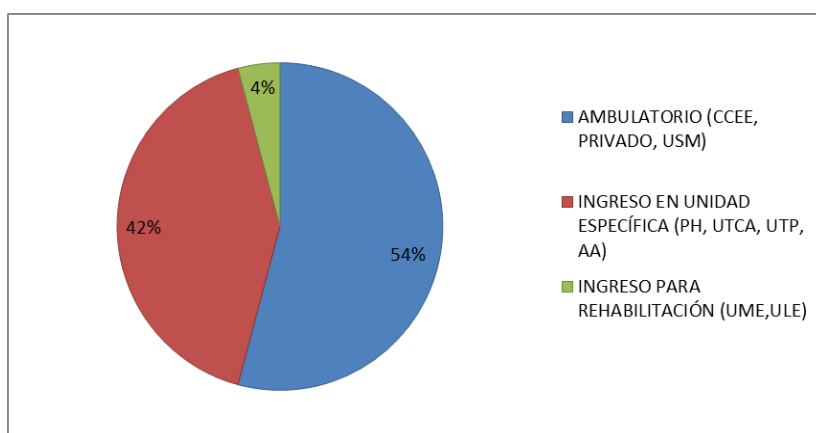
AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	63,79%
INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	20,69%
INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	12,07%
REHABILITACIÓN SIN INGRESO (H.DÍA)	3,45%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



En este variable, existen considerables diferencias entre los que han ingresado dos o más veces en 2017 y los que han ingresado tres o más, pues estos últimos, aunque son seguidos también en mayor porcentaje en régimen ambulatorio (54,17%), hay un aumento significativo del porcentaje de derivaciones a unidades específicas (41,67%).

AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	13
INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	10
INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	1
<b>Total general</b>	<b>24</b>

AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	54,17%
INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	41,67%
INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	4,17%
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>



## 7. DISCUSIÓN

Me parece interesante resaltar que este estudio se ha realizado únicamente en función de los informes de alta de 2017, es decir, el seguimiento se ha realizado durante un año y los resultados pueden variar respecto a los obtenidos en otros estudios con un tiempo de seguimiento mayor. Así pues, tanto el tiempo de seguimiento elegido como la arbitraria utilización de criterios de definición del fenómeno dificultan la comparación de resultados.

Aun así, mediante la búsqueda en la Intranet hemos podido acceder a los datos de los pacientes que nos interesaban, pudiendo ver su actividad clínica desde 2002. Hemos averiguado que los 58 pacientes que están dentro del grupo de pacientes reingresadores (dos o más ingresos en 2017) y que representan el 16,7% del total en un año, tienen a sus espaldas 702 ingresos entre todos desde 2002, con un promedio de 12,1 ingresos/paciente. Si nos fijamos en los correspondientes a la Puerta Giratoria (tres o más ingresos en 2017) se evidencia que 24 pacientes, que representan el 6,1% de ingresos de 2017, suman 491 ingresos desde 2002, con un promedio de 20,45 ingresos/paciente. El promedio de ingresos en ambos casos

está muy influido por variables extremas, pues existen dos pacientes con especial tendencia a los reingresos en los últimos 15 años, con 34 y 35 ingresos respectivamente, estando además dichos ingresos concentrados en los últimos cinco años.

Aquí tiene especial importancia mencionar el concepto de ingreso fallido, que consiste en pacientes que reingresan los primeros 15 días tras darles el alta. Estos deberían ser analizados aparte y deberían ser identificados los factores al alta influyen en este reingreso tan temprano.

En función de lo analizado (16,7% de reingresos y 6,1% de la Puerta Giratoria), los resultados varían respecto a otros estudios, que estimaban las cifras entorno a un 20-25% de los pacientes con tres o más ingresos. En concreto, en nuestro centro existen dos estudios previos con los que es interesante comparar los resultados. En uno realizado en 2014-2015 los pacientes reingresadores representaban un 22% de los ingresos y en el realizado en 2009-2011 la cifra era bastante semejante, con un porcentaje del 21,08%. Esta diferencia de porcentajes está claramente influida por los expuesto anteriormente, el hecho de introducir los mismos criterios de definición en un periodo de tiempo menor. Lógicamente los porcentajes bajan.

Analizando cada variable por separado, en cuanto al sexo y edad, nuestro estudio revela que existe un porcentaje similar de hombres y mujeres en los reingresadores y un porcentaje mayor de hombres en el fenómeno de la Puerta Giratoria. Esto último concuerda con los otros estudios anteriores, así como la media de edad de 45 años, también similar a otros estudios. <sup>(4, 5,8)</sup>

En lo relativo al soporte socio familiar y a vivir sólo, nuestro estudio encuentra que la mayoría de los pacientes cuentan con adecuadas redes de apoyo, lo cual difiere con lo encontrado hasta el momento, descrito en uno de los artículos publicados <sup>(13)</sup>, que consideraba la falta de apoyo familiar un factor de riesgo importante. En otras variables, como en la situación laboral sí que se muestran coincidencias entre nuestros resultados y los obtenidos en otros estudios hasta el momento, encontrando dentro del perfil del reingresador que este no desempeñe una actividad laboral, ya sea por encontrarse incapacitado, jubilado o en situación de desempleo. <sup>(11, 14, 15)</sup>

También se ha identificado el consumo de tóxicos como un factor habitual asociado a los pacientes pertenecientes a la Puerta Giratoria, lo cual coincide con otros estudios <sup>(14, 16)</sup>. Siendo que el consumo de tóxicos es un factor modificable, este debe ser uno de los principales puntos de intervención, estableciendo al alta vínculos con dispositivos que colaboren en la desintoxicación del paciente, lo cual mejoraría el pronóstico del mismo y disminuiría el número de reingresos.



En cuanto al motivo de ingreso, se considera que las diferencias encontradas entre los más frecuentes están condicionadas por la patología que más frecuentemente reingresa en nuestro estudio. En este estudio, predomina como motivo de ingreso el gesto autolítico y como principal diagnóstico el trastorno de personalidad. Estos resultados difieren de otros estudios, donde se encuentra con frecuencia como primer motivo de ingreso la reagudización del trastorno de base o el abandono terapéutico. Esto se da en aquellos estudios cuyo fenómeno de puerta giratoria está constituido en su mayoría por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. <sup>(9, 17)</sup> En otros estudios, aparece como principal diagnóstico los trastornos afectivos <sup>(6, 18)</sup>. Se ha observado que nuestro resultado de trastornos de personalidad como principal diagnóstico están muy influido por un paciente en concreto que presentó ocho ingresos en 2017.

La mala adherencia terapéutica es otro factor con importante repercusión en la necesidad de repetidos ingresos, si bien todos los estudios con conclusiones al respecto lo consideran un factor de riesgo importante <sup>(16, 18)</sup> otros lo consideran incluso el principal motivo de ingresos frecuentes <sup>(8)</sup>. En nuestro estudio existe una mala adherencia al tratamiento por parte de los reingresadores y esta empeora aún más cuando existe un consumo concomitante de tóxicos.

Con respecto a los estudios realizados previamente en el HCULB, podemos observar lo siguiente respecto al perfil clínico-epidemiológico de los reingresos. En relación al sexo y la edad media, no se encuentran apenas diferencias. En cuanto al diagnóstico principal, la patología más prevalente en nuestro estudio es el trastorno de personalidad, seguido de trastornos afectivos y esquizofrenias. Esto difiere de los estudios realizados en 2014-2015 y 2009-2011, donde la patología más prevalente eran los trastornos afectivos y, en concreto, el trastorno bipolar. Lo contrario ocurre en lo relativo al consumo de tóxicos y el abandono terapéutico, las proporciones de pacientes guardan una correlación casi lineal con las halladas en los estudios previos. <sup>(5, 19)</sup>

En cuanto al hecho de estar pendientes para centros de Rehabilitación, en este estudio están pendientes un 12% de los reingresos, lo que concuerda con el 10% del estudio realizado en 2014-15 pero difiere radicalmente del realizado en 2009-2011. Se puede considerar pues que existió una mejoría previa al estudio de 2011 y esta se ha mantenido en el tiempo.

Resumiendo, podemos considerar como factores modificables comunes en el perfil de reingresadores la mala adherencia terapéutica y el consumo de tóxicos, los cuales son potencialmente mejorables con estrategias dirigidas de forma

específica. Harán falta en el futuro estudios de intervención sobre la continuidad asistencial para poder demostrar la mejoría de estos dos aspectos.

Hay que prestar también atención a los factores del paciente que no se pueden modificar a priori, como por ejemplo la inactividad laboral, que aunque no se pueda actuar directamente sobre ellos, pueden servir como identificadores de este perfil de pacientes y para prestar más atención en su valoración al alta.

Las mismas variables han sido analizadas también en estudios en otras áreas sanitarias y en países no tan desarrollados obteniendo resultados similares a países del primer mundo y se obtuvo como conclusión que debido al impacto que tienen las altas antes de la recuperación de la estabilidad del paciente, puede ser particularmente beneficiosa la aplicación de intervenciones psicosociales con un enfoque específico en la educación y haciendo hincapié en los cuidadores primarios. <sup>(8)</sup>

Una variable poco estudiada es la existencia de comorbilidad física, pero la asociación entre esto y reingresos psiquiátricos está aun pobremente documentada y la asociación varía dependiendo de la naturaleza de la patología psiquiátrica, las características de la población estudiada y del protocolo de estudio. <sup>(20)</sup>

Para finalizar, este estudio muestra que el fenómeno reingresador y de la Puerta Giratoria puede estar fuertemente unido a la organización del sistema sanitario, que protege a los pacientes pero también induce una dependencia por sí misma, especialmente en los más vulnerables, que más frecuentemente necesitan y utilizan los servicios mentales de salud debido a la severidad de su enfermedad. Para estos pacientes que requieren ingresos repetidos, el hospital representa en ocasiones una alternativa a la vida social, un alivio de sus miedos y un refugio del mundo real. Pero está claro que la inapropiada utilización del hospital, aunque a algunos pacientes les parezca un lugar seguro, conlleva un retroceso hacia un comportamiento más severo, debido a la dependencia psicológica de las instituciones de salud mental.

La principal limitación de este estudio es la falta de una muestra control de pacientes no reingresadores con la que poder medir la fuerza de asociación de cada variable y poder establecer conclusiones más vinculantes. La investigación en este ámbito es muy necesaria para optimizar los recursos y reducir la carga económica, pero sobre todo humana, que este grupo de pacientes representa. <sup>(8)</sup>

El aumento de las intervenciones que realcen el nexo entre personal hospitalario y extrahospitalario será de vital importancia. Además, se ha evidenciado en algún

estudio que algunas variables que conducen a los ingresos repetidos no sólo dependen del paciente, como son la escasez de entrenamiento y formación especializada del personal, que en ocasiones no está cualificado para prestar servicios en función de si los cuidados requeridos son a corto o a largo plazo.

Algunas medidas propuestas en estudios previos son que los pacientes deberían estar implicados en programas sociales ya durante su ingreso, la asignación de un coordinador de servicios y la implicación de la familia en el planteamiento del procedimiento al alta, entre otras. Se ha visto que estas medidas han aumentado las probabilidades de que los pacientes acudan a su primera cita en consultas postingreso y presentaban también una mejor adherencia terapéutica. Además estas estrategias disminuyen la tasa de rehospitalización y mejoran el estado clínico del paciente.

Las mejores estrategias de intervención serán aquellas que involucren una dimensión interpersonal, que reduzca la dicotomía paciente intra-extrahospitalario, aquellas que permitan a los pacientes tomar parte de la vida social y la ciudadanía. Esto se conseguirá mediante la creación de un vínculo que permita los seguimientos periódicos y disminuya los ingresos repetidos. Además, los estudios realizados en esta línea deberían incluir un rango de resultados que contemplen conjuntamente al paciente, a la familia y a los resultados fuera del sistema sanitario, no sólo fijarnos en cifra de ingresos y estancia media de los mismos. (6, 16, 17, 21, 22, 23, 24)

## **8. CONCLUSIONES**

1. Los reingresos en Psiquiatría son un fenómeno frecuente y representan aproximadamente el 15% de los ingresos en la Unidad de Hospitalización de Adultos al año.
2. Este fenómeno tiene un gran impacto desde el punto de vista de la gestión sanitaria, ya que un pequeño porcentaje de pacientes (58), consumen una cantidad desproporcionada de recursos (702 ingresos desde 2002).
3. Existe un perfil clínico-epidemiológico común a la mayoría de pacientes con ingresos frecuentes: son españoles (92%) con una media de edad de 45,44 años e inactivos laboralmente.
4. Además, existen factores potencialmente modificables, que son comunes en los pacientes reingresadores. Estos son la mala adherencia terapéutica (50%) y el consumo de tóxicos (41%). Intervenciones en este sentido deben ser puestas en práctica para intentar disminuir la prevalencia del fenómeno.
5. Los reingresos son en mayor porcentaje voluntarios (60%), de corta duración (0-15 días), seguidos de forma ambulatoria (64%), con un diagnóstico principal de trastorno de personalidad y gesto autolítico como motivo de ingreso.
6. Todas estas características se extienden a los pacientes correspondientes a la Puerta Giratoria (tres o más ingresos en un año natural), acentuándose los porcentajes establecidos previamente y predominando el fenómeno en varones.
7. El abordaje de este grupo de pacientes debe ser una línea prioritaria en la red de salud mental, tanto desde el punto de vista de la gestión sanitaria, como por la influencia desfavorable que tantos ingresos provocan en el pronóstico de los pacientes.

## **9. BIBLIOGRAFÍA**

1. Castrodeza Sanz JJ, De la Gándara Martín JJ, Martín DD. Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría. [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/estudio-evolutivo-de-pacientes-con-ingresos-multiples-en-psiquiatria--0.pdf>
2. ORDEN del 27 de Julio de 1983, de constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. BOE 196. 17 de agosto de 1983: 22596-22596
3. LEY, 14/1985, 25 Abril 1986, General de Sanidad. BOE 102. 29 de abril de 1986:15207-15224
4. Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Hering LM, et al. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 18 de abril de 2010 [citado 29 de abril de 2018]; 45(4):461-8. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-009-0085-6>
5. Ortega-Aladrén O. ¿Existe todavía la Puerta Giratoria en Psiquiatría? Estudio de reingresos en una Unidad de Corta Estancia. Trabajo Fin de Máster. Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina. [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en: <http://zaguán.unizar.es/record/8593/files/TAZ-TFM-2012-610.pdf>
6. Psychiatric admission and readmission in a general hospital of Porto Alegre: sociodemographic, clinic, and use of Network for Psychosocial Care characteristics. REV BRAS EPIDEMIOL JUL-SET [Internet]. 2017 [citado 29 de abril de 2018];20(3):460-74. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n3/en\\_1980-5497-rbepid-20-03-460.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n3/en_1980-5497-rbepid-20-03-460.pdf)
7. Garrido P, Saraiva C. Revolving door syndrome: A new meaning for an old concept. Eur Psychiatry [Internet]. enero de 2011 [citado 29 de abril de 2018];26:1114. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S092493381172819X>
8. Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte C, Del Giovane C. The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward. J Nerv Ment Dis [Internet]. septiembre de 2016 [citado 29 de abril de 2018];204(9):686-92. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005053-201609000-00008>
9. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2017 [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijpc20>
10. Fábio GL, Andreoli SB, Inês Quintana MS, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. Rev Saude Publica [Internet]. 2000

- [citado 29 de abril de 2018];34(3):280-5. Disponible en:  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2230.pdf>
11. Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hü Bner-Liebermann B, Ran Hajak G. The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. 2013 [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en:  
<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0075612&type=printable>
  12. Kirby SE, Dennis SM, Jayasinghe UW, Harris MF. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. 2010 [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en:  
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-216>
  13. Pereira S, Miguel C, Pereira C, Firmino H. The revolving door phenomenon: an epidemiologic characterisation at a psychiatric department of a Portuguese University Hospital. *European Neuropsychopharmacology*. 2011; 26: 1114
  14. Madrigal GO. Factores clínicos relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. *Med Leg Costa Rica-Edición Virtual [Internet]* 2015 [citado 29 de abril de 2018];32(2). Disponible en:  
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n2/art02v32n2.pdf>
  15. Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, de Girolamo G. Use of psychiatric inpatient services by heavy users: Findings from a national survey in Italy. *Eur Psychiatry [Internet]*. mayo de 2011 [citado 29 de abril de 2018];26(4):252-9. Disponible en:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933810002488>
  16. Blonigen DM, Manfredi L, Heinz A, Bi X, Suarez P, Nevedal AL, et al. Reducing Frequent Utilization of Psychiatric Emergency Services Among Veterans While Maintaining Quality of Care. [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en:  
<file:///C:/Users/Admin/Desktop/MEDICINA/10.1176@appi.ps.201700288.pdf>
  17. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica*. 2000 Jun; 34(3):280-285
  18. Lin C-H, Chen M-C, Chou L-S, Lin C-H, Chen C-C, Lane H-Y. Time to rehospitalization in patients with major depression vs. those with schizophrenia or bipolar I disorder in a public psychiatric hospital. *Psychiatry Res [Internet]*. diciembre de 2010 [citado 30 de abril de 2018];180(2-3):74-9. Disponible en:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178109004855>
  19. Sanz Arenal A. The Revolving Door Phenomenon in Psychiatry. [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en:

- <https://zaguan.unizar.es/record/57591/files/TAZ-TFG-2016-1079.pdf>
20. Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. BMC Psychiatry [Internet]. 2017 [citado 29 de abril de 2018];17(2). Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-016-1172-3>
  21. Juven-Wetzler A, Bar-Ziv D, Cwikel-Hamzany S, Abudy A, Peri N, Zohar J. A pilot study of the «Continuation of Care» model in «revolving-door» patients. Eur Psychiatry [Internet]. mayo de 2012 [citado 29 de abril de 2018];27(4):229-33. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933811000940>
  22. Kisely S, Campbell LA. Does compulsory or supervised community treatment reduce revolving door care? Br J Psychiatry [Internet]. 2007 [citado 29 de abril de 2018];191:373-4. Disponible en: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/FCCD512D407CFF55F5FD4BF28283F866/S0007125000247156a.pdf/does\\_compulsory\\_or\\_supervised\\_community\\_treatment\\_reduce\\_revolving\\_door\\_care.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/FCCD512D407CFF55F5FD4BF28283F866/S0007125000247156a.pdf/does_compulsory_or_supervised_community_treatment_reduce_revolving_door_care.pdf)
  23. Lichtenberg P, Levinson D, Sharshevsky Y, Feldman D, Lachman M. Clinical case management of revolving door patients – a semi-randomized study. Acta Psychiatr Scand [Internet]. Junio de 2008 [citado 29 de abril de 2018];117(6):449-54. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2008.01170.x>
  24. Hajebi A, Sharifi V, Vasfi MG, Moradi-Lakeh M, Tehranidoost M, Yunesian M, et al. A multicenter randomized controlled trial of aftercare services for severe mental illness: study protocol. [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-13-178>

## 10. ANEXO

### - PACIENTES REINGRESADORES

Paciente	SEXO	EDAD	CONSUMO TÓXICOS	SITUACIÓN LABORAL	SOPORTE SOCIOFAMILIAR
ene-08	MUJER	79	NO	JUBILADO	INTERMEDIO
ene-10	MUJER	19	SI	INACTIVO	INTERMEDIO
ene-27	HOMBRE	42	SI	DESEMPLEADO	INTERMEDIO
feb-07	MUJER	49	NO	ACTIVO	ADECUADO
feb-27	MUJER	19	SI	DESEMPLEADO	INADECUADO
mar-02	HOMBRE	56	NO	INCAPACITADO	INADECUADO
mar-09	MUJER	40	NO	DESEMPLEADO	ADECUADO
mar-29	MUJER	40	SI	DESEMPLEADO	ADECUADO
mar-31	HOMBRE	42	SI	INACTIVO	INADECUADO

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

mar-32	HOMBRE	56	NO	INCAPACITADO	INADECUADO
abr-03	HOMBRE	56	NO	JUBILADO	ADECUADO
abr-14	MUJER	19	SI	DESEMPLEADO	INTERMEDIO
abr-22	MUJER	79	NO	JUBILADO	INADECUADO
abr-28	MUJER	76	NO	JUBILADO	ADECUADO
abr-35	HOMBRE	42	SI	INCAPACITADO	INADECUADO
may-03	MUJER	19	NO	ESTUDIANTE	INTERMEDIO
may-05	HOMBRE	42	SI	INACTIVO	INADECUADO
may-15	MUJER	41	SI	DESEMPLEADO	INTERMEDIO
may-16	HOMBRE	24	SI	INACTIVO	ADECUADO
may-19	MUJER	32	SI	ACTIVO	INTERMEDIO
may-31	HOMBRE	56	NO	INCAPACITADO	INADECUADO
jun-07	HOMBRE	42	SI	INACTIVO	INTERMEDIO
jun-13	MUJER	45	NO	INCAPACITADO	ADECUADO
jul-03	HOMBRE	42	SI	INACTIVO	INTERMEDIO
jul-16	MUJER	55	NO	NO CONSTA	INADECUADO
jul-23	HOMBRE	72	NO	JUBILADO	INTERMEDIO
jul-27	HOMBRE	21	NO	INACTIVO	ADECUADO
ago-12	MUJER	40	NO	DESEMPLEADO	ADECUADO
ago-26	MUJER	37	NO	INACTIVO	INADECUADO
ago-28	HOMBRE	55	NO	INCAPACITADO	ADECUADO
ago-32	MUJER	40	SI	INCAPACITADO	ADECUADO
sep-01	HOMBRE	85	NO	JUBILADO	INTERMEDIO
sep-06	MUJER	30	NO	NO CONSTA	ADECUADO
sep-14	MUJER	47	NO	INACTIVO	ADECUADO
sep-16	HOMBRE	24	SI	INCAPACITADO	ADECUADO
oct-01	MUJER	40	SI	NO CONSTA	ADECUADO
oct-13	MUJER	59	NO	INCAPACITADO	INTERMEDIO
nov-04	HOMBRE	51	SI	JUBILADO	INTERMEDIO
nov-07	HOMBRE	31	NO	DESEMPLEADO	ADECUADO
nov-08	HOMBRE	73	NO	JUBILADO	ADECUADO
nov-09	HOMBRE	43	SI	INCAPACITADO	INADECUADO
nov-11	MUJER	86	NO	JUBILADO	ADECUADO
nov-12	HOMBRE	43	SI	INCAPACITADO	INADECUADO
nov-15	HOMBRE	46	NO CONSTA	INACTIVO	INADECUADO
nov-18	MUJER	22	NO	ESTUDIANTE	INTERMEDIO
nov-19	HOMBRE	33	NO	INACTIVO	ADECUADO
nov-20	MUJER	59	NO	INCAPACITADO	ADECUADO
nov-26	HOMBRE	57	NO	INACTIVO	ADECUADO
nov-29	MUJER	80	NO	JUBILADO	INTERMEDIO
dic-01	MUJER	47	NO	INCAPACITADO	ADECUADO
dic-05	HOMBRE	33	SI	INCAPACITADO	ADECUADO
dic-06	MUJER	41	SI	NO CONSTA	ADECUADO



*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

dic-10	HOMBRE	35	SI	DESEMPLEADO	INADECUADO
dic-11	HOMBRE	60	NO	INCAPACITADO	INADECUADO
dic-13	MUJER	30	SI	DESEMPLEADO	INADECUADO
dic-20	HOMBRE	42	SI	INCAPACITADO	INADECUADO
dic-21	HOMBRE	35	SI	DESEMPLEADO	INADECUADO
dic-25	MUJER	24	NO	INACTIVO	ADECUADO

Paciente	VIVIR SÓLO	PAÍS DE ORIGEN	VOLUNTARIEDAD	MOTIVO DE INGRESO
ene-08	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
ene-10	NO	BRASIL	INVOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
ene-27	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
feb-07	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
feb-27	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
mar-02	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
mar-09	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
mar-29	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
mar-31	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
mar-32	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
abr-03	SI	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
abr-14	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
abr-22	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
abr-28	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
abr-35	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
may-03	NO	RUMANÍA	INVOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
may-05	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
may-15	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
may-16	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
may-19	NO	RUMANÍA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
may-31	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
jun-07	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
jun-13	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
jul-03	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
jul-16	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
jul-23	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
jul-27	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
ago-12	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
ago-26	SI	NIGERIA	INVOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
ago-28	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
ago-32	NO CONSTA	ESPAÑA	VOLUNTARIO	INGRESO PARA DESINTOXICACIÓN
sep-01	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

sep-06	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
sep-14	NO	RUMANÍA	VOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
sep-16	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
oct-01	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
oct-13	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
nov-04	SI	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
nov-07	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
nov-08	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
nov-09	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
nov-11	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
nov-12	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
nov-15	SI	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	EPISODIO PSICÓTICO NO FILIADO
nov-18	NO	FRANCIA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
nov-19	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	EPISODIO PSICÓTICO NO FILIADO
nov-20	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
nov-26	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
nov-29	SI	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
dic-01	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	REAGUDIZACIÓN
dic-05	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
dic-06	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
dic-10	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
dic-11	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
dic-13	SI	INDIA	INVOLUNTARIO	REAGUDIZACIÓN
dic-20	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
dic-21	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
dic-25	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	REAGUDIZACIÓN

Paciente	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	TIEMPO DE ESTANCIA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ene-08	TR.AFECTIVOS	>30	NO
ene-10	TR.AFECTIVOS	16-30	NO CONSTA
ene-27	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
feb-07	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16-30	SI
feb-27	TR.PERSONALIDAD	>30	SI
mar-02	RETRASO MENTAL	0-15	SI
mar-09	TR.PERSONALIDAD	0-15	SI
mar-29	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
mar-31	TR.PERSONALIDAD	16-30	NO
mar-32	RETRASO MENTAL	0-15	NO CONSTA
abr-03	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16-30	NO

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

abr-14	TR.AFECTIVOS	0-15	NO CONSTA
abr-22	TR.AFECTIVOS	16-30	SI
abr-28	TR.AFECTIVOS	16-30	NO
abr-35	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
may-03	TR.PERSONALIDAD	16-30	NO
may-05	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
may-15	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	0-15	SI
may-16	TR.POR TÓXICOS	0-15	NO
may-19	TR.PERSONALIDAD	0-15	SI
may-31	TR.MENTALES ORG	0-15	SI
jun-07	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
jun-13	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	0-15	NO
jul-03	TR.PERSONALIDAD	>30	NO
jul-16	TR.AFECTIVOS	16-30	SI
jul-23	TR.AFECTIVOS	0-15	NO CONSTA
jul-27	TR.AFECTIVOS	16-30	NO CONSTA
ago-12	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
ago-26	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	>30	NO
ago-28	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16-30	NO
ago-32	TR.POR TÓXICOS	0-15	NO
sep-01	TR.MENTALES ORG	0-15	SI
sep-06	ASOCIADOS A DISFUNCIONES FÍS	>30	NO
sep-14	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16-30	NO CONSTA
sep-16	TR.PERSONALIDAD	16-30	SI
oct-01	TR.PERSONALIDAD	16-30	NO CONSTA
oct-13	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	0-15	SI
nov-04	TR.AFECTIVOS	>30	SI
nov-07	TR.AFECTIVOS	0-15	NO CONSTA
nov-08	TR.AFECTIVOS	>30	SI
nov-09	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
nov-11	TR.AFECTIVOS	16-30	SI
nov-12	TR.PERSONALIDAD	16-30	NO
nov-15	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	0-15	NO
nov-18	TR.AFECTIVOS	0-15	NO CONSTA
nov-19	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	0-15	SI
nov-20	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16-30	NO
nov-26	TR.AFECTIVOS	>30	NO CONSTA
nov-29	TR.AFECTIVOS	16-30	NO
dic-01	TR.AFECTIVOS	16-30	SI
dic-05	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	>30	NO
dic-06	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
dic-10	TR.POR TÓXICOS	0-15	NO CONSTA
dic-11	TR.AFECTIVOS	0-15	NO CONSTA

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

dic-13	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	>30	NO
dic-20	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
dic-21	TR.NEURÓTICOS	16-30	NO
dic-25	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16-30	NO

Paciente	SEGUIMIENTO AL ALTA	OTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS SECUNDARIOS	INGRESOS ACUMULADOS
ene-08	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	34
ene-10	INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	SI	13
ene-27	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	35
feb-07	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	3
feb-27	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	10
mar-02	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	4
mar-09	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	5
mar-29	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	5
mar-31	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
mar-32	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	4
abr-03	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	28
abr-14	INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	SI	13
abr-22	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	34
abr-28	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	3
abr-35	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
may-03	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	2
may-05	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
may-15	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	6
may-16	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	2
may-19	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	2
may-31	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	4
jun-07	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	35
jun-13	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	14
jul-03	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
jul-16	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	2
jul-23	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	3
jul-27	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	3

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

ago-12	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	5
ago-26	INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	NO	4
ago-28	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	7
ago-32	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	3
sep-01	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	2
sep-06	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	2
sep-14	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	2
sep-16	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	2
oct-01	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	5
oct-13	INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	NO	23
nov-04	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	4
nov-07	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	2
nov-08	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	3
nov-09	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
nov-11	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	3
nov-12	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	35
nov-15	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	2
nov-18	INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	NO	2
nov-19	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	13
nov-20	INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	NO	23
nov-26	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	7
nov-29	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	34
dic-01	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	18
dic-05	REHABILITACIÓN SIN INGRESO (H.DÍA)	NO	2
dic-06	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	5
dic-10	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	4
dic-11	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	3
dic-13	INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	SI	8
dic-20	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
dic-21	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	2
dic-25	REHABILITACIÓN SIN INGRESO (H.DÍA)	NO	3

**- PACIENTES DE LA PUERTA GIRATORIA**

PACIENTE	SEXO	EDAD	CONSUMO TÓXICOS	SITUACIÓN LABORAL	SOPORTE SOCIOFAMILIAR
ene-10	MUJER	19	SI	INACTIVO	INTERMEDIO
ene-27	HOMBRE	42	SI	DESEMPLEADO	INTERMEDIO
mar-29	MUJER	40	SI	DESEMPLEADO	ADECUADO
mar-31	HOMBRE	42	SI	INACTIVO	INADECUADO

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

mar-32	HOMBRE	56	NO	INCAPACITADO	INADECUADO
abr-03	HOMBRE	56	NO	JUBILADO	ADECUADO
abr-22	MUJER	79	NO	JUBILADO	INADECUADO
abr-35	HOMBRE	42	SI	INCAPACITADO	INADECUADO
may-05	HOMBRE	42	SI	INACTIVO	INADECUADO
may-31	HOMBRE	56	NO	INCAPACITADO	INADECUADO
jun-07	HOMBRE	42	SI	INACTIVO	INTERMEDIO
jun-13	MUJER	45	NO	INCAPACITADO	ADECUADO
jul-03	HOMBRE	42	SI	INACTIVO	INTERMEDIO
jul-23	HOMBRE	72	NO	JUBILADO	INTERMEDIO
ago-12	MUJER	40	NO	DESEMPLEADO	ADECUADO
ago-28	HOMBRE	55	NO	INCAPACITADO	ADECUADO
ago-32	MUJER	40	SI	INCAPACITADO	ADECUADO
oct-01	MUJER	40	SI	NO CONSTA	ADECUADO
nov-08	HOMBRE	73	NO	JUBILADO	ADECUADO
nov-09	HOMBRE	43	SI	INCAPACITADO	INADECUADO
nov-12	HOMBRE	43	SI	INCAPACITADO	INADECUADO
nov-19	HOMBRE	33	NO	INACTIVO	ADECUADO
dic-06	MUJER	41	SI	NO CONSTA	ADECUADO
dic-20	HOMBRE	42	SI	INCAPACITADO	INADECUADO

PACIENTE	VIVIR SÓLO	PAÍS DE ORIGEN	VOLUNTARIEDAD	MOTIVO DE INGRESO
ene-10	NO	BRASIL	INVOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
ene-27	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
mar-29	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
mar-31	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
mar-32	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
abr-03	SI	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
abr-22	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
abr-35	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
may-05	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
may-31	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	ALTS.CONDUCTUALES
jun-07	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
jun-13	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
jul-03	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
jul-23	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
ago-12	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
ago-28	NO	ESPAÑA	INVOLUNTARIO	EMPEORAMIENTO TR.BASE
ago-32	NO CONSTA	ESPAÑA	VOLUNTARIO	INGRESO PARA DESINTOXICACIÓN
oct-01	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
nov-08	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	IDEACIÓN AUTOLÍTICA
nov-09	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

nov-12	SI	ESPAÑA	VOLUNTARIO	DIFICULTAD PARA EL SEGUIMIENTO
nov-19	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	EPISODIO PSICÓTICO NO FILIADO
dic-06	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO
dic-20	NO	ESPAÑA	VOLUNTARIO	GESTO AUTOLÍTICO

PACIENTE	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	TIEMPO DE ESTANCIA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ene-10	TR.AFECTIVOS	16-30	NO CONSTA
ene-27	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
mar-29	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
mar-31	TR.PERSONALIDAD	16-30	NO
mar-32	RETRASO MENTAL	0-15	NO CONSTA
abr-03	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16-30	NO
abr-22	TR.AFECTIVOS	16-30	SI
abr-35	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
may-05	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
may-31	TR.MENTALES ORG	0-15	SI
jun-07	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
jun-13	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	0-15	NO
jul-03	TR.PERSONALIDAD	>30	NO
jul-23	TR.AFECTIVOS	0-15	NO CONSTA
ago-12	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
ago-28	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	16-30	NO
ago-32	TR.POR TÓXICOS	0-15	NO
oct-01	TR.PERSONALIDAD	16-30	NO CONSTA
nov-08	TR.AFECTIVOS	>30	SI
nov-09	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
nov-12	TR.PERSONALIDAD	16-30	NO
nov-19	ESQ Y TR.IDEAS DELIRANTES	0-15	SI
dic-06	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO
dic-20	TR.PERSONALIDAD	0-15	NO

PACIENTE	SEGUIMIENTO AL ALTA	OTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS SECUNDARIOS	INGRESOS ACUMULADOS
ene-10	INGRESO PARA REHABILITACIÓN (UME,ULE)	SI	13
ene-27	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	35
mar-29	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	5
mar-31	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35

*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*

mar-32	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	4
abr-03	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	28
abr-22	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	34
abr-35	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
may-05	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
may-31	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	4
jun-07	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	35
jun-13	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	14
jul-03	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
jul-23	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	3
ago-12	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	5
ago-28	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	7
ago-32	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	3
oct-01	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	5
nov-08	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	3
nov-09	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35
nov-12	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	SI	35
nov-19	AMBULATORIO (CCEE, PRIVADO, USM)	NO	13
dic-06	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	5
dic-20	INGRESO EN UNIDAD ESPECÍFICA (PH, UTCA, UTP, AA)	SI	35



*Perfil clínico-epidemiológico de los reingresos en la UHA del HCULB.  
Fenómeno de la Puerta Giratoria en Psiquiatría.*