

Patricia Latorre Forcén

Comorbilidad médico-psiquiátrica
en pacientes ingresados en la
unidad de hospitalización de
adultos de psiquiatría. Frecuencia,
perfil de gravedad y necesidades
asistenciales

Director/es

Campos Ródenas, Ricardo Claudio
Marco Sanjuán, Juan Carlos

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

COMORBILIDAD MÉDICO-PSIQUIÁTRICA EN
PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS DE
PSIQUIATRÍA. FRECUENCIA, PERFIL DE
GRAVEDAD Y NECESIDADES ASISTENCIALES

Autor

Patricia Latorre Forcén

Director/es

Campos Ródenas, Ricardo Claudio
Marco Sanjuán, Juan Carlos

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

2021

**COMORBILIDAD MÉDICO-PSIQUIÁTRICA
EN PACIENTES INGRESADOS EN LA
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE
ADULTOS DE PSIQUIATRÍA.**

**FRECUENCIA, PERFIL DE GRAVEDAD Y
NECESIDADES ASISTENCIALES.**

TESIS DOCTORAL

PATRICIA LATORRE FORCÉN

DIRECTORES: RICARDO CAMPOS RÓDENAS

JUAN CARLOS MARCOS SANJUÁN



**Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza**

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología
Julio 2021



DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Y PSIQUIATRÍA



Don Ricardo Campos Ródenas, Doctor en Medicina, Jefe de Sección de Psiquiatría (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa) y Profesor Asociado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza y **Don Juan Carlos Marco Sanjuán**, Doctor en Medicina, Facultativo Especialista de Área del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet y Profesor Asociado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza certifican:

Que la presente Tesis para optar al grado de Doctor, titulada “COMORBILIDAD MÉDICO-PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS DE PSIQUIATRÍA: FRECUENCIA, PERFIL DE GRAVEDAD Y NECESIDADES ASISTENCIALES “, que presenta la graduada en Medicina y Cirugía Doña Patricia Latorre Forcén, ha sido realizada en el Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Universidad de Zaragoza, bajo nuestra dirección conjunta y, reúne, a nuestro juicio, originalidad y contenidos suficientes y cumple los criterios exigidos para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador.

Consideramos que constituye un Trabajo de Tesis, autorizamos su presentación ante la Comisión de Tercer Ciclo de la Universidad de Zaragoza y su defensa pública ante el tribunal que se nombre a tal fin.

AGRADECIMIENTOS

Presentar una tesis doctoral constituye un motivo de satisfacción. Este sentimiento surge de haber realizado un esfuerzo para ofrecer conocimientos sobre temas relevantes en el ámbito de la clínica. Pero dicho esfuerzo no lo habría podido realizar sin apoyo. Por ello, quiero mostrar mi agradecimiento a las personas que de una u otra forma me han ayudado a crecer como persona y profesional, habiendo contribuido a hacer posible este proyecto de investigación.

Me gustaría empezar dando las gracias a mis directores, Ricardo Campos y Carlos Marco, por haber confiado en mí para la elaboración de este estudio, y por haberme orientado, asesorado, mostrando interés y disponibilidad.

Además, querría agradecer en especial de nuevo a Ricardo Campos por haberme sumergido y transmitido su experiencia e interés en el ámbito de la Medicina Psicosomática.

Agradecer fundamentalmente el asesoramiento, sugerencias y apoyo de Maite Cortina.

Al equipo de profesionales de la Unidad de Hospitalización de adultos de Psiquiatría del HCU y al jefe de Servicio, Valero Pérez, por haberme facilitado el acceso a la información.

A mi familia, mi hermano Sergio y mi sobrina Paula, y en especial a mis padres, por su cariño, escucha, apoyo incondicional y por haberme enseñado la importancia de la constancia, el esfuerzo y la responsabilidad.

A todos aquellos profesionales y compañeros que han contribuido a mi formación y me han apoyado en esta experiencia.

A mis compañeros de trabajo por haberme acompañado y animado en estos años dedicados a este proyecto.

A mis amigos, por su comprensión, apoyo y ánimos aun en la distancia.

Sumar el agradecimiento a los pacientes, motor de la motivación de este estudio, ya que sin ellos no podría haber elaborado esta investigación.

*“El buen médico trata la enfermedad;
el gran médico trata al paciente
que tiene la enfermedad” (William Osler)*

ÍNDICE

ABREVIATURAS

Págs.

1. INTRODUCCIÓN

1

1.1.COMORBILIDAD MÉDICO-PSIQUIÁTRICA.....3

1.1.1.1. Concepto 3

1.1.1.2. Modelos 4

1.1.1.3. Prevalencia 5

1.1.1.4. Medición clínica 7

1.1.1.5. Impacto 8

1.1.2.Complejidad en Medicina 14

1.1.2.1.Concepto 14

1.1.2.2.Prevalencia e impacto 15

1.1.2.3.Instrumentos de medición clínica 18

1.1.3. Gravedad de la enfermedad 20

1.1.3.1.Concepto 20

1.1.3.2.Detección y medición de la gravedad psiquiátrica y médica 21

1.2.UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS DE PSIQUIATRÍA.....23 **SITUACIÓN ACTUAL**

1.3. ASISTENCIA COMPARTIDA Y ATENCIÓN INTEGRAL28

1.4. UNIDADES DE MEDICINA Y PSIQUIATRÍA (UMP).....39

1.4.1. Alternativa a los modelos asistenciales convencionales 39

1.4.2. Contexto histórico y filosofía de las UMP 41

1.4.3. Tipos de UMP 45

1.4.4. Cómo crear una UMP tipo III o IV 54

1.4.5. El futuro de la asistencia integral 61

2. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO...63

2.1. Justificación 65

2.2.Objetivos del estudio 68

2.3.Hipótesis 70

3. METODOLOGÍA	72
<u>3.1.CONTEXTO DEL ESTUDIO</u>	74
<u>3.1.1 Origen del estudio</u>	74
<u>3.1.2.Ámbito del estudio</u>	75
<u>3.2.MUESTRA</u>	75
<u>3. DISEÑO DEL ESTUDIO</u>	76
<u>3.3.1.Descripción de las fuentes de información utilizadas</u>	77
Historia clínica psiquiátrica	77
Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	77
Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	78
Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE)	81
Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP)	83
Intermed	85
Escala de Montgomery-Asberg para la depresión (MADRS)	87
<u>3.4.DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN ESTE ESTUDIO</u>	88
Variables sociodemográficas	88
Variables relacionadas con el ingreso en el hospital general	89
Estancia hospitalaria media	89
Variables relacionadas con datos clínicos: Antecedentes	90
Variables relacionadas con antecedentes médico-quirúrgicos	90
Variables relacionadas con antecedentes psiquiátricos	91
Variables relacionadas con antecedentes de tratamiento farmacológico médico y/o psiquiátrico	92
Variables relacionadas con datos clínicos: Enfermedad actual	92
<u>Variables relacionadas con la enfermedad médica actual</u>	
Complejidad diagnóstica médica actual (Intermed)	92
Pruebas diagnósticas realizadas	93
Diagnóstico somático según la CIE-10	93
Necesidad de tratamiento actual médico-quirúrgico específico	94
Traslado de servicio/centro durante el ingreso actual	94
Autonomía en actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	94
<u>Variables relacionadas con la enfermedad psiquiátrica actual</u>	95
Nivel de conciencia en la primera visita	95
Riesgo de suicidio	95
Diagnóstico psiquiátrico según la CIE-10	95
Tratamiento psicofarmacológico durante el ingreso	96
Contención mecánica/medidas preventivas de seguridad	97
Intervención psicológica durante el ingreso	97
Variables relacionadas con la gravedad de la enfermedad actual	97
<u>Gravedad médica: Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE)</u>	97
<u>Gravedad psiquiátrica: Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP)</u>	99
<u>Gravedad médico-psiquiátrica</u>	99
Unidades de Medicina-Psiquiatría (UMP)	

Criterios clínicos de ingreso en una UMP (CI-UMP)	100
<u>Gravedad conductual</u> (Intermed)	101
Dificultades de adaptación del paciente a la enfermedad/ingreso	
Resistencia al tratamiento y/o cuidados médicos	
<u>Gravedad social</u>	101
Dificultades en las redes sociales (Intermed)	
Motivo principal de la disfunción social	
Variables relacionadas con el alta hospitalaria	102
<u>Motivo del alta hospitalaria</u>	
<u>Derivación al alta hospitalaria</u>	
<u>Diagnósticos al alta hospitalaria</u>	
<u>Tratamiento farmacológico al alta hospitalaria</u>	
<u>3.5.PROCESAMIENTO DE LOS DATOS</u>	103
3.5.1.Base de datos	103
3.5.2. Procedimiento del estudio y Análisis estadístico	104
<u>3.6.ASPECTOS ÉTICOS- LEGALES</u>	105
4. RESULTADOS	107
4.1. Análisis descriptivo	109
4.1.1. De variables sociodemográficas	109
4.1.2. Variables relacionadas con datos clínicos: Antecedentes	111
4.1.3. Variables relacionadas con datos clínicos: Enfermedad actual	113
4.1.4. Variables relacionadas con la gravedad de la enfermedad actualidad	118
4.1.5. Variables relacionadas con el alta hospitalaria	120
4.2. Análisis inferencial	121
4.1.1. De variables sociodemográficas	121
4.1.2. Variables relacionadas con datos clínicos: Antecedentes	122
4.1.3. Variables relacionadas con datos clínicos: Enfermedad actual	125
4.1.4. Variables relacionadas con la gravedad de la enfermedad actualidad	131
4.1.5. Variables relacionadas con el alta hospitalaria	135

5. DISCUSIÓN	139
<u>5.1.DE LA METODOLOGÍA DEL ESTUDIO</u>	141
De la muestra	141
Sesgo de información	141
Limitaciones del estudio	142
<u>5.2.DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO</u>	144
6. CONCLUSIONES	174
7. BIBLIOGRAFÍA	178
8. ANEXOS	206

Manual de puntuación de la Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP)

ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª edición

CI-UMP: Criterios de Ingreso en Unidad de Medicina y Psiquiatría

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

COLS: Colaboradores

ECLW: European Consultation-Liaison Workgroup

GEP: Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica

GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico

HCU-Z: Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza

H día/C día: Hospital de día/Centro de día

IAE: Índice Acumulativo de Enfermedad

IAM: Infarto agudo de miocardio

IC: Intervalo de Confianza

IG-IAE: Índice de Gravedad del Índice Acumulativo de Enfermedad

INTERMED: INTERdisciplinary MEDicine

HTA: Hipertensión arterial

MIR: Médico Interno Residente

OMS: Organización Mundial de la Salud

PT-GEP: Puntuación Total de la Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica

PT-IAE: Puntuación Total del Índice Acumulativo de Enfermedad

TEC: Terapia Electroconvulsiva

TCE: Traumatismo craneoencefálico

TMG: Trastorno Mental Grave

TMO: Trastorno Mental Orgánico

UASA: Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UIC: Unidad de Intervención en Complejidad

UHA: Unidad de Hospitalización de Adultos

UME/ULE: Unidad de Media Estancia/Unidad de Larga Estancia

UMP: Unidad Médico-Psiquiátrica o Unidad mixta de Medicina y Psiquiatría

UPPE: Unidad Psiquiatría Psicosomática y de Enlace

VS: Versus

*“La investigación de las enfermedades
ha avanzado tanto que cada vez es más difícil
encontrar a alguien que esté
completamente sano.” (Aldous Huxley)*

A mis padres, por el amor y valores recibidos que han forjado mi forma de ser

1.INTRODUCCIÓN

1.1. COMORBILIDAD MÉDICO-PSIQUIÁTRICA

1.1.1.1. Concepto de comorbilidad

El concepto de “comorbilidad” se originó en el ámbito de la epidemiología de las enfermedades médicas y el término fue acuñado por primera vez por A Feinstein (1970), epidemiólogo de la Universidad de Yale, que la definió como “la ocurrencia de más de una patología en la misma persona”, “cualquier dolencia adicional distinta que ha existido o puede producirse durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad primaria en estudio”⁽¹⁾.

El concepto se arraigó a finales de los 80 y principios de los 90 del siglo pasado⁽²⁾. En la práctica clínica, un solo diagnóstico es raro; Brown y cols.⁽³⁾ encontraron que el 95% de pacientes con depresión mayor o distimia, en el curso de su enfermedad también cumplieron criterios para un trastorno de ansiedad actual o pasada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la comorbilidad es “la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona”, asemejándose a la definición de Feinstein⁽⁴⁾.

El término comorbilidad tiene tres significados: 1) una condición médica que existe simultáneamente pero independientemente con otras condiciones, 2) una condición médica que genera otra en el mismo paciente, y 3) dos o más condiciones médicas que coexisten sin tener en cuenta su relación causal⁽⁵⁾.

A lo largo de los años se han ido proponiendo varias definiciones de comorbilidad, sin que haya un consenso claro^(6,7). No obstante, las diferentes definiciones se basan en distintas conceptualizaciones de un único concepto principal: la presencia de más de una condición médica distinta en un individuo.

Aunque siempre se usa como un constructo a nivel del individuo, se hacen cuatro distinciones principales:

- 1) la naturaleza de la condición (problema de salud, trastorno, enfermedad)
- 2) la importancia relativa de las patologías co-existentes
- 3) su cronología de presentación (espacio de tiempo y secuencia) y
- 4) el desarrollo de conceptualizaciones (multimorbilidad, carga de morbilidad y paciente complejo).

Ello tiene interés en el ámbito de la asistencia sanitaria, epidemiología, y planificación y financiación de servicios de salud⁽⁸⁾.

1.1.1.2. Modelos de comorbilidad

Hay 3 formas principales en las que distintas enfermedades se pueden encontrar en un mismo individuo: 1) el azar, 2) el sesgo de selección, y 3) por 1 o más tipos de asociación causal. La comorbilidad que se produce por casualidad o por sesgo de selección es sin relación causal. En cuanto a los modelos de asociación causal, se han descrito cuatro modelos que pueden estar implicados en la coexistencia de dos o más enfermedades en un paciente que no son necesariamente excluyentes entre sí: 1) relación de causalidad directa, 2) factores de riesgo asociados, 3) heterogeneidad, e 4) independencia.

Lipowsky⁽⁹⁾, señala que los problemas psiquiátricos encontrados en el hospital general se pueden agrupar en: 1) presentación psicológica de enfermedad orgánica, 2) complicación psicológica de enfermedad orgánica, 3) reacción psicológica a enfermedad orgánica, 4) presentación somática de trastornos psiquiátricos, y 5) trastornos psicósomáticos.

En la clasificación de Swenson y Mai⁽¹⁰⁾, los pacientes son categorizados en cuatro grupos: 1) con enfermedad psiquiátrica que desarrollan problemas médicos no

relacionados, 2) con síntomas psiquiátricos relacionados con enfermedad y/o tratamiento médico subyacente (por ejemplo: corticoides, interferón), 3) con síntomas somáticos secundarios a trastornos y/o tratamientos psiquiátricos subyacentes, y 4) síntomas somáticos relacionados con abuso de sustancias.

1.1.1.3. Prevalencia de la comorbilidad médico-psiquiátrica

La comorbilidad entre la enfermedad física y mental es más bien la regla que la excepción. Se ha estimado que un 25% de la población adulta tiene una enfermedad mental y que de ellos el 68% sufre comorbilidad médica⁽⁵⁾.

Aunque la morbilidad tiende a ser más elevada en algunas enfermedades^(11,12) y poblaciones (por ejemplo, geriátrica), es importante enfatizar que todas las enfermedades conllevan aspectos psicológicos y sociales además de los somáticos⁽¹³⁾. También hay una alta prevalencia de trastornos mentales (en torno al 25%) en pacientes con enfermedad médica crónica⁽¹⁴⁾.

Se ha estudiado que la depresión mayor es la segunda causa de años de vida perdidos. Algunos estudios sugieren que entre el 25 y 46% de las personas con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardíaca, experimentan síntomas indicativos de depresión⁽¹⁵⁾.

Se han documentado altas tasas de enfermedad médica comórbida en pacientes psiquiátricos (aproximadamente hasta un 50% sufren trastornos médicos conocidos, un 35% alteraciones médicas no diagnosticadas, y un 20% algún problema médico que exacerba su situación psiquiátrica)^(2,16,-21) y un alto riesgo para enfermedades médicas crónicas graves^(22,23).

A pesar de lo referido anteriormente, varios autores afirman que la comorbilidad psiquiátrica está infradiagnosticada e infratratada⁽²⁴⁾, porque espontáneamente sólo se solicita asistencia psiquiátrica para un 0,7-10% de los potenciales pacientes médico-

quirúrgicos hospitalizados⁽²⁵⁻³⁸⁾. Se documenta que entre un 40-60% de la comorbilidad psiquiátrica en el hospital general no es reconocida por el médico y/o enfermera^(26,38-40), y entre un 50-70% en pacientes ambulatorios⁽⁴¹⁻⁴³⁾. Asimismo, hasta un 50-75% de pacientes con enfermedad mental crónica a nivel ambulatorio y hospitalario tienen enfermedades médicas que pasan desapercibidas^(44,45). El 70% de los pacientes con enfermedad mental no reciben tratamiento o es ineficaz en centros médicos de atención primaria⁽⁴⁶⁾. Wiechers y cols.⁽⁴⁷⁾ señalan que los pacientes con esquizofrenia tienen bajas tasas de tratamiento para sus trastornos metabólicos, con datos del estudio *CATIE* (*Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness*) indicando tasas de no tratamiento que van desde el 30,2% para diabetes, al 62,4% para hipertensión y 88,0% para dislipemia⁽⁴⁸⁾.

Los pacientes con trastorno mental grave (TMG) están en riesgo de presentar dos factores de riesgo cardiovascular potencialmente modificables: la obesidad y el tabaco. En un estudio en Estados Unidos de 10.000 pacientes se vio que la mitad eran obesos. Se ha observado que el uso de tabaco es el responsable de la mitad de los casos de muerte prematura en pacientes con TMG.

También se ha observado mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con epilepsia focal; trastornos depresivos en pacientes con esclerosis múltiple y migraña; así como la asociación entre trastorno de pánico y enfermedades cardiovasculares⁽⁴⁹⁾.

Este aspecto de la comorbilidad se complica, aún más, si tenemos en cuenta que en la práctica clínica es frecuente más de un diagnóstico psiquiátrico^(50,51), lo que sostiene que las causas y consecuencias de la comorbilidad deben ser un foco de atención en investigación, así como los obstáculos a la ayuda profesional⁽⁵²⁾.

1.1.1.4. Medición clínica de la comorbilidad médico-psiquiátrica

Es difícil cuantificar el estado de salud física y la enfermedad, ya que es un proceso que involucra a multitud de aparatos y sistemas corporales, y evoluciona por episodios y estadios, los cuales, a su vez, pueden ser reversibles o no y, además, puede implicar por topografía o fisiopatología a varios sistemas a la vez; así como por las limitaciones de fiabilidad y la escasez de instrumentos diseñados con este fin. Sin embargo, en muchas situaciones clínicas y de investigación resulta interesante realizar una medición clínica y, aunque al transformar la enfermedad física en una cifra se pierde información, a cambio, se gana en síntesis y capacidad de tratamiento numérico. En cualquier caso, una escala nunca sustituye a la exploración médica y psiquiátrica completa y adecuada de cada paciente⁽⁵³⁾. Las escalas de medida deben considerar la posible complejidad del estado de salud del paciente y por lo tanto recoger todas las enfermedades comórbidas.

Se han desarrollado múltiples medidas de comorbilidad a partir de datos administrativos para ajustar el riesgo, pero no existe un *gold standard* y no está claro qué medida es la óptima para resultados específicos (tales como funcionamiento, calidad de asistencia sanitaria, calidad de vida relacionada con la salud, mortalidad...), y si son igualmente válidas en diferentes poblaciones⁽⁵⁴⁾.

En una revisión⁽⁵⁵⁾ sobre los métodos disponibles para medir comorbilidad se concluye que son métodos válidos y fiables para ello y pueden ser utilizados en la investigación clínica los siguientes: 1) el Índice de Charlson; 2) el Índice Acumulativo de Enfermedad-IAE (*the Cumulative Illness Rating-CIRS*), que se dirige a todos los sistemas corporales sin necesidad de utilizar diagnósticos específicos; 3) el Índice de Coexistencia de Enfermedad (*the Index of Coexisting Disease-ICED-*), que tiene una estructura de dos dimensiones, la medición de la gravedad de la enfermedad y la discapacidad, que puede ser útil cuando la mortalidad y la discapacidad son los resultados de interés; y 4) el Índice de Kaplan-Feinstein, que se ha desarrollado específicamente para su uso en investigación de la diabetes. En pacientes ancianos hospitalizados los dos primeros índices son los de mayor fiabilidad⁽⁵⁶⁾. En pacientes ancianos con déficits

cognoscitivos sólo *CIRS* parece ser suficientemente fiable porque, a diferencia de otros métodos, permite recoger todas las enfermedades comórbidas de la exploración clínica e informes médicos⁽⁵⁷⁾.

Pese a las limitaciones, la contribución de los métodos y datos epidemiológicos a las áreas de interés en la medicina psicosomática ha sido relevante en los últimos años, y su potencial es muy importante tanto para aumentar el conocimiento como para mejorar la calidad de la práctica clínica^(58,59).

1.1.1.5. Impacto de la comorbilidad médico-psiquiátrica

Los estudios señalan que la comorbilidad, en general, está asociada con peores resultados de salud, aumento de la estancia media hospitalaria, gestión clínica más compleja, mayor riesgo de cronicidad, pérdida de funcionalidad, e incremento de los costes y mortalidad⁽⁶⁰⁾.

En EEUU, casi la mitad de la población desarrollará un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida⁽⁶¹⁾.

Los trastornos psiquiátricos se presentan entre el 20 y 40% de los pacientes ingresados en el hospital, siendo los diagnósticos más frecuentes: depresión, ansiedad, abuso de sustancias (alcohol se presenta entre el 12,5-30%), delirium y demencia.

Los pacientes con comorbilidad tienen mayor riesgo de utilizar más recursos, costes, reingresos y mayor estancia media hospitalaria. Por ejemplo, los pacientes con depresión mayor tienen 3 veces más riesgo de reingreso en los siguientes 90 días tras el alta.

Se ha descrito una creciente evidencia de factores de estilos de vida (por ejemplo, inactividad física, fumar y dieta equilibrada) implicados en el desarrollo de trastornos mentales, como la depresión que son los mismos factores que para el desarrollo de las enfermedades “no comunicadas”. Esta evidencia supone una oportunidad de prevenir y controlar ambas enfermedades, tratando los factores de riesgo modificables, como el uso del tabaco, inactividad física, abuso de alcohol y dieta no equilibrada, con el objetivo de reducir dichos trastornos. Estos factores de riesgo compartidos pueden desarrollar la activación del sistema inflamatorio.

La depresión y los estresores psicosociales pueden activar el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenérgico y el complejo hormonal y autoinmune que intervienen en la patogénesis de enfermedades cardiometabólicas⁽¹⁵⁾.

Los pacientes con una enfermedad mental grave ven acortada su esperanza de vida hasta unos 25 años, siendo el 60% de esa pérdida de años atribuible a enfermedades médicas crónicas no tratadas (sobre todo, enfermedades cardiovasculares). Además, los antipsicóticos de segunda generación aumentan el riesgo cardiovascular. Hay otros factores que contribuyen a la mortalidad: falta de acceso a la atención sanitaria, de reconocimiento, menor calidad de la atención e imposibilidad de cubrir el coste⁽⁶²⁾.

Se ha visto que el curso de una enfermedad crónica con comorbilidad psiquiátrica es en general diferente a aquellos sin ella; a no ser que se traten las dos de forma simultánea, la respuesta al tratamiento será pobre. Todo ello contrasta con la idea de que la mayoría de los ensayos clínicos sobre respuesta a tratamientos, se realizan en pacientes sin comorbilidad⁽⁴⁹⁾.

Los pacientes con trastorno mental grave pueden ver disminuida su esperanza de vida en cuatro años. Aspectos como el suicidio, cáncer, accidentes, enfermedad hepática y septicemia pueden aumentar la mortalidad prematura.

Además se ha visto mayor riesgo de enfermedades infecciosas como el VIH, disfunción pulmonar, complicaciones obstétricas, ictus, infarto de miocardio, HTA, obesidad y diabetes.

Desafortunadamente, en la mitad de los casos estas comorbilidades médicas no se detectan.⁽⁵⁾

Se ha demostrado que la coexistencia de síntomas o trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas es una condición que afecta la evolución y el pronóstico de los enfermos^(24,64), el tiempo de estancia, y los costes de las hospitalizaciones⁽⁶⁵⁻⁷⁴⁾, y puede asociarse con mortalidad, mayor deterioro funcional o resultados negativos en su evolución^(17,75-78), especialmente en pacientes ancianos; pacientes con abuso de sustancias; síndrome cerebral orgánico, delirium⁽⁷⁹⁾; depresión (por ejemplo, en pacientes con coronariopatía, enfermedad respiratoria⁽⁸⁰⁾ depresión presente al alta de ingreso en planta médica⁽⁸¹⁾); y síndrome post-UCI, en enfermos críticos, que incluye inicio o empeoramiento de trastornos psiquiátricos y cognoscitivos con importantes implicaciones médicas y económicas.

Un estudio de Šprah⁽⁵⁾ confirmó que la comorbilidad médica es un factor predictor del riesgo de reingreso en 30 días. Además se detectaron otros factores de riesgo de reingreso como: inestabilidad residencial, alcoholismo, senectud, etnia, tratamiento incompleto, soltería, desempleo, politoxicomanía, estrés en los cuidados, disfunción familiar y escaso funcionamiento psicosocial.

En los pacientes con comorbilidad psiquiátrica, al alta se han documentado mayores costes y uso de recursos sanitarios⁽⁸²⁾, incluyendo visitas a urgencias y rehospitalización a corto y largo plazo.^(64,83) Asimismo, la presencia de comorbilidad médica que precisa tratamiento en pacientes ingresados en psiquiatría también se ha asociado al alta, de forma significativa, con mayor deterioro psicosocial⁽¹⁷⁾.

Asimismo, la comorbilidad médico-psiquiátrica está asociada a un incremento del 45-60% en los costes sanitarios⁽⁸⁴⁾.

Dado que la comorbilidad médico-psiquiátrica tiene efectos medibles sobre los resultados de los pacientes, es importante detectarla y tratarla, así como facilitar la colaboración e integración de los servicios médicos y psiquiátricos en la gestión de sistemas de prestación de cuidados para proporcionar una asistencia sanitaria integral^(85,86).

La patología somática⁽⁸⁷⁾ está relacionada con la enfermedad mental en muchos sentidos, pero a pesar de ello numerosos psiquiatras se muestran reticentes a prestarle atención, bien por falta de experiencia o por considerar que puede alterar la alianza terapéutica, mientras que en paralelo, el resto de especialistas tienden a sentir aprehensión al tratar a enfermos mentales. Los resultados de este estudio indicaban que sería necesario disponer de un médico de referencia en cada unidad de Psiquiatría.

A pesar de lo comentado anteriormente, la asistencia para muchos pacientes con comorbilidad de patología médica y psiquiátrica continúa siendo una “asignatura pendiente”. Hoffman y Koran⁽¹⁸⁾, describieron tres tipos de barreras para proporcionar una atención integral a los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica. Por ello, para tener en cuenta en la práctica diaria por las consecuencias que el infradiagnóstico y/o tratamiento pueden suponer:

- a) barreras relacionadas con el paciente: si tiene patología psiquiátrica, puede estar desmotivado, desorganizado, y no entender y/o saber expresar su problema médico. Si tiene patología médica, puede ofenderse por un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que le hace sentir estigmatizado

- b) relacionadas con el médico: puede no asumir la responsabilidad de proporcionar atención integral fuera de su conocimiento, habilidades, intereses, tiempo, o simplemente suponer que las otras necesidades ya son cubiertas. Puede tener reacción aversiva hacia los pacientes que no son de su especialidad, hacer una valoración diagnóstica inadecuada o simplemente no querer tratarlos, y
- c) relacionadas con la enfermedad: las enfermedades médicas graves a menudo tienen síntomas que son difíciles de diferenciar de enfermedades psiquiátricas. A su vez, las enfermedades psiquiátricas pueden presentarse con varias manifestaciones físicas, o pueden dificultar la adherencia a tratamientos médicos, con el consiguiente incremento de la morbilidad, así como de la mortalidad, y costes sanitarios mayores⁽¹⁹⁾.

Junto a ello, se añaden las barreras de gestión, en relación con la fragmentación de los sistemas de salud y los límites financieros, que dificultan que estos pacientes reciban una adecuada atención combinada⁽⁸⁸⁾.

Para tratar a este tipo de pacientes con comorbilidad, habrá que desarrollar habilidades específicas, como explorar el impacto de los problemas de salud física y mental en el paciente, y la negociación de objetivos terapéuticos.

Por ello, es tan importante el papel de la Atención Primaria. Cuando un paciente tiene a un médico de Atención Primaria como médico personal, el riesgo de mortalidad disminuye hasta un 20% y entorno a un tercio menos de costes.

Los pacientes con enfermedades médicas crónicas evitan hablar de sus problemas emocionales acompañantes y los tienden a normalizar. Y lo mismo ocurre al revés, con la detección de problemas médicos en pacientes con trastorno mental.

Se han descrito una serie de herramientas que pueden ayudar al manejo de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica: hablar sobre las preocupaciones que tenga el paciente en un ambiente cálido; averiguar los problemas del paciente; explorar el impacto de los problemas médicos y psiquiátricos en el paciente; clarificar y negociar objetivos; motivar al paciente para lograr dichos objetivos; desarrollar un plan terapéutico con la implicación del paciente en la toma de decisiones; emplear estrategias psicológicas sencillas...⁽⁸⁹⁾

Goldberg y Huxley⁽⁸⁹⁾ describen 5 niveles y 4 filtros en la asistencia psiquiátrica (tabla siguiente), a considerar para mejorar la organización entre salud general y salud mental:

Tabla 1.1.

Nivel 1	Datos epidemiológicos sobre morbilidad psiquiátrica en población general (comunidad).
	Primer filtro: factores que influyen en el ingreso en el hospital general, conducta de enfermedad, decisión de acudir al hospital.
Nivel 2	Datos epidemiológicos sobre morbilidad psiquiátrica en el hospital general.
	Segundo filtro: capacidad de detección de trastornos psiquiátricos por el médico general del hospital.
Nivel 3	Morbilidad psiquiátrica detectada por el médico general en plantas médico-quirúrgicas.
	Tercer filtro: decisión del médico general de remitir al paciente a una unidad de psicosomática y psiquiatría de enlace (UPPE).
Nivel 4	Morbilidad psiquiátrica atendida por la UPPE.
	Cuarto filtro: decisión de ingreso psiquiátrico por el psiquiatra de la UPPE.
Nivel 5	Pacientes con trastorno psiquiátrico ingresados en planta de psiquiatría

1.1.2. COMPLEJIDAD EN MEDICINA

1.1.2.1. Concepto de “complejidad”, “paciente complejo”

La “complejidad” se define como la interacción de problemas físicos, psíquicos, sociales, y del sistema de salud subóptimamente controlados⁽⁹¹⁾. Los factores psicológicos y biológicos pueden interactuar y contribuir a la aparición de pacientes complejos.⁽⁹²⁾ Por lo tanto, los “pacientes complejos” serían aquellos que presentan una combinación de dificultades, “barreras” médicas, psiquiátricas, así como sociales, y del sistema de salud⁽⁹³⁾. Los factores no clínicos, como los sociales, forman parte de la complejidad, pero no son percibidos como responsabilidad en la que actuar por parte de los clínicos.⁽⁹²⁾

La complejidad en la atención sanitaria general es cada vez más prevalente, debido: 1) al aumento de pacientes que tienen co/multimorbilidad⁽¹⁶⁾, 2) al incremento de las posibilidades técnicas y profesionales de la medicina⁽⁹⁴⁾, y 3) a las interacciones farmacológicas y potencial toxicidad que puede surgir⁽⁹⁵⁾.

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 sanitaria⁽⁹⁶⁾. Por tanto, podríamos dividirlo en dos componentes principales^(94,95) 1) la “complejidad del paciente o *case complexity*”, que viene determinada por el número de sistemas orgánicos afectados y el impacto sobre las áreas biológica y/o psicológica y/o social; y 2) la “complejidad de la asistencia o *care complexity*”, que se determina por la incertidumbre del diagnóstico o tratamiento, el número y tipo de intervención que se requieren, junto con la necesidad de consulta con otros especialistas, y el número de disciplinas involucradas⁽⁹⁷⁾. Es necesario conciliar la complejidad del caso y de la asistencia para mejorar los cuidados proporcionados, los resultados, y disminuir los costes en pacientes complejos. La detección y medición de la complejidad sigue siendo un reto⁽⁸⁾.

Lyketsos y cols⁽⁹⁶⁾ han descrito de forma clara cuatro grupos fundamentales de pacientes, muchas veces referidos como “enfermos médicamente complejos”, a los que se enfrentan los psiquiatras en el hospital general: 1) pacientes con comorbilidad psiquiátrica y enfermedades médicas generales, complicando cada una el manejo de la otra; 2) pacientes con trastornos psiquiátricos que son consecuencia directa de una patología médica primaria o su tratamiento, tales como delirium, demencia u otros trastornos mentales secundarios (antes conocidos como trastornos “orgánicos”); 3) pacientes con conducta de enfermedad compleja, como los trastornos somatomorfos y funcionales; y 4) pacientes con psicopatología aguda, como intento de suicidio, ingresados en unidades médico-quirúrgicas convencionales. Muchos de estos pacientes tienen múltiples trastornos médicos, psiquiátricos, funcionales y/o abuso de sustancias.

1.1.2.2. Prevalencia e impacto de la complejidad en medicina

Estos pacientes complejos son una gran preocupación para la mayoría de los sistemas sanitarios a nivel internacional ya que, siendo sobre un 5-10%, generan aproximadamente el 50-70% del consumo de servicios y costes totales de la atención sanitaria^(98,99). Se destaca que un 50-80% de los pacientes complejos presentan morbilidad psiquiátrica que afecta a muchos factores en relación con: 1) resultados clínicos, siendo peores; 2) coste de la asistencia, siendo de forma persistente desmesurado; y 3) funcionamiento personal, habiendo mayor discapacidad^(91,98). El mayor exceso de costes en pacientes con comorbilidad, casi el 80%, fueron para servicios de medicina general y medicamentos, dos tercios de los cuales no eran psicotrópicos.⁽¹⁰⁰⁾

Los pacientes complejos son los más vulnerables, Lyketsos⁽⁹⁶⁾ refiere que constituyen un gran desafío para el sistema sanitario actual, requiriéndose adecuados instrumentos de evaluación y un concepto asistencial más amplio⁽¹⁰¹⁾. Además, los estudios demuestran que cuando estos pacientes reciben intervenciones psiquiátricas

basadas en la evidencia y, especialmente, cuando se coordinan con el tratamiento de los trastornos somáticos en unidades médicas, mejoran los resultados clínicos y económicos.^(91,102)

Kathol y cols.⁽⁹³⁾ consideran que los psiquiatras que atiendan a pacientes complejos deben progresar desde “programas de consulta tradicionales, reactivos” a “programas de valor añadido”, que en pacientes ingresados consisten en: 1) servicios de consulta con detección “proactiva” de casos complejos⁽¹⁰³⁾; 2) programas de detección de *delirium*⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁶⁾; y 3) “Unidades Médico-Psiquiátricas”-UMP, (*Medical-Psychiatric Units-MPU*), en el hospital general. En los últimos años se ha sugerido un nuevo nombre para estas unidades: *Complexity Intervention Units-UIC*; es decir, “Unidades de Intervención en Complejidad”-UIC, con capacidad para atender la salud física y mental/trastornos por uso de sustancias de estos pacientes. Añaden valor en términos: 1) clínicos, de calidad y rapidez de mejoría clínica; y 2) económicos, de reducción de costes sanitarios por su capacidad para iniciar tratamientos combinados, para pacientes complejos desde el primer día del ingreso (asistencia simultánea más que secuencial)⁽⁹³⁾. Junto a ello, podemos decir que también añaden valor en términos de satisfacción profesional, al poder atender a los pacientes complejos en un entorno y con un equipo adecuadamente preparado para ello.

La importancia del cuidado de este tipo de pacientes está incrementando, ya que el número de pacientes con estas características continúa aumentando. Se presiona a los médicos a tratarlos sin los medios adecuados, por lo que el estrés creado potencia la insatisfacción profesional y el “burnout”. Por ello, los modelos colaborativos de cuidados para pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica podrían proporcionar los medios necesarios para mejorar la calidad de cuidados de estos pacientes.⁽¹⁰⁷⁾

Para este tipo de pacientes complejos que generan mayores demandas de cuidados, los psiquiatras podrían proveer una visión del desarrollo de planes de manejo de los cuidados, enfocados en el diagnóstico, funcionalidad y calidad de vida.⁽¹⁰⁸⁾

En un estudio realizado por Jencks⁽⁹²⁾ vieron que una media de 19% de estos pacientes complejos reingresaban a los 30 días y 34% a los 90 días.

Por lo tanto, debido al incremento del número de ingresos hospitalarios de pacientes que precisan cuidados complejos y al incremento asociado en los costes, debería prestarse más atención a los efectos beneficiosos de la asistencia interdisciplinar para estos grupos de pacientes, incluyendo pacientes ancianos frágiles⁽¹⁰⁹⁾, pacientes con depresión o ansiedad⁽³¹⁾, pacientes con *delirium*⁽¹⁰⁴⁾, etc.

En un proyecto en Denver, los psiquiatras evaluaban a pacientes con múltiples reingresos, encontrando que muchos de ellos carecían de capacidad en la toma de decisiones y presentaban otros déficits cognitivos y funcionales, que no habían sido detectados en la atención primaria ni en el alta hospitalaria⁽¹⁰⁸⁾.

Como refiere Lyons⁽¹¹⁰⁾, en los pacientes con necesidades complejas, la comunicación precisa y eficaz entre todas las partes es un componente importante de la prestación de atención médica eficaz y eficiente.

Aspectos como la cognición, emociones, conducta... afectan sobre la capacidad del paciente para atender las recomendaciones terapéuticas y alcanzar resultados saludables.

Se han descrito factores asociados con la adherencia al tratamiento: externos (psicosocial, sistema sanitario, tratamiento); creencias y conocimiento del paciente; motivación; confianza en el terapeuta; resultados esperados; y entendimiento de los resultados.

1.1.2.3. Medición clínica de la complejidad en medicina

Los instrumentos para identificar pacientes con necesidad de cuidados complejos son escasos.

Los indicadores de complejidad incluyen la estancia hospitalaria, reingresos, ingreso en residencia de ancianos al alta, días de hospitalización en estudio, y complicaciones médicas. La estancia hospitalaria es quizá la medida más común del funcionamiento del hospital, puede ser medida de forma fácil y fiable, y representa tanto los resultados clínicos como los costes de la asistencia. Hace referencia a las características del paciente y la enfermedad, como la gravedad, estado funcional y comorbilidad psiquiátrica. Sin embargo, muchos autores consideran que no debe ser el único criterio para determinar la complejidad en la asistencia porque no hace referencia a la dificultad del tratamiento, incluyendo el número de profesionales sanitarios implicados o el número de intervenciones realizadas⁽¹¹¹⁾.

La interrelación entre indicadores de complejidad es descrita en el “modelo de cuatro factores” de De Jonge y cols.⁽¹¹¹⁾, destacando entre ellos: 1) la duración de la estancia hospitalaria; 2) la complejidad objetiva: número de días con procedimientos diagnósticos, número de días con test de laboratorio, número de medicaciones, número de consultas a otros especialistas, intervenciones de enfermería no estándar; 3) los indicadores de complejidad, de la gravedad del paciente y necesidad de cuidados complejos, en la valoración de enfermería; 4) y los indicadores de complejidad en la valoración del médico. Sus hallazgos indican limitaciones en el uso de la estancia hospitalaria como único indicador de cuidados complejos, y muestran como los indicadores objetivos y subjetivos de complejidad pueden usarse para la detección precoz y válida de pacientes que necesitan cuidados interdisciplinarios.

En el estudio de Hansen y cols⁽¹¹²⁾ se señala que la complejidad de la asistencia sanitaria, incluyendo la estancia hospitalaria, en general se asoció significativamente con la percepción de salud y de disfunción física del propio paciente, pero sólo marginalmente con la presencia de enfermedad mental (a diferencia de otros estudios que habían mostrado una clara asociación de la enfermedad mental con la utilización de recursos de ingreso en servicios no psiquiátricos y recursos de atención primaria).

El Grupo Europeo de Consulta y Enlace ("*European Consultation and Liaison Workgroup*"- *ECLW, for Psychiatry and Psychosomatics*, 1990-94) con participación del Grupo Español de Zaragoza, ha diseñado y validado instrumentos para la detección del case-mix.

El método *INTERMED* surge del concepto *INTERdisciplinary MEDicine*. Ha sido diseñado, validado, ensayado y utilizado por Huyse y otros miembros del grupo *ECLW*^(113,114). En España se utiliza la versión validada al español por Lobo y cols.^(115,116). Es un instrumento de *screening* que, basado en investigación empírica⁽⁹⁴⁾, evalúa los riesgos de salud biopsicosocial. Identifica y clasifica a los pacientes complejos y las necesidades asociadas de cuidados y servicios de salud, haciendo posible un ajuste. A diferencia de otros enfoques teóricos descritos en la bibliografía, en un intento de identificar la necesidad de asistencia psiquiátrica precozmente en el curso de la hospitalización médica. Iría dirigido a pacientes con grandes necesidades y costes, por lo que tienen el potencial de valorar aspectos clínicos y económicos⁽⁹²⁾. En diversos estudios se documenta que favorece: a) la comunicación interdisciplinar; b) el tratamiento activo del caso en pacientes con necesidades asistenciales altas; c) la planificación de prestación sanitaria, proporcionando un sistema de apoyo a la toma de decisiones, el diseño de un tratamiento precoz, eficaz, integral, inter-multidisciplinar, con el nivel de ajuste necesario entre la prestación de servicios de salud mental y salud general; d) la reducción de la estancia hospitalaria; e) mejores resultados en enfermos complejos^(101,117-123); y f) la disminución de la necesidad de reingresos hospitalarios⁽¹⁰³⁾. Por lo tanto, *Intermed* permite una aproximación conceptual operativa al modelo biopsicosocial, al *case-mix* o *case-complexity*, con fines clínicos, científicos, educativos, y potencialmente para la gestión

integral y precoz de los pacientes complejos^(113,124,125).

Huysse y cols.⁽¹²⁶⁾ describieron el uso de *red flags*, “señales de advertencia”, para detectar pacientes en riesgo, ahorrando tiempo y dinero al evitar un cribado poblacional. Serían, por ejemplo, pacientes de medicina general con múltiples hospitalizaciones, visitas a urgencias, antecedentes psiquiátricos, poli-medicados, que acuden a varios médicos para recibir asistencia, etc. Estos pacientes, aproximadamente un 5%, tendrían un riesgo aumentado de peores resultados y alto consumo de servicios de salud en el futuro. Se les aplicaría un *screening* de detección de complejidad al ingreso para cuantificar el nivel de complejidad y valorar los pasos a seguir para modificar los resultados⁽⁹³⁾.

1.1.3. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

1.1.3.1. Concepto de gravedad de la enfermedad

La gravedad de la enfermedad es compleja de definir, describir y calibrar. Ésta condensa información descriptiva, de pronóstico, de necesidades de asistencia e incluso de amenaza, todo ello en pocas palabras o en grados, que permite clasificar la situación e iniciar el plan terapéutico. En la práctica clínica, es un elemento complementario del diagnóstico pero nunca lo sustituye. En el campo de la gestión y planificación sanitarias el concepto de gravedad es importante, con objeto de comparar costes por procesos, calibrar los recursos empleados y velar por la atención de los casos más graves⁽¹²⁷⁾. Es útil para justificar los ingresos y programas de hospitalización y para la investigación o evaluación de dichos programas⁽¹²⁸⁾.

En términos clínicos, la gravedad de la enfermedad se define a partir de tres elementos: la presencia de una cantidad de síntomas, de cierta cualidad de estos síntomas y de su repercusión (vital, funcional, sobre la autonomía del individuo). En términos económicos, hace referencia al consumo de recursos y costes sanitarios generados; y tener información al respecto, no sólo es importante para los gestores sino también para

el clínico, ya que la necesidad de controlar el gasto sanitario conlleva priorizar y medir la eficiencia⁽¹²⁷⁾.

En las últimas décadas, con objeto de denominar a ese conjunto de información clínica y administrativa, ha ido ganando vigencia el concepto de *case-mix* o “complejidad de la casuística”. Es una forma de clasificación de pacientes y define la diversidad y complejidad de los casos atendidos en un servicio u hospital, guardando relación con la “gravedad clínica” pero también con la “gravedad económica” o consumo de recursos.

La medición y posterior clasificación de este proceso se basa en el establecimiento de medidas homogéneas; que pueden ir desde iso-síntomas (casos con mismos síntomas), iso-diagnóstico (casos con los mismos diagnósticos), e iso-consumo (casos con los mismos recursos consumidos). La medida del *case-mix* se basa en tres aspectos: a) criterio de clasificación, b) objetivo de la clasificación, y c) metodología⁽¹²⁹⁾. Los sistemas de *case-mix* se han desarrollado inicialmente para medir el producto hospitalario y facilitar la gestión sanitaria⁽¹³⁰⁾.

1.1.3.2. Detección y medición de la gravedad psiquiátrica y médica

Dado que la medición del producto hospitalario es compleja, se desarrollaron los sistemas de clasificación de pacientes o de medición de la casuística hospitalaria. Tienen como finalidad crear grupos de pacientes homogéneos en relación con distintos aspectos (categorías diagnósticas, complejidad, gravedad, pronóstico, manejo hospitalario estándar, consumo de recursos, etc.), que permitan simplificar la medición del producto, evaluar los costes y facilitar la planificación de estrategias de mejora de la eficiencia hospitalaria⁽¹³¹⁾.

Los sistemas de clasificación de pacientes se desarrollaron en EEUU, en la década de los 70, y su uso se generalizó en los 80 con la implantación del sistema de “Grupos Relacionados con el Diagnóstico” (en lo sucesivo, GRD), que es una de las formas de *case-mix* más utilizada y documentada en nuestro país⁽¹³¹⁾. Surge del análisis estadístico de

una base de datos muy amplia y se diseñó para clasificar pacientes homogéneos en cuanto al consumo de recursos⁽¹²⁹⁾. De esta forma, se definen tipos de casos, grupos de pacientes con características clínicas semejantes, que van a condicionar que su consumo de servicios hospitalarios sea similar⁽¹³²⁾. Los GRD pueden utilizarse de forma fiable a partir de la información disponible en el resumen de alta, y son un instrumento eficaz de gestión clínica que facilita la obtención e interpretación de indicadores de resultados en los hospitales. La estancia hospitalaria es la variable que más influye en el cálculo del coste de un determinado GRD, ya que es la unidad utilizada en la repercusión de gran parte de los gastos de los grupos o unidades funcionales sobre cada asistencia^(133,134).

La herramienta básica que emplea el sistema de GRD es el “Conjunto Mínimo Básico de Datos” (en lo sucesivo, CMBD) del alta hospitalaria, que está definido desde 1987 por la Comisión de Sanidad del Consejo de Europa para todos sus Estados miembros, España incluida. A partir de 1993 se estableció la obligatoriedad de la codificación del CMBD a todos los hospitales públicos dependientes del INSALUD. El CMBD es un paquete básico de variables relacionado con el paciente y con el proceso asistencial en un centro hospitalario. Incluye datos del paciente, del centro, y del servicio que le atiende (filiación, edad, sexo, estancia, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos debidamente codificados, servicio al alta y circunstancias al alta). Por lo tanto, contiene información básica de utilidad para diferentes usuarios (clínicos, gestores, epidemiólogos). De los datos incluidos en el CMBD el que mayor responsabilidad tiene sobre la clasificación de pacientes es el diagnóstico principal, que debería ajustarse a la siguiente definición: “proceso patológico que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal del ingreso de un paciente en un hospital”^(135,136).

La norma de codificación internacionalmente más extendida, cuyo uso está oficialmente reglamentado en nuestro país, es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS⁽¹³⁷⁾.

Los GRD, en general, tienen sus limitaciones y muestran un peor funcionamiento en la práctica psiquiátrica que en otras especialidades, y también en el caso de comorbilidad psiquiátrica en pacientes médicos ingresados⁽¹³⁸⁻¹⁴¹⁾.

La “Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica”-GEP (*The Severity of Psychiatric Illness Scale-SPI Scale*)⁽¹³⁰⁾ es un instrumento fiable y válido, y puede ser muy útil en la calibración de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica en enfermos ingresados y para contribuir al *case-mix*. Se basa en factores clínicos y psicosociales, y se ha elaborado considerando las bases de la decisión clínica de indicación y necesidad de tratamiento en régimen de ingreso de un paciente⁽¹⁴²⁾. Cuenta con una versión traducida y adaptada al español por A Bulbena⁽¹²⁶⁾.

El “Índice Acumulativo de Enfermedad”-IAE corresponde a la traducción y adaptación al castellano⁽¹⁴³⁾, de la *Cumulative Illness Rating Scale-CIRS*⁽¹⁴⁴⁾. Es un instrumento fiable y válido para la evaluación estandarizada y medición formal del estado actual de enfermedad del individuo. Recoge datos relacionados con la gravedad somática respecto al riesgo vital, incapacidad funcional, y necesidad de tratamiento. Se aplica frecuentemente a pacientes médico-quirúrgicos ingresados⁽¹⁴³⁾.

1.2. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE Y DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE: SITUACIÓN ACTUAL

En 1986, la Ley General de Sanidad, en su artículo 20, señaló que la hospitalización psiquiátrica de los pacientes se realizaría a partir de entonces, en unidades específicas ubicadas en el Hospital General y no en el Hospital Psiquiátrico, como sucedía en el modelo anterior de beneficencia⁽¹⁴⁵⁾.

Las Unidades de Agudos,⁽¹⁴⁵⁾ por tanto, contribuyeron a facilitar el desarrollo del movimiento de desinstitucionalización y el auge de la psiquiatría social y comunitaria recogido en nuestro país en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. Son unidades que se implantan en Hospitales Generales con una intención no hospitalocéntrica. Queda muy claro en los documentos seminales que el eje de la asistencia debe ser la Unidad de Salud Mental, ubicada en el mismo lugar que los Centros de Salud de Atención Primaria y, por ende, en la Comunidad.

En el ámbito territorial, sabemos que la evolución posterior de la Reforma ha seguido un modelo desigual en las diferentes Comunidades, persistiendo hasta en un 20 % los modelos de hospitalización en instituciones psiquiátricas. Con el paso del tiempo, hemos sido testigos de grandes avances, como la creación de Unidades de Hospitalización más específicas -Hospitalización Infanto-Juvenil, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Desintoxicación, Patología Dual, Módulos Penitenciarios- y, de forma excepcional, Unidades de Psicogeriatría o de Trastornos de Personalidad.

El proceso de hospitalización abarca, cuando la patología del paciente no permite el manejo ambulatorio, desde su entrada al hospital hasta su retorno a la comunidad. El objetivo es dar al paciente unos cuidados específicos, desde una visión holística y centrada en la persona, de acuerdo con la evidencia científica. Este proceso comprende varios subprocesos: acceso; acogida; valoración y diagnóstico; la planificación de la atención (plan terapéutico individualizado); tratamiento, atención y seguimiento de paciente y su familia; y el alta.

En el proceso de hospitalización es fundamental la coordinación tanto interna (con el equipo existencial) como externa (con otros recursos o instituciones).

A pesar de la variabilidad organizativa de las Unidades, hay aspectos generales que son comunes a la mayor parte de ellas. Uno de éstos tiene que ver con la línea estratégica de adecuación estructural, donde cobran especial importancia los aspectos

arquitectónicos y, entre ellos, es crucial tener muy claro la determinación del número de camas. Es importante recordar que se deben conservar los números de metros cuadrados de despliegue vital, además de otras características de diseño que influyen en el clima terapéutico de la Unidad. Es importante no sobreocupar las unidades hospitalarias para evitar alteraciones en el flujo asistencial, en el funcionamiento de la unidad, en la convivencia entre los pacientes hospitalizados y en la calidad asistencial.

La existencia de un equipo multi e interdisciplinar es de vital importancia en la adecuación organizativa de la Unidad. Debe existir un amplio abanico de intervenciones terapéuticas tanto para los pacientes, como para sus familiares, e incluso para los propios profesionales que conforman los equipos de las unidades. Puede ocurrir en muchas ocasiones que los equipos no estén completos (en la Unidad puede no haber Psicólogo o Terapeutas Ocupacionales y el Trabajador Social puede trabajar sólo a tiempo parcial) o suficientemente dotados.

Para mejorar la actividad asistencial de la Unidad son muy importantes las actividades de coordinación y la gestión por procesos. Debe existir una estrecha coordinación con los profesionales de los dispositivos ambulatorios y referentes comunitarios, y con los de rehabilitación, con tal de asegurar la vinculación y continuidad asistencial de los pacientes ya ingresados o de los que requerirán ingreso por una reagudización incipiente o para estudio diagnóstico. En la Unidad es preciso realizar continuamente un análisis de la demanda y de nuestra respuesta asistencial.

Debido al incremento de complejidad en los diagnósticos, tratamientos, y la demanda por parte de los pacientes de una mejor calidad de cuidados, pone de manifiesto la importancia de adquirir adecuadas herramientas de aprendizaje para conseguir estos objetivos. El ser humano es biología, sentimientos, pensamientos, experiencias... entender esto es la base de las competencias en la encrucijada entre la psiquiatría y otras especialidades médicas⁽¹⁴⁵⁾.

Se está realizando a nivel nacional un mapeo de la situación de las unidades de hospitalización de adultos de Psiquiatría. En cuanto a la dotación de camas, con un promedio de 8,8 camas funcionantes/100.000 habitantes en Hospitales Generales, nos posicionamos en ratios ligeramente inferiores a la media de los países de nuestro entorno⁽¹⁴⁵⁾.

La coordinación se identifica como un importante punto de mejora tanto a nivel interno en las propias unidades de hospitalización, identificándose dificultades de coordinación entre los equipos médicos y de enfermería especialmente, como entre niveles asistenciales. Se detectan áreas de mejora especialmente en la coordinación entre las unidades de hospitalización y los equipos de Atención Primaria siendo ésta, clave para la detección precoz de primeros episodios psicóticos y reagudizaciones, así como el seguimiento post-alta.

La incorporación de mejoras, tanto en los procedimientos de seguimiento, como en la coordinación al alta, podrían contribuir a una mayor eficiencia en los ingresos, disminuyendo las estancias medias, y en la reducción de los reingresos lo que implica una reducción en el impacto que todo ello ocasiona a las personas con problemas de salud mental en términos de deterioro personal, socio-familiar y académico-laboral.

Se mantiene la necesidad de continuar mejorando la gestión de estancias medias y la reducción de las tasas de reingresos, en especial aquellos que se producen de forma temprana, en los primeros siete días tras el alta y que actualmente se mantienen próximos al 9%. Entre los múltiples motivos que pueden conducir a tasas de ingreso elevadas se encuentran deficiencias en la red de recursos externos que den soporte y contención a pacientes con una red social más precaria.

La mayoría de las unidades continúan siendo cerradas y con habitaciones compartidas por dos pacientes. Es deseable continuar avanzando en modelos más abiertos, que concilien la seguridad con el derecho a la intimidad y la movilidad de las

personas con problemas de salud mental y permitan avanzar en la humanización de la asistencia durante el ingreso.

El porcentaje de personas con problemas de salud mental atendidas en unidades de hospitalización con deterioro cognitivo asociado a la edad se sitúa en el 8%.

Actualmente, el porcentaje de ingresos de población mayor de 65 años se sitúa de media en un 15%.

La coordinación más habitual se mantiene con los Servicios de Medicina Interna (60,7%), seguido de Neurología (52,1%) y en menor medida con Anestesia (46,2%). La coordinación con los Servicios de Medicina Interna es clave para un buen funcionamiento de las unidades de hospitalización. Por este motivo, en algunos modelos de unidades se dan pasos para la integración de un internista en el equipo multidisciplinar que atiende al paciente durante el ingreso.

Con una media de 171 ingresos totales/100.000 habitantes/año nos situamos ligeramente por encima de la media de ingresos de países de la zona euro.

Aunque en términos generales la causa de la mayoría de los ingresos sigue siendo los trastornos psicóticos, los datos de los últimos tres años muestran una tendencia decreciente. Los trastornos depresivos y de la personalidad son también causas frecuentes de hospitalización.

1.3. ASISTENCIA COMPARTIDA Y ATENCIÓN INTEGRAL

La fragmentación y especialización de los cuidados ha desarrollado dificultades y problemas. La fragmentación tiene como consecuencias la ineffectividad (teniendo una visión solo por partes y estrecha), desigualdad, mercantilización desprofesionalización, despersonalización e insatisfacción⁽⁸⁹⁾.

En las últimas dos décadas, el campo de la atención integrada está teniendo un rápido crecimiento y desarrollo⁽¹⁴⁶⁾.

Se piensa que los programas de asistencia compartida son una modernización de los programas de enlace; en los que además el psiquiatra era sólo un consultor, no un miembro más del equipo médico⁽¹⁴⁷⁾.

En 2016, WHO definió la “atención integral” como “servicios de salud que se encargan de que los pacientes reciban un *continuum* de promoción, prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, coordinados entre los diferentes niveles de atención sanitaria, y en relación a la necesidad de cuidados a lo largo de la evolución⁽¹⁴⁸⁾.

Estos programas de atención integral tienen como objetivo reducir la fragmentación y mejorar la continuidad, coordinación y resultados de los cuidados, encontrando mejoras en la calidad de vida. Mejorar el manejo de la salud mental en el ámbito de la medicina general tiene importantes implicaciones, como reducir la estancia hospitalaria y las visitas a los servicios de urgencias⁽¹⁴⁹⁾.

La atención integral se refiere a la coordinación sistemática entre los cuidados relacionados con la salud física y psíquica, que apoyan la identificación, evaluación y tratamiento de trastornos mentales y del consumo de tóxicos en hospitales o centros médicos generales⁽¹⁵⁰⁾.

En un nivel básico, la atención integral ocurre cuando un equipo multidisciplinar con profesionales de la salud mental y general que proporcionan servicios coordinados a un área común de pacientes con el objetivo de mejorar la salud de éstos. Se trataría de integrar en la atención primaria actividades relacionadas con la salud mental como: manejo de estrés de la vida diaria, estrés/malestar relacionado con síntomas físicos, conductas no saludables...⁽¹⁴⁶⁾

Estos modelos incluyen cuatro claves: una aproximación multiprofesional, plan de cuidados, seguimiento estructurados, y mejora en la comunicación interprofesional.⁽⁸⁴⁾

En estos programas de atención integral es importante la figura de un “case manager” o gestor de casos para ayudar a los pacientes a superar las barreras de acceso a un sistema sanitario complejo.

Otro de los puntos a favor de la asistencia compartida es el poder realizar tratamientos simultáneos de las comorbilidades, mejorar la comunicación entre especialistas y reducir el estigma ⁽¹⁵¹⁾. El impacto de una pobre coordinación conlleva peores resultados y mayor deterioro en la calidad de vida⁽¹⁵²⁾.

Los equipos interdisciplinarios pueden facilitar el manejo de pacientes complejos ingresados, mejorando la satisfacción del paciente y los resultados, el acceso a los servicios médicos y la seguridad⁽¹⁴⁹⁾.

A continuación, se describen una serie de estrategias para favorecer el enganche terapéutico de los pacientes a estos programas:

- a) toma de decisiones conjunta respecto al tratamiento y los objetivos;
- b) educación sobre los síntomas psiquiátricos y su tratamiento;
- c) coordinación entre los facultativos;
- d) apoyar autocuidado;
- e) resolución de problemas;
- f) favorecer el acceso a la atención;

g) utilizar tecnología...⁽¹⁵³⁾.

A continuación, en la siguiente tabla se describen las diferencias entre la atención convencional e integral:(Tabla 1.2.)

Tabla 1.2.

MANEJO DE CASOS TRADICIONAL	MANEJO DE CASOS EN ATENCIÓN INTEGRAL
Enfocado en enfermedad. Basado en los problemas. Gestor de casos entrenado en medicina generalmente. Plan de cuidados basado solo en la enfermedad.	Enfocado en la complejidad. Basado en la relación. Gestor de casos entrenado en aspectos multidisciplinarios. Plan de cuidados basado en abordaje integral. Resultados basados en aspectos clínicos, funcionales, satisfacción.

El psiquiatra de este tipo de unidades, debería de tener un conjunto de habilidades: comunicacionales; de enseñanza; agilidad en las respuestas; accesibilidad; eficiencia y manejo del tiempo; conocimiento de los instrumentos de medida, evaluación, psicoterapias y de medicina general.⁽⁴⁶⁾ Tendrán que obtener nuevas estrategias, ser más flexibles y tener la mente abierta a nuevas prácticas, por ejemplo, en el campo de la medicina psicosomática. Estos nuevos roles pueden ofrecer nuevas oportunidades para ser líderes más visibles e innovadores, teniendo muchas ventajas como: estar menos aislados en la práctica diaria, formando parte de equipos multidisciplinarios; incrementar visibilidad y reconocimiento entre profesionales; expandir accesibilidad y sentirse más satisfechos con los resultados obtenidos.

Otros de los retos a favor de la asistencia compartida es que cada vez la formación es más especializada, con menores conocimientos médicos generales (se ha observado que cuanto más especializado está un médico, más interconsultas solicita). Además, en los

servicios hospitalarios cada día pasa un médico diferente a visitar al paciente, lo que se ha visto que aumenta la estancia media y enlentece la toma de decisiones. La asistencia compartida exige cambios en la mentalidad y rutinas de los médicos. Se está mostrando altamente eficaz y rentable.

En la tabla siguiente se describen las principales diferencias entre interconsulta y asistencia compartida. (Tabla 1.3.)

Tabla 1.3.

INTERCONSULTA	ASISTENCIA COMPARTIDA
A demanda.	A todos los pacientes del servicio.
Circunscrita al motivo de la consulta.	Atención integral-global.
Mala comunicación entre médicos.	Comunicación fluida entre médicos.
Problemas de coordinación.	Buena coordinación.
Se deben ofrecer recomendaciones.	Se toman y ejecutan decisiones.
Responsabilidad muy limitada.	Responsabilidad compartida.

La implantación de la asistencia compartida en un determinado servicio hospitalario requiere un conocimiento previo lo más profundo posible de sus condiciones y situación, para poder planificar las necesidades y valorar posteriormente los resultados. Habrá que estudiar la organización interna, circuitos asistenciales, fortalezas y debilidades, protocolos médicos... También habría que conocer los datos asistenciales: número de ingresos y altas, estancia media, reingresos, mortalidad, tipo de pacientes...

Este tipo de asistencia reduciría la estancia media de los pacientes con complejidad y disminuiría los reingresos hospitalarios⁽¹⁵²⁾.

Se han visto potenciales beneficios del desarrollo de estos modelos de asistencia colaborativa durante los ingresos hospitalarios, identificando a los pacientes e iniciando ya desde allí el tratamiento, pudiendo ver sus efectos tanto beneficiosos como adversos si los hubiere, de una forma más rápida. Este hecho de iniciar la asistencia en el ingreso, permite que se pueda pasar más tiempo con el paciente, iniciar psicoeducación, alianza terapéutica, intervenciones psicoterapéuticas y el desarrollo de un plan de recuperación.

Por ejemplo, el hecho de presentar depresión, está asociado con peores resultados entre los pacientes con un evento médico reciente. Otro obstáculo que podrían vencer, sería las barreras de acceso que tienen estos pacientes de recibir tratamiento psiquiátrico adecuado (menos de la mitad reciben interconsulta de psiquiatría en el ingreso). Sería recomendable identificar este tipo de pacientes al inicio del ingreso.

Además, estos programas podrían asegurar el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas, monitorizar síntomas y coordinar los cuidados al alta en estos pacientes complejos. Todo ello, podría mejorar los resultados post-hospitalarios y posiblemente evitar el reingreso en los próximos 30-90 días.

En este estudio de implantación de asistencia compartida ⁽¹⁴⁷⁾vieron una reducción del 9% de pacientes remitidos a ingreso en planta de psiquiatría y un incremento del 51% de las altas a domicilio.

La integración de la atención primaria y la salud mental pone énfasis en el denominado “triple objetivo”⁽¹⁴⁶⁾: mejorar resultados clínicos, contención del gasto y mejora de la experiencia que el paciente tiene de la atención recibida. Estos modelos de integración van desde la identificación y el tratamiento de los trastornos mentales en centros de atención primaria hasta el abordaje de enfermedades médicas crónicas en pacientes con enfermedad mental grave en centros de salud mental. Además, los grandes usuarios de los recursos sanitarios con frecuencia tienen alteraciones de la salud mental

comórbidas y presentan oportunidades para intervenciones proactivas en los otros entornos médicos.

En este contexto de modelos de atención integral colaborativa para enfermedades médicas y psiquiátricas, se ha intentado integrar la detección y el tratamiento de la salud mental en centros de atención primaria y mejorar el tratamiento de enfermedades médicas crónicas en pacientes con trastorno mental, mediante la introducción de profesionales médicos en el entorno de la salud mental (“agrupación inversa”)⁽⁶²⁾.

La coexistencia de enfermedad física con depresión produce peores resultados, incremento de la mortalidad, peores cuidados, y un aumento de los costes⁽¹⁵⁴⁾.

En los estudios IMPACT y TEAMCare (que abordan depresión y enfermedades de riesgo cardiovascular) demostraron mejoría de los resultados del tratamiento de la depresión, menores costes globales de la atención sanitaria y satisfacción de los usuarios. El estudio también objetivó dichos resultados. En un metaanálisis reciente⁽¹⁵⁵⁾ (Woltmann et al.) demostraron que usando modelos de atención colaborativa se pueden mejorar los resultados del tratamiento de varias alteraciones en la salud mental y física.

El tratamiento en centros de atención integral sigue un sistema de atención “escalonada” para permitir administrar el tratamiento efectivo con la menor intervención necesaria a cada nivel. La persona obtiene la atención que necesita sin utilizar demasiados recursos, lo que permite mejorar los resultados y que éstos sean rentables.

Estos equipos añaden dos nuevos miembros: ⁽⁶²⁾un gestor de la atención primaria y un especialista en psiquiatría. Este primero proporciona la evaluación y breves intervenciones basadas en la evidencia, además de actualizar los datos de los pacientes en los registros. En el estudio IMPACT se vio que utilizando este modelo solo un pequeño número de pacientes (5-7%) fueron visitados por el psiquiatra.

En el estudio PCARE los gestores de atención sanitaria incluirían la defensa de los intereses de los pacientes con enfermedades mentales graves, y actuarían como enlace en

la comunicación entre éstos y los profesionales de la atención primaria. Estos gestores se encargarían de llevar los registros de los pacientes, supervisar que cumplen los tratamientos, facilitar las remisiones a los servicios de atención médica y alertar al equipo respecto a la aparición de problemas. Si bien en la actualidad no hay datos clínicos oficiales, sí hay indicadores iniciales de mejoría en parámetros como la presión arterial, hemoglobina glicosilada y colesterol.

Existe un segundo modelo que se está probando, el *State Option to Provide Health Homes for Medicaid Beneficiaries with Chronic Illnesses*, en el que se proporcionan seis servicios adicionales: gestión global de la atención sanitaria, coordinación de la atención, atención de transición global, apoyo individual y familiar, enlaces con la comunidad y uso de la tecnología para la información sobre salud con el fin de conectar los diferentes servicios⁽⁶²⁾.

En otro modelo similar (Missouri) se añade la figura de “especialista” en atención primaria y allí se vio una reducción en el número de visitas a urgencias y en el número de reingresos durante los siguientes 30 días tras el alta⁽⁶²⁾.

Se están identificando intervenciones para los pacientes médicamente complejos que con frecuencia tienen diagnósticos de salud mental y que son grandes usuarios de la atención sanitaria. El término “hot spotting” se relaciona con este tipo de pacientes e implica identificar a los que requieren más gastos y proporcionar servicios adicionales para cubrir sus necesidades y reducir los costes asociados. Habría otro tipo de pacientes “más extremos”, es decir médicamente más complejos y caros, cuyas necesidades de salud mental son tan difíciles de tratar que supondrían una oportunidad para la intervención con psiquiatra en centros con ingresos⁽⁶²⁾.

Un estudio utilizó servicios de enlace proactivos para identificar a estos pacientes complejos, demostrando que una intervención más precoz podría reducir la duración de los ingresos.

En una revisión sistemática ⁽¹⁵⁶⁾ de 37 ensayos controlados de modelos de atención colaborativa en 2004 concluyeron que se doblaba la adherencia farmacológica, mejoraba los resultados de depresión durante 2-5 años, mejoraba la satisfacción del paciente con sus cuidados y la del propio sanitario.

En otro estudio llamado COMPASS (pacientes con depresión, diabetes y/o enfermedad cardiovascular) observaron un ahorro del 10% en los costes de los cuidados durante los 4 años de seguimiento. Este hecho es importante ya que cuando la depresión se encuentra comórbidamente junto a diabetes o/y enfermedad cardiovascular se ha visto un incremento del 65% en los costes.

También se ha propuesto la idea de una “Unidad de intervención para la Complejidad” en centros con ingreso como localización ideal para atender a este grupo de pacientes⁽⁶²⁾.

Se ha visto que personas con diagnóstico de depresión mayor mueren una media de 5 a 10 años antes que los que no la tienen; y que las personas con trastorno bipolar o esquizofrenia tienen hasta 20 años menos de esperanza de vida y que la mayoría de esta mortalidad prematura se debe a enfermedades cardiovasculares.

En este contexto se desarrolló el TEAMCare que es una intervención de atención integral para mejorar los resultados entre personas con: diabetes, enfermedad cardiovascular y depresión mayor⁽¹⁵⁷⁾.

Se vio que estos pacientes presentaban:

-Peor autocuidado

-Deterioro funcional

-Incremento de costes

-Incremento del 60% de riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular.

-También se objetivó más riesgo en Esquizofrenia o Trastorno Bipolar (más complicaciones, reingresos, menos tratamientos médicos intensivos...además de lo producido por el tratamiento con antipsicóticos de 2ª generación).

Estos modelos de cuidados crónicos incluirían: ayuda al automanejo del paciente, vinculación a servicios comunitarios, uso de sistemas de información clínica, apoyo a la toma de decisiones, y rediseño del sistema de entrega. Este modelo se ha visto que mejora el autocuidado y manejo.⁽¹⁵⁶⁾

Una vez que la depresión esté tratada, el encargado de su cuidado le enseñará al paciente a desarrollar habilidades y mejorar la adherencia. TEAMCare incluye un programa de tratamiento por objetivos para controlar los factores de riesgo cardiovascular en depresión.

Se vio que los pacientes que recibían este modelo mejoraban de forma significativa su funcionalidad y calidad de vida, así como desarrollaban una dieta más saludable e incrementaban el ejercicio. Todo ello implicó un ahorro de los costes en el análisis de coste-efectividad.

Proporcionar intervenciones médicas para reducir factores de riesgo cardiovascular en centros de salud mental, así como la co-localización de servicios de atención primaria en centros de salud mental disminuye las barreras de acceso a servicios médicos.

Los modelos de cuidados colaborativos parecen una gran expectativa en el sentido de incrementar calidad de cuidados, mejorar la salud de la población y reducir los costes ⁽¹¹⁸⁾.

En estos modelos la figura del gestor de cuidados coordina las recomendaciones en farmacoterapia con médicos de atención primaria; facilita apoyo, educación y psicoterapia.

En un artículo en el que se revisan modelos de atención colaborativa describen los resultados obtenidos en cada uno de ellos. ⁽¹⁵⁸⁾ En el estudio IMPACT se vio que había mejoras importantes en los síntomas depresivos, funcionalidad y calidad de vida en 12 meses. En otra revisión posterior, vieron que seguía siendo efectivo a los 18-24 meses.

En otro modelo en el que se ofrecía tratamiento de acuerdo con guías clínicas, monitorización de la clínica, seguimiento y terapia interpersonal, también objetivaron reducción de la depresión y de la ideación suicida.

En el modelo TEAM care se producía una reducción de los niveles de colesterol, presión arterial, hemoglobina glicosilada al año, así como mejoría en la calidad de vida y síntomas depresivos.

El ensayo PROSPECT vio que los pacientes con depresión mayor a los que se les incluía en un modelo de atención colaborativa no tenían un riesgo mayor de fallecer que la población general, a diferencia de aquellos a los que se les incorporaba a los tratamientos habituales (tenían un 24% menos de riesgo de muerte).

En una revisión de Cochrane ⁽¹⁵⁸⁾ sobre estos modelos de intervención en depresión y ansiedad observaron una mejoría sintomática a corto, medio y largo plazo, Además, mejoraba la calidad de vida, adherencia al tratamiento, y satisfacción de cuidados; aunque había menos evidencia de efectos sobre la salud física.

En resumen, estos modelos son factibles, coste-efectivos, están bien aceptados y exitosos en relación a mejorar los resultados. Es notorio que estas intervenciones de atención integral sobre la salud física y mental tienen mejores resultados que aquellas que solo se centran en una de ellas.

Desarrollar intervenciones basadas en la evidencia que integren cuidados de la salud física y mental deberían de ser una prioridad de salud general. Por ello, habría que promover estrategias de mejora, manejo y prevención, así como identificar factores modificables.

Las guías clínicas recomiendan evaluar la dieta, actividad física y conductas de riesgo para la salud midiendo parámetros antropométricos y análisis sanguíneos del estado metabólico. Un paso positivo sería crear herramientas de detección rápida de estilos de vida.

Las personas con una enfermedad mental tienen más visitas a urgencias e ingresos evitables; además, de tener menor probabilidad de recibir un tratamiento médico adecuado, como betabloqueantes o estatinas, y de que les ofrezcan *screening* oncológicos.

También tienen más dificultades para distinguir los síntomas físicos de los psíquicos y de tener un buen enganche con los servicios médicos.

Los servicios de salud deberían ofrecer *screening* rutinarios e intervenciones en el estilo de vida a las personas con enfermedad mental.

En un metaanálisis de 2019 describieron que el ejercicio, la dieta e intervenciones en el estilo de vida (sueño, tabaco, entrevista motivacional) tenían importantes beneficios en los parámetros cardiometabólicos (peso, perímetro abdominal, presión sanguínea, lípidos, glucosa), con similar eficacia al tratamiento farmacológico.

Los cuidados en este contexto deberían incluir: 1) medir y detectar la salud física del paciente; 2) explicar claramente los riesgos asociados al tratamiento y 3) mitigar los riesgos y proteger la salud física⁽¹⁵⁹⁾.

La falta de investigación de estudios en pacientes complejos limita nuestro conocimiento para resolver problemas en la atención integral. Los propios profesionales sienten esta falta de conocimiento y habilidad para atenderlos y además disponen de escasos recursos y opciones terapéuticas para ofrecerles. Por ello, es necesario entrenamiento en este tipo de patologías comórbidas favoreciendo: estrategias de activación del paciente, educación, autocuidado, adherencia farmacológica, y coordinación entre profesionales⁽¹⁵³⁾.

A pesar de las convicciones descritas en los estudios mencionados previamente, hay escasa evidencia de cómo expandir e implementar dichos modelos e innovaciones en la comunidad⁽¹⁵⁶⁾. Por ello, sería necesario realizar futuros estudios enfocados en la integración de estos modelos en la práctica clínica diaria⁽¹⁵⁴⁾.

1.4. UNIDADES DE MEDICINA Y PSIOUIATRÍA (U.M.P.)

1.4.1. Alternativa a los modelos asistenciales convencionales

Cuando la patología psiquiátrica y la médica coexisten de forma aguda y grave, ni las unidades de hospitalización psiquiátricas ni las unidades médico-quirúrgicas convencionales disponen de los recursos necesarios para proporcionar una atención integral a tales pacientes⁽¹⁶⁰⁾. Hoffman⁽⁶⁶⁾, en 1984, los denominó como los “parias del sistema médico y psiquiátrico”; Swenson⁽¹⁶¹⁾, señaló que estos pacientes “podrían caer en grietas” y no recibir una atención adecuada; y Kathol⁽¹⁶²⁾, que podrían terminar siendo los llamados “pacientes rebote” (estas afirmaciones permanecen vigentes hoy en día).

Es por ello que un sistema de cuidados médicos y psiquiátricos coordinados debería reemplazar al actual sistema de cuidados secuenciales, independientes^(66,163). Esto supondría una oportunidad para mejorar aspectos clínicos, docentes, así como de

investigación, gestión, y satisfacción de los profesionales sanitarios. En los casos complejos serían recomendables unidades más específicas de tratamiento combinado^(17, 93).

Se han estudiado evidentes necesidades insatisfechas en aquellos que precisan tratamiento médico-quirúrgico y psiquiátrico simultáneo⁽¹⁶⁴⁾. Son los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica “compleja” los más vulnerables a las deficiencias de un sistema sanitario fragmentado. El impacto negativo que la fragmentación de la asistencia sanitaria (general/mental y primaria/especializada) tiene a nivel clínico, funcional y económico plantea la necesidad de cambiar a un sistema sanitario integral y coordinado, que permita mejorar aspectos clínicos, docentes, de investigación, gestión y satisfacción profesional. Hay autores que argumentan que un modelo integrado es más eficiente y económico en el manejo de pacientes complejos, ya que puede conducir a disminuir el coste total de la asistencia sanitaria al mejorar los resultados de salud, la productividad laboral y permitir presupuestos fijos para extender los servicios a más pacientes^(98,163).

Existen obstáculos para la integración que pueden proceder, entre otros de: 1) la tradición, generada por estigmas, de alejar los servicios de salud mental de los servicios médicos, incluida la separación económica de la enfermedad mental y su tratamiento; 2) los patrones que adquieran los planes de salud, los programas de tratamiento, las agencias de acreditación, los administradores del hospital; y 3) las rivalidades de los departamentos sobre quién dirige y se beneficia del territorio clínico combinado⁽¹⁶⁵⁾.

Estas UMP⁽¹⁶⁶⁾ son muy inusuales, a pesar de la prevalencia de comorbilidad médica, y se encargan de un abordaje multidisciplinario, somático y psiquiátrico en el mismo sitio. Se requieren cuando los servicios de Interconsulta son insuficientes y en situaciones de complejidad que precisan un cuidado intensivo y específico⁽¹⁶⁷⁾.

Los pacientes en estas unidades⁽¹⁶⁸⁾ refieren un alto grado de satisfacción en relación a ingresos previos en unidades de Psiquiatría. Se perciben ventajas como la disminución

de la estigmatización⁽¹⁶⁹⁾ y la oportunidad de recibir un tratamiento médico-psiquiátrico en el mismo ingreso. Asimismo, dirigen a un aumento apropiado en la exposición a intervenciones psiquiátricas y a un descenso en el uso de servicios médicos⁽¹⁷⁰⁾, de donde se traduciría un descenso también en el coste. Estas unidades estarían sobre todo enfocadas a patología médico-psiquiátrica comórbida compleja y grave.

1.4.2. Contexto histórico y filosofía de las UMP

Con la finalidad de manejar a pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, se crearon unidades especializadas, generalmente denominadas “Unidades Mixtas o Combinadas de Medicina y Psiquiatría o Unidades Médico-Psiquiátricas” (UMP). Son unidades enfocadas hacia el ingreso y tratamiento de estos pacientes, siendo su principal objetivo la integración de la atención clínica médica y psiquiátrica⁽¹⁷¹⁾. Estas unidades centran su tratamiento en pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica con la intención de mejorar los cuidados de estos pacientes complejos. Suelen estar formadas por un gran número de personal médico y de enfermería, entrenado en ambos trastornos: médicos y psiquiátricos⁽¹⁷²⁾. Estas unidades, así definidas, pueden ser heterogéneas, dependiendo del entorno administrativo, de la naturaleza de las comunidades médica y psiquiátrica locales y de la orientación de la dirección⁽¹⁷³⁾.

A pesar de que la productividad científica se ve limitada por la gran carga clínica que soportan, existe una adecuada documentación en la bibliografía que apoya que dichas unidades resultan eficientes⁽¹⁷⁴⁾. Sin embargo, en las últimas décadas, solo unos pocos estudios han examinado el impacto del tratamiento en resultados y costes en las UMP. Muchos de esos estudios se realizaron antes del año 2.000 y utilizaban medidas como la estancia media para estudiar la efectividad de los ingresos en una UMP⁽¹⁷²⁾.

El desarrollo de las UMP tiene su origen en el seno de la filosofía “psicosomática” y, en concreto, con la intención de atender a pacientes que sufrían las enfermedades que

clásicamente se definieron como “enfermedades psicosomáticas”. Con este sentido, las primeras unidades parecen haber sido las cuatro establecidas por el *Bellevue Hospital*, en Nueva York, en la década de los 30. A partir de la década de los 40, proliferaron muchas unidades restringidas al tratamiento de trastornos psicosomáticos clásicos; por ejemplo, en *Cincinnati*, *Mount Sinai* y en el *Massachusetts General Hospital*. Morgan y cols.⁽¹⁷⁵⁾ describieron una unidad para el tratamiento de trastornos psicofísicos y psicosomáticos. Sin embargo, la mayoría de estas unidades establecidas en la década de los 30 y 40 en Estados Unidos fueron cerradas, coincidiendo con la organización de servicios de psiquiatría de consulta y enlace en la década de los 60 y 70⁽¹⁶⁰⁾. No obstante, no podrían ser consideradas como auténticas unidades mixtas o combinadas de medicina-psiquiatría, ya que carecían tanto de unos u otros recursos como de la propia filosofía del tratamiento “integral” del individuo. Estas UMP fueron introducidas en 1970 en los Estados Unidos⁽¹⁷²⁾.

En el *West Virginia University School of Medicine*, psiquiatría se integró en el departamento de medicina interna, como forma de mejorar las deficiencias en la docencia y asistencia de los pacientes generados por la tradicional dicotomía mente-cuerpo en la educación médica. A partir de ello, Spradlin y cols. establecieron una “unidad altamente innovadora”, transformando la planta de psiquiatría en un “Servicio de Medicina Conjunta” (*Conjoint Medicine Service*), para el manejo de trastornos psiquiátricos y médicos, de agudeza moderada, con características psicosociales. Tanto estudiantes como pacientes aceptaron este enfoque de forma satisfactoria⁽¹⁷⁶⁾. Neil y Goodman describieron unidades que ofrecían tratamiento agudo combinado aproximándose más a las denominadas UMP⁽⁶⁶⁾.

Las primeras UMP, con el objetivo actual, fueron desarrolladas a principios de la década de los 80 en los Estados Unidos (en el *St. Mary's Hospital and Medical Center*, de San Francisco⁽⁶⁶⁾; en el *Mount Sinai Medical Center*, de Nueva York⁽¹⁶⁰⁾; en el *Erie County Medical Center*, de Buffalo⁽¹⁷⁷⁾), para proporcionar asistencia integral a personas con enfermedad médica y psiquiátrica comórbida, para las que las unidades convencionales tenían limitaciones^(178,174,179). Para describirlas se acuñó el término, “Unidad Médico-

Psiquiátrica”- UMP, (*Medical-Psychiatric Units-MPU*)⁽⁵⁾. Iban desde subunidades médico-psiquiátricas dentro de unidades psiquiátricas convencionales^(66,95,161,180), a salas grandes exclusivamente médico-psiquiátricas^(160,179,181).

Progresivamente, se produjo un interés creciente en el desarrollo de estas UMP; en 1990 se identificaron en EEUU unas 22 UMP⁽¹⁶²⁾. Asimismo se fueron creando UMP en otros países; por ejemplo, en Canadá, en el *Ottawa General Hospital*⁽¹⁶¹⁾; en Japón, en el *Tachikawa Hospital* en 1990⁽¹⁸²⁾; y en Australia, en el *Royal Prince Alfred Hospital de Sydney* en 1991, como subunidad dentro del departamento de psiquiatría⁽⁹⁵⁾. Actualmente en EEUU hay varias unidades; en Australia, tres; y en Europa muy pocas⁽¹⁹⁾. Entre las primeras unidades en Europa se encuentra la de Irlanda, en el *St. Vicent's Hospital*, creada a principios de la década de los 90 como una “unidad de asistencia conjunta” de tres camas dentro de la planta de psiquiatría, que atendía pacientes con conductas suicidas, con complicaciones psiquiátricas de enfermedades médicas o con comorbilidad médico-psiquiátrica significativa⁽¹⁸³⁾. En Suiza, se creó una unidad en el *Geneva University Hospital* en 1999, dentro del departamento de psiquiatría del hospital general⁽¹⁹⁾, para población adulta entre 16 y 65 años en general.

Sería de ayuda el poder valorar el estado funcional, la necesidad de cuidados y los costes asociados a estas unidades.⁽¹⁷²⁾

Con respecto a la organización de las UMP, se describieron aspectos relacionados con la selección de los pacientes, el número de diagnósticos y modalidades terapéuticas disponibles, la relación entre el staff médico y psiquiátrico, y la necesidad de cobertura médica 24 horas^(138,173). Su desarrollo generalmente se limitaba a hospitales docentes⁽¹⁷⁸⁾ y, aunque las unidades variaban en tamaño, la mayoría tenían unas 15 camas⁽¹⁸³⁾.

Fogel y cols.⁽¹⁷⁹⁾ describen y analizan dos modelos diferentes de UMP: 1) el modelo “médico/psiquiátrico”, y 2) el modelo “psiquiátrico/médico”. Entre sus diferencias

destacan:

- a) el primero, está dirigido por el departamento de medicina interna y los ingresos en la unidad los realiza un internista; mientras que, el segundo está dirigido por el departamento de psiquiatría y los ingresos los realiza un psiquiatra
- b) en el primero, la financiación de la atención hospitalaria se basa en los GRD (que correlacionan con la estancia hospitalaria media establecida); en el segundo, está “exenta de GRD”, y se hace en base a los costes por servicio, con las implicaciones que conlleva cada tipo de financiación, y
- c) en el primero, al alta suele derivarse menos porcentaje de pacientes a seguimiento psiquiátrico (10%) que en el segundo (hasta un 90%).

Tras observar ambos modelos de UMP, sugieren que el modelo psiquiátrico/médico es estructuralmente superior en muchos aspectos debido a su mayor capacidad para contener conductas agitadas, suicidas, psicosis y a que los gestores tolerarían mejor las estancias más largas que puedan precisar los pacientes refractarios en este tipo de unidad.

Por el contrario, quizá los pacientes aceptarían mejor el modelo médico/psiquiátrico, al tener el contacto inicial con un internista y no con un psiquiatra.

Fava⁽¹⁸⁴⁾, destaca una serie de características que tiene que tener una UMP bien organizada, entre las que señalamos las siguientes: una unidad subespecializada dentro de una sala de psiquiatría general para pacientes con trastornos médicos y psiquiátricos comórbidos; el paciente debe tener problemas de diagnóstico y/o tratamiento con componentes médicos y psiquiátricos que precisen de ingreso:

- 1) canales de referencia apropiados, incluyendo los servicios de consulta y urgencias,
- 2) un fuerte enlace con un servicio de consulta psiquiátrica,
- 3) tener un internista en el staff como miembro integrado del equipo,
- 4) disponer de un staff de enfermería bien formado en cuidados médicos y psiquiátricos,
- 5) instalaciones físicas adecuadas, equipos de diagnóstico y recursos médicos, y

6) una relación estrecha con una clínica médico-psiquiátrica ambulatoria, que ofrezca seguimiento para pacientes con trastornos comórbidos.

Hoffman⁽⁶⁶⁾, describe una de estas primeras UMP establecida en el *St. Mary's Hospital and Medical Center* de San Francisco, hospital docente privado de 550 camas, disponiendo de 14 camas para la unidad. En ella, hace referencia a la dirección de la unidad, el equipo que la forma, la asistencia que ofrece, y señala como características claves en el funcionamiento de las UMP la dotación de: a) un staff de enfermería bien formado, con habilidades tanto médicas como psiquiátricas y que, además, muestre interés, motivación y disponibilidad para trabajar con pacientes con comorbilidad y en situaciones estresantes; y b) un equipo “de extensión”, que realiza actividades de enlace comunitario, gestiona ingresos, celebra reuniones familiares y coordina el plan al alta, realizando seguimiento para minimizar la necesidad de rehospitalización.

En estas unidades se contrataría personal especialista en salud mental que trabajaría con el resto de personal no especializado. Todo el personal recibiría entrenamiento en el manejo de personas con enfermedad mental. Se llevarían a cabo grupos terapéuticos e intervenciones psicológicas. Además, el ambiente de la unidad se adaptaría para favorecer el bienestar y minimizar el estrés y riesgo (habitaciones individuales, puntos con mejor visibilidad para el personal...). También se fomentaría la involucración de la familia en el tratamiento y recuperación⁽¹⁸⁵⁾. Además, en estas unidades mixtas se facilitaría la continuidad de cuidados y el contacto con el médico de atención primaria⁽¹⁶⁹⁾.

1.4.3. Tipos de UMP

La integración de los programas de tratamiento de medicina general y salud mental en los hospitales generales está aumentando en todo el mundo, pero no es una práctica estándar⁽¹⁶⁵⁾. En la década de los 90, ya existían más de 20 centros formalizados como UMP en Estados Unidos. Al realizar encuestas nacionales, se puso de manifiesto que las UMP identificadas representaban sólo una pequeña proporción de las existentes que, sin

recibir dicha acreditación, de forma rutinaria actuaban en algún nivel con un programa multidisciplinar que abordaba comorbilidad aguda psiquiátrica y médica⁽¹⁶²⁾. Si bien la experiencia en Europa es más limitada, la incorporación de estas unidades se considera oportuna y un progreso en el abordaje de dichos pacientes^(19,183).

La mayoría de la bibliografía relacionada con las UMP se publicó entre 1990 y 1995 y es bastante escasa, en comparación con la referida a los servicios de interconsulta y enlace. RG Kathol y cols.⁽¹⁶²⁾ las definen por el nivel de asistencia que puede proporcionarse eficazmente tanto en el ámbito médico como psiquiátrico. Este es el primer paso más importante en la conceptualización del desarrollo de estas unidades, que debe pasar por un riguroso análisis inicial de la población a la que se espera tratar, tanto desde el punto de vista epidemiológico como del nivel de cuidados que su patología psiquiátrica y médica requieran. Esto permitirá determinar las características de estas UMP: 1) la mejor ubicación para crear la unidad, 2) los cambios en el diseño físico y técnicos necesarios, 3) la capacidad para proporcionar intervenciones médicas y psiquiátricas en un ambiente coordinado y seguro, 4) el tipo de personal y entrenamiento requerido, y 5) la accesibilidad y el grado de implicación, tanto de los especialistas en medicina interna como de los psiquiatras, en el tratamiento de pacientes con enfermedad comórbida médica y psiquiátrica que, además, pueden influenciarse entre sí. En la organización y desarrollo de las UMP hay que considerar aspectos médicos, administrativos y de gestión para una adecuada planificación⁽¹⁶⁴⁾.

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, como se refleja en la página siguiente en la tabla I.3. Junto a ello, categorizan los programas de tratamiento integral médico-psiquiátrico en pacientes hospitalizados en una UMP en 4 tipos (tabla 1.4.)^(162,186), que exponemos a continuación.

Tabla 1.4.

Nivel y Tipo de agudeza	Características del paciente	Procedimientos disponibles	Tipo de intervención
Agudeza psiquiátrica baja	Presenta enfermedad psiquiátrica o problemas de conducta de fácil manejo	Terapias: ambiental, ocupacional, modificación de conducta, individual, grupal. Psicofármacos. TEC. Entrevistas con amobarbital	Intervención inmediata sería beneficiosa pero no es necesaria
Agudeza psiquiátrica alta	Requiere ingreso en una unidad cerrada o abierta con una estrecha supervisión	Procedimientos para agudeza baja + manejo de violencia, intervención psicofarmacológica aguda, Intervención psicológica en crisis y sala de aislamiento-observación tranquila	Intervención inmediata necesaria debido a la conducta del paciente
Agudeza médica baja	Patología médica presente pero estable	Medicación no iv, fluidoterapia simple, oxigenoterapia (generalmente depósitos portátiles), cambio de apósito simple, sin drenajes, SNG realimentación, no tubos endotraqueales, muestras de sangre, ECG, EEG, rayos X, punción lumbar (no otros procedimientos médicos invasivos), pequeños ajustes de medicación	Intervención inmediata Sería beneficiosa pero no es necesaria
Agudeza médica media	Patología médica activa pero no amenaza la vida	Muestra de sangre, ECG, EEG, rayos X, fluidoterapia y medicación iv simple, oxigenoterapia (permanente), SNG alimentación y aspiración, cambio de apósito simple y cuidados de drenaje, colocar sondas, cuidado de ostomía y tubo endotraqueal, biopsia de médula ósea, punción lumbar, todos los ajustes de medicación	Intervención inmediata debido al estado del paciente. Necesaria supervisión por el especialista adecuado
Agudeza médica alta	Patología médica activa y potencialmente mortal y/o que requiere intervención médica complicada (p. ej. IAM reciente, infección SNC o sistémica, cetoacidosis diabética, fallo renal, insuficiencia respiratoria, etc.)	Medicación iv compleja por vía central, toracocentesis, paracentesis, punción-biopsia, biopsia de médula ósea, diálisis, cambio de apósito complejo, cuidado de ostomía y tubo traqueal, gasometría arteria, todos los ajustes de medicación	Intervención inmediata debido al estado del paciente. Supervisión estrecha del médico y enfermera

Fuente: Modificado (traducido al español) de Kathol y cols⁽¹³⁸⁾.

TEC: terapia electroconvulsiva; SNG: sonda nasogástrica; ECG: electrocardiograma; IAM: infarto agudo de miocardio;

EEG: electroencefalograma; SNC: sistema nervioso central

UMP Tipo I	Agudeza Psiquiátrica media-alta (moderada-grave) y Médica nula-baja (nula-leve)
UMP Tipo II	Agudeza Psiquiátrica nula-baja (nula-leve) y Médica media-alta (moderada-grave)
UMP Tipo III	Agudeza Psiquiátrica media-alta (moderada-grave) y Médica baja-media (leve-moderada)
UMP Tipo IV	Agudeza Psiquiátrica alta (grave) y Médica alta (grave)

Fuente: Modificado (traducido al español) de Kathol y cols⁽¹⁶²⁾.

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.

Representadas por las unidades de hospitalización psiquiátrica convencionales, de agudos o corta estancia, que dispondrían de los recursos necesarios de detección, diagnóstico y formación en cuidados básicos de patología médica menor, así como del acceso a la interconsulta de médicos no psiquiatras.

Proporcionan asistencia a pacientes ingresados con patología aguda principalmente psiquiátrica, que pueden presentar, además, patología médica leve; por ejemplo, paciente con esquizofrenia descompensada e hipertensión arterial controlada. Así, cuando en la valoración inicial del paciente ingresado en una unidad psiquiátrica convencional se incluye una historia médica y exploración física, con frecuencia se identifica una enfermedad médica, en su mayoría de gravedad baja, que precisa continuidad de cuidados o ajustes menores del tratamiento⁽¹⁸⁷⁾.

Los criterios de ingresos serían los propios de cualquier unidad psiquiátrica convencional.⁽¹⁸⁸⁾

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.

Representadas por aquellas unidades médico-quirúrgicas convencionales que tienen la formación necesaria para la detección y tratamiento de patología psiquiátrica menor. Éstas disponen de acceso a UPPEs estructuradas para colaborar en el cuidado de dichos pacientes así como para mantener una actividad docente del staff médico.

Proporcionan asistencia a pacientes ingresados con patología aguda principalmente médica, que puede acompañarse de dificultades psiquiátricas leves; por ejemplo, paciente con ACV agudo y depresión leve.

Los criterios de ingreso serían los propios de cualquier unidad médico-quirúrgica.

Estos dos tipos de unidades referidos anteriormente, UMP I y UMP II, son los más prevalentes⁽¹⁶²⁾. Es necesario que el staff no solo reconozca que hay pacientes que tienen enfermedades médicas y psiquiátricas combinadas, sino que estén dispuestos a abordar, a través de la evaluación diagnóstica e intervención terapéutica, problemas menores en la disciplina para la que la planta no está específicamente organizada. En ocasiones, la falta de práctica en el manejo, la preocupación por empeorar el problema si se hace un intento de diagnóstico o tratamiento, y el temor legal de proporcionar cuidados en un área en la que no se está específicamente formado, hacen que se focalice la atención sólo en la enfermedad que ha motivado el ingreso y no de forma holística.

La mayoría de los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica pueden ser atendidos en una UMP tipo I o II con una interconsulta adecuada, ya sea de subespecialidades médicas o de psiquiatría de interconsulta y enlace respectivamente, sin precisar el nivel de cuidados de un programa de hospitalización integral (UMP tipo III y, sobre todo, tipo IV). Ambos, la psiquiatría de enlace tradicional y los programas integrales, son complementarios⁽¹⁶³⁾.

El problema surge cuando estas UMP tipo I y II son las únicas disponibles y la enfermedad es muy aguda, que requieren asistencia especializada que excede la capacidad física y/o del staff de abordarla. Por ejemplo, conducta suicida en paciente en diálisis peritoneal, delirium agitado hipoxémico tras embolia pulmonar, clínica psiquiátrica aguda en paciente con encefalitis, etc. Con objeto de satisfacer mejor las necesidades de estos pacientes se han ido creando UMP tipo III y/o IV en EEUU, Canadá y otros países⁽¹⁸⁹⁾, que introducen cambios reales en las capacidades clínicas, proporcionando al mismo tiempo

mayores niveles de servicios médicos y psiquiátricos⁽¹⁸⁶⁾. Un paciente en una UMP tipo III o IV sería como dos pacientes en la mayoría de las unidades convencionales^(178,188).

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 unidades que, en el contexto del hospital general, se conformarían para el tratamiento de pacientes con patología psiquiátrica aguda moderada-grave y patología médica aguda moderada, con el acondicionamiento de medios necesarios tanto por la parte médica como por la psiquiátrica.

Dichas unidades pueden crearse de forma independiente o con la remodelación de parte de unidades médicas^(160,179,181) o psiquiátricas, como es el caso de la unidad del *St. Mary's Hospital and Medical Center*, San Francisco⁽⁶⁶⁾; de la unidad del *Rhode Island Hospital*, EEUU⁽¹⁸⁰⁾; de la unidad del *Royal Prince Alfred Hospital*, Australia y de la unidad del *Ottawa General Hospital*, Canadá⁽¹⁶¹⁾. En Alemania y Suiza son más habituales las unidades de tipo III que IV⁽¹⁶⁵⁾. En el *St. Vincent's Hospital*, Irlanda, el departamento de psiquiatría consta de 22 camas y se construyó una UMP de 3 camas dentro de la sala de psiquiatría⁽¹⁸³⁾.

Kathol y cols.⁽¹⁶²⁾ proponen los criterios de ingreso, haciendo especial hincapié en el listado de los procedimientos, tanto médicos como psiquiátricos, en los que la unidad estaría limitado (tabla 1.5).

- A. Ingreso automático, si cama disponible, en paciente con:
1. Delirium con gran agitación.
 2. Depresión con riesgo suicida y problema médico activo.
 3. Sobredosis o abstinencia a drogas médicamente inestable
 4. Patología médica y psiquiátrica que requieren ambas ingreso
- B. Otros motivos de ingreso, en paciente con:
1. Patología médica que precisa hospitalización y patología psiquiátrica que no la precisa por sí misma pero que interfiere en la médica.
 2. Viceversa del punto B.1.
 3. Dificultad en diagnóstico diferencial de patología médica o psiquiátrica que requiere observación y pruebas.

Nota: Especificar las limitaciones de provisión de servicios según los requerimientos de la patología médica y psiquiátrica.

Fuente: Modificado (traducido al español) de Kathol y cols⁽¹⁶²⁾.

Unidad Médico-Psiquiátrica tipo IV (UMP IV): unidad especialmente diseñada para atender todos los niveles de gravedad psiquiátrica y médica, que no requieran una unidad de cuidados intensivos (UCI) o una unidad coronaria (UC).

Serían las UMP, con capacidad para diagnosticar y tratar cualquier paciente con patología aguda grave, tanto médica como psiquiátrica, al mismo nivel que las unidades convencionales. Por esta razón, también se plantean en el contexto de un hospital general.

Las UMP tipo III y IV difieren principalmente en el nivel de gravedad de los problemas médicos y/o psiquiátricos que son capaces de tratar, que en parte depende de las capacidades físicas de la unidad, disponibilidad, cantidad y entrenamiento adecuado del personal. Obviamente, hay un *continuum* en los cuidados proporcionados en las UMP tipo III y IV⁽¹⁸⁸⁾.

La UMP IV es la unidad que más cambios arquitectónicos requiere. Generalmente incluyen oxigenoterapia y aspiración en las habitaciones (salvo en habitaciones de seguridad), habitación de exploración médica, y una habitación equipada médicamente⁽¹⁹⁾. Requiere adecuada formación y habilidades para el abordaje mixto.

Los criterios de ingreso se sobrepondrían a los expuestos en la UMP III aunque, en este caso, no debería haber restricción en los procedimientos disponibles. A nivel médico incluyen, por ejemplo, vía venosa central, diálisis peritoneal, toracocentesis... En general, los pacientes que precisan monitorización cardiaca, respiratoria asistida o aislamiento con flujo laminar a presión positiva no son admitidos^(19,186). Los pacientes posquirúrgicos, TCE, convulsiones no controladas, IAM tras estancia en UCI, neoplasias terminales, abdomen agudo..., son habitualmente admitidos cuando está indicado por coexistir trastornos del comportamiento⁽⁶⁶⁾.

A nivel psiquiátrico, disponen de todas las técnicas y tratamientos, incluida la terapia electroconvulsiva. En la UMP IV hay un entorno seguro (muebles fuertes y ventanas a prueba de roturas, puertas a prueba de barricadas, enchufes eléctricos portátiles, techos a prueba de manipulaciones, ausencia de objetos potencialmente peligrosos como cables, objetos cortantes, bolsas de plástico, habitación de aislamiento si es preciso...), habitación de actividades, habitación de terapia grupal/familiar, posibilidad de observación de los pacientes y comunicación del staff en todo momento, sala de comidas, etc. La unidad suele ser cerrada y es posible hacer ingresos involuntarios⁽¹⁸⁶⁾, en caso de que la unidad sea abierta hay posibilidad de cerrarla si la situación lo hace necesario.

Junto con el tratamiento médico requerido, los pacientes reciben una amplia variedad de tratamientos psiquiátricos según sus necesidades: psicoterapia individual, grupal, psicofarmacológico, terapia ocupacional, valorando capacidad funcional física y mental e intervención social⁽¹⁶¹⁾.

En la revisión de programas de tratamiento integral realizada por Harsch y cols.⁽¹⁹⁰⁾, diez de once programas eran administrados por medio de psiquiatría, variando el nivel de compromiso de las especialidades de medicina para cubrir las necesidades médicas. La mayoría de las UMP oficiales son de tipo III, hay relativamente pocos programas tipo IV en funcionamiento en los hospitales generales⁽¹⁶²⁾.

Kathol y Kishi^(162,186,191), fueron los primeros que describieron la contribución de un programa tipo IV, cuando el compromiso y participación de internista y psiquiatra en el tratamiento integral de pacientes ingresados con comorbilidad médico-psiquiátrica aguda y grave se realiza por igual. Se desarrolló en 1986 en el *Iowa Hospital*, que dispone de 900 camas, siendo 206 de medicina interna. El programa incluía una UMP de 12 camas, tandas de conferencias, sesiones, un programa supervisado para residentes rotantes y un programa de becas universitarias (*fellowship*) para formación médico-psiquiátrica. Esta UMP IV es administrada, a diferencia de otras, a través del departamento de medicina interna⁽¹⁶²⁾ y apoyada por el departamento de psiquiatría con buenos resultados. Sólo admite pacientes con enfermedad médica y psiquiátrica aguda. En este tipo de UMP IV observaron que los índices psiquiátricos, incluyendo psicosis y trastornos del humor, mejoraban más que en una unidad de medicina interna⁽¹⁴⁹⁾.

En 1999, la UMP creada en Suiza, en el *Geneva University Hospital*, dentro del departamento de psiquiatría del hospital general, inicialmente fue de UMP tipo I pero, con los años, ha evolucionado a UMP tipo III, y en el 2000, a UMP tipo IV, precisando adaptaciones progresivas de las instalaciones. Actualmente tiene 18 camas⁽¹⁹⁾.

1.4.4. Cómo crear una UMP tipo III o IV

Stoudemire y Fogel^(138,173), describieron en la década de los 80 guías específicas para la organización y desarrollo de las UMP. Posteriormente, Hall y Kathol^(93,102,192), señalan las principales directrices y pasos necesarios en la creación de una UMP tipo III y/o IV.

Antes de que una UMP III o IV entre en funcionamiento es necesaria su planificación, identificar si el hospital tiene un número suficiente de pacientes que justifique su creación y realizar un esfuerzo conjunto entre gerencia, admisión, internistas y psiquiatras para trabajar coordinados. Por lo tanto, hay que considerar varias cuestiones de distinta índole:

a) administrativa; b) estructural (diseño de la unidad); c) capacitación en procesos de trabajo interdisciplinar, valoración e intervención en salud física y mental, (formación de enfermería, trabajo social); d) asistencial, a pacientes complejos (competencias para gravedad médica y psiquiátrica de moderada a alta, cobertura médica)⁽¹⁸⁸⁾; y e) de gestión.

Varios autores, como Stoudemire⁽¹⁷³⁾ y Kathol⁽¹⁹²⁾, refieren que el concepto de UMP es muy genérico y heterogéneo. Por ello es importante especificar y definir claramente: a) las necesidades y los recursos de los que se puede disponer para asegurar los cuidados apropiados tanto desde el punto de vista médico como psiquiátrico; b) los objetivos; c) la filosofía, orientación; y d) las líneas de dirección, que permitan un buen funcionamiento del programa, asignando un tiempo adecuado para su puesta en marcha.

Un criterio importante para valorar la eficacia clínica de una UMP es evaluar cómo sirve a la población de pacientes a la que atiende⁽¹⁷⁹⁾.

La estrecha relación de trabajo entre los departamentos de psiquiatría, medicina interna y los médicos y gerentes de la UMP precisa de una cuidadosa definición de roles. Por ello, es importante determinar quién será asignado como director/jefe de la unidad. Debería ser un médico entrenado tanto en medicina interna como en psiquiatría, siendo el responsable de garantizar la seguridad tanto de los pacientes como del staff, de coordinar la asistencia y

de establecer y mantener las normas éticas y un programa de garantía de calidad de la unidad.

El tamaño óptimo, médicamente hablando, es de 8-12 camas, mientras que el tamaño óptimo para alcanzar el máximo rendimiento y para la gestión administrativa del caso es de 22-24 camas. La mayoría de UMP tienen una media de 15 camas (rango 12-32)⁽¹⁷⁸⁾.

En los estudios de Alberque⁽¹⁹⁾ y Kishi y Kathol⁽¹⁸⁶⁾ encuentran que la duración de la estancia media en una UMP IV fue mayor que en las unidades de medicina convencional. Se destaca que en su estimación hay que considerar: a) la población de pacientes a los que se atiende, complejos, agudos y graves, que pueden tener patologías muy heterogéneas; b) la estancia hospitalaria total que tienen los pacientes complejos tratados con un programa integral y la que tendrían estos mismos pacientes tratados con un enfoque secuencial tradicional; c) el tiempo de estancia hospitalaria previo a la derivación del paciente a la unidad; d) la naturaleza más compleja y larga de los tratamientos que proporcionan; y d) cuando una de las enfermedades del paciente mejora, ya sea la médica o la psiquiátrica, y se anticipa que la otra requerirá cuidados prolongados y, por lo tanto, la duración de la estancia hospitalaria prevista para la enfermedad restante es significativamente mayor (arbitrariamente de 5 a 7 días) que la que requiere cuidados especiales médicos y psiquiátricos en la UMP, es útil poder trasladar al paciente a una planta psiquiátrica o médica convencional, respectivamente, para tratamiento⁽¹⁶²⁾.

En unidades cerradas, todas las admisiones se realizan a través del director de la unidad, ello le permite elegir una amplia variedad de trastornos y ampliar la base de la población de la unidad.

En unidades abiertas, se anima a los médicos de varias especialidades a ingresar directamente a sus pacientes bajo la supervisión administrativa del psiquiatra e internista de la unidad.

El equipo estaría formado por: psiquiatra, internista, residente de psiquiatría e interna, staff de enfermería, terapeuta ocupacional. Hay una estrecha relación con consultores especializados (neurólogos...) y con la unidad de rehabilitación. Según las unidades también puede haber psicólogo⁽⁶⁶⁾.

Se recomienda que durante el día se mantenga una ratio de 1 enfermera: 3,5 pacientes; para que se disponga de no menos de 6 horas de enfermería totales por paciente y día^(138,178,163). Ocasionalmente, se requiere ratio 1:2 o 1:1, por agitación o riesgo de fuga, sobre todo si es un entorno abierto⁽⁶⁶⁾. Algún estudio documenta que los pacientes en una UMP requieren más horas de cuidados de enfermería que en una unidad psiquiátrica o una unidad médica general⁽¹⁷¹⁾. Sin embargo, Swenson señaló que es posible una enfermería efectiva usando el mismo número de miembros del staff que en una unidad general⁽¹⁶¹⁾.

Una de las característica clave de la UMP, determinante del éxito de la asistencia a pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, es una adecuada selección y formación del staff de enfermería^(66,188,).

La formación basada en aspectos psiquiátricos se proporciona al staff de enfermería y trabajo social con formación médica y la basada en aspectos médico-quirúrgicos al staff con formación psiquiátrica, por el departamento y especialistas correspondientes.

Algunos autores afirman que la flexibilidad es el activo más importante para el personal sanitario que trabaja en un UMP, debido a la gran variedad de tratamientos y carga de trabajo que manejan^(138,193).

Fogel⁽¹³⁸⁾ refiere que para estimar la cobertura médica hay que tener en cuenta el tipo de pacientes atendidos en la UMP, su gravedad médica. Considera tres grupos de pacientes: los que requieren controles diarios, los que necesitan controles frecuentes pero no diarios, y aquellos que ingresan para estudio diagnóstico y/o reajuste terapéutico y no

precisan ser vistos de forma regular por el médico general.

En algunas unidades, el psiquiatra y los residentes también atienden el servicio de interconsulta y enlace. Si un paciente empeora y requiere traslado de la UMP a la UCI, lo óptimo es que mientras permanece en la UCI sea seguido también por personal de la UMP hasta que pueda regresar, para no interrumpir la continuidad de cuidados⁽⁶⁶⁾.

En el *Ottawa General Hospital*, Canadá, la UMP es una estructura administrativa que incluye el servicio de pacientes médico-psiquiátricos hospitalizados (UMP-H), el de consulta y enlace médico-psiquiátrico (UMP-CE) y el de los pacientes médico-psiquiátricos ambulatorios (UMP-A)⁽¹⁶¹⁾.

Las UMP tipo III y IV tienen también una importante función educativa. Proporcionan una excelente oportunidad de formación para estudiantes de medicina y residentes ya que facilitan el aprendizaje, en la práctica clínica, en hacer diagnósticos y tomar decisiones terapéuticas, tanto médicas como psiquiátricas, necesarias para la asistencia de pacientes con enfermedad médico-psiquiátrica comórbida. Además, les permite ver el efecto de las mismas en estos pacientes complejos.

Los residentes de medicina interna y psiquiatría aprenden a trabajar juntos en el cuidado de los pacientes⁽¹⁹¹⁾.

Fogel⁽¹⁹⁴⁾ analizó la viabilidad económica y temas de garantía de calidad inherentes a la formación de las UMP. El mayor gasto de algunas UMP, comparado con unidades generales de psiquiatría, puede relacionarse con su necesidad de mayor ratio enfermera-paciente, mayor formación del staff de enfermería, mayor tiempo invertido por el psiquiatra en el tratamiento de los pacientes y en consultas con otros staffs médicos, la necesidad de más suministros médicos y farmacológicos, y mayores estancias hospitalarias, sobre todo en población geriátrica. Sin embargo, este coste puede ser

compensado por el tratamiento más eficiente de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica en una UMP que en una unidad de medicina o de psiquiatría general. Además, mejorando el nivel de funcionamiento de estos pacientes se puede prevenir la necesidad de institucionalización o, si fuera necesaria, requerir cuidados menores. ⁽¹³⁸⁾.

Gertler y cols.⁽⁹⁵⁾, al comparar una UMP con una unidad de psiquiatría convencional documentan que, a pesar de la multiplicidad de diagnósticos y la complejidad de los procedimientos terapéuticos, la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes de la UMP fue similar a la de los pacientes de la unidad de psiquiatría convencional y que la UMP alcanzaba objetivos clínicos y de coste-efectividad.

Kishi y Kathol⁽¹⁸⁶⁾, también realizaron uno de los primeros estudios que ilustra la contribución que este tipo de programa puede hacer, concluyendo que el programa integral tipo IV representa un proceso de mejora, debido a su capacidad para proporcionar asistencia médica eficaz, coste-efectiva, y de calidad a pacientes complejos, con comorbilidad médico psiquiátrica de gravedad alta y por ello, caros. Al comparar pacientes médicos con comorbilidad psiquiátrica tratados en una UMP IV y en una unidad de medicina interna convencional, se señala que la mejoría de los síntomas médicos fue comparable en ambas unidades, mientras que los síntomas psiquiátricos mejoraron más en el programa tipo IV, y ello a pesar de que la enfermedad psiquiátrica era más grave. La duración de la estancia hospitalaria fue similar^(95,180) y, si se considera la estancia hospitalaria total, más corta⁽¹⁹⁵⁾ que la que hubieran tenido estos pacientes complejos con un enfoque secuencial tradicional. Este programa proporciona un entorno que favorece la cooperación y adherencia del paciente.

Habría que tener en cuenta las siguientes limitaciones y problemas económicos encontrados⁽¹⁹⁶⁾: a) la remisión inapropiada de pacientes, muchos de ellos con patologías o problemas sociales crónicos que no precisan un programa de tratamiento agudo; b) la dificultad para dar de alta a aquellos pacientes que ingresaron de forma adecuada pero una vez alcanzado el mayor beneficio posible de tratamiento de la unidad no pueden ser remitidos a un lugar apropiado⁽¹⁹²⁾; c) la utilización de intervenciones terapéuticas largas

compatibles con tratamientos ambulatorios a menor coste; d) el momento de realización del estudio de costes; hay estudios de seguimiento que sugieren que son necesarios al menos dos años para mostrar una reducción en los costes sanitarios totales; y e) la no documentación de los resultados clínicos y si se producen cambios en el uso de servicios a nivel ambulatorio.

Por lo tanto, las claves para optimizar el reembolso son: 1) definir las directrices de admisión; 2) monitorizar el proceso cuidadosamente para controlar la duración de la estancia; y 3) certificar la unidad como “GRD-exento” (aunque esto puede cambiar). Como se ha comentado en esta introducción (punto I.3.2), se han implementado varios modelos para la financiación de las unidades, con diversos grados de éxito. Entre ellos, la financiación de la atención hospitalaria “basada en los GRD”, y la financiación “exenta de GRD”⁽¹⁷⁹⁾. En general, las “unidades exentas de GRD” tienden a ser económicamente más exitosas, aunque la UMP IV del *Iowa Hospital* no está exenta de GRD y mantiene estancias cortas y un cuidadoso control de los pacientes agudos con buenos resultados.

Wulsin y cols.⁽¹⁶⁵⁾ refieren que si bien al principio muchas de las UMP se dirigían desde psiquiatría, aprovechando la ventaja del reembolso fuera del sistema de GRD (programas de asistencia integral de tipo III), en los últimos 10-15 años, debido al ingreso de más pacientes con una enfermedad más aguda y a las restricciones en el reembolso psiquiátrico, se han creado UMP de administración médica, pero con asistencia psiquiátrica integral (programas tipo IV) como la referida anteriormente.

Las UMP III y UMP IV proporcionan atención al 1-2% de pacientes complejos que utilizan un 25-30% de los recursos sanitarios⁽¹⁶³⁾. Alberque y cols.⁽¹⁹⁾, señalan que las UMP tipo IV introducen una nueva forma de responder a las necesidades de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica y médica, los pacientes que consumen la mayor parte de los recursos del hospital, de una manera eficaz y económica

Todo lo referido anteriormente sugiere que las UMP no sólo benefician a los pacientes complejos sino también al staff y al hospital, pudiendo destacar entre sus beneficios⁽⁹³⁾:

- a) En estas UMP se trabaja de forma coordinada, no independiente, y con el apoyo de un staff formado para ambos tipos de intervención.
- b) Puede reducirse el riesgo de lesión al personal y de error al manejar estos pacientes.
- c) Reducción del *burnout* en enfermería, al poder tratar a estos pacientes en ámbitos bien equipados para ello.
- d) Mejoría de la comunicación y relaciones entre médicos de medicina general y salud mental/trastorno por uso de sustancias y el staff a través de un enfoque de asistencia conjunta.
- e) Excelente formación para muchos profesionales de la salud (staff de médicos, residentes, estudiantes de medicina, enfermería, trabajadores sociales, etc.) en técnicas de asistencia integral.
- f) Se mejora la asistencia sanitaria, siendo más fácil alcanzar el control clínico de pacientes con enfermedad compleja (por ejemplo, en pacientes con policonsumo de sustancias y complicaciones médicas, depresión con síntomas somáticos graves, trastornos facticios y por simulación, no adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, etc.).
- g) Se acorta la duración de la estancia hospitalaria total⁽¹⁹⁵⁾ y el ciclo ingreso-reingreso puede romperse, disminuyendo la rehospitalización⁽¹⁹⁾. Las UMP se enfocan en proporcionar intervenciones eficaces y eficientes durante la hospitalización y mejorar la planificación integral post-alta; evitando que se conviertan en los descritos como “paciente rebote”.
- h) Se disminuye la responsabilidad del hospital para pacientes difíciles con enfermedad médico-psiquiátrica comórbida.

1.4.5. El futuro de la asistencia integral

Wulsin y cols⁽¹⁶⁵⁾ señalan que “la viabilidad de la asistencia integral depende de reunir un volumen importante de pruebas de investigación de servicios sanitarios que abogue persuasivamente por la superioridad clínica y económica de la asistencia integral sobre la asistencia tradicional en poblaciones, patologías y ámbitos concretos”. En comparación con la atención secuencial, la integración de la atención a la salud mental y medicina general debe permitir una mejora en la relación coste-efectividad⁽¹⁶³⁾.

En pacientes complejos los actuales modelos de organización fragmentados favorecen la falta de coordinación entre niveles asistenciales, la duplicidad de intervenciones y una sobrecarga asistencial y económica. Se ha documentado que los modelos de servicios de salud integral, multi e interdisciplinar, promueven la salud y costes más bajos en el abordaje de estos pacientes^(93,197).

Kathol y Stoudemire⁽¹⁸⁹⁾ definieron cinco componentes críticos para mejorar los resultados de la asistencia integral de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, el sexto fue añadido por Wulsin⁽¹⁶⁵⁾:

- 1) Facilitar la evaluación psiquiátrica en atención primaria.
- 2) Realizar un cribado activo en atención primaria para identificar pacientes de alto riesgo con trastornos/enfermedades psiquiátricas.
- 3) Capacitar para aplicar intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales que han resultado efectivas en estudios bien diseñados.
- 4) Coordinar e integrar la asistencia médica y psiquiátrica entre médicos.
- 5) Tratamiento del caso para pacientes con una enfermedad crónica o compleja.
- 6) Apoyo de equipos/profesionales de asistencia médica para: a) identificar mejor a los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, b) comunicarse mejor con estos pacientes y ofrecer asistencia psicosocial básica y c) mejorar la comunicación en la red de suministro de asistencia médica.

El Institute of Medicine (Unites States), en su informe titulado “*Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*”⁽¹⁹⁸⁾, aborda como tema principal la integración de la salud mental y la salud general con el objeto de mejorar la calidad de toda la asistencia sanitaria. El comité recomienda específicamente que “las intervenciones en múltiples niveles se apliquen para desplazar la asistencia sanitaria hacia una integración vertical y horizontal, coordinada y continuada”.

Como reflejan en su artículo Wulsin y cols.⁽¹⁶⁵⁾, según la gravedad y agudeza de la comorbilidad médico-psiquiátrica y el grado de complejidad de la asistencia, ésta necesita un abordaje escalonado que oscila entre una simple interconsulta o colaboración entre profesionales médicos y psiquiatras independientes, hasta modelos de asistencia más integrados y complejos, como las UMP o una unidad ambulatoria médica y conductual combinada. Los futuros modelos incluirán una evaluación de la complejidad para apoyar la decisión de asignar servicios centrados en el paciente y los niveles de asistencia relacionados.

Un número creciente de hospitales están interesados en el desarrollo de las UMP, porque a la larga reducen el coste de la atención al paciente mediante el tratamiento simultáneo de los problemas psiquiátricos y médicos. Es por lo tanto probable que dichas unidades prosperen en sistemas de salud diseñados para maximizar la atención al tiempo que se reduzcan los costes⁽¹⁹⁹⁾.

2. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

2. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

2.1. Justificación del estudio

La motivación de esta propuesta surge del deseo de seguir mejorando y potenciando tanto la atención integral de los enfermos con patología médico-psiquiátrica como las condiciones del personal sanitario que los atiende, y del interés por obtener el máximo beneficio de las intervenciones que se precisen para ello.

La revisión bibliográfica precedente es la base de seleccionar el tema de la comorbilidad médico-psiquiátrica en las unidades de hospitalización de Psiquiatría y su complejidad como objeto de estudio, que viene justificado por diversos motivos que se exponen a continuación:

Justificación general:

- Dado que los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica compleja son los más vulnerables a las deficiencias de un sistema fragmentado, es necesario evolucionar hacia un modelo de atención integral y coordinado de salud general y salud mental, para mejorar la calidad en la asistencia (recomendaciones, basadas en la evidencia del Comité de expertos del *Institute of Medicine*, EEUU, en 2001 y 2006). Los problemas clínicos que contienen la interfaz médico-psiquiátrica no sólo ofrecen un desafío clínico, sino también un área para nuevos conocimientos y para mejorar las intervenciones⁽²⁰⁰⁾.

Justificación clínica:

- En los estudios descritos previamente, se ha descrito un incremento significativo en la “complejidad” del paciente y de la asistencia sanitaria, siendo frecuentemente infradiagnosticada e infratratada.
- El impacto negativo de la comorbilidad y complejidad en los resultados clínicos.
- Las dificultades de asistencia sanitaria para pacientes complejos, ya que los modelos

asistenciales tradicionales son insuficientes para atender a este tipo de pacientes.

- El problema para integrar la salud general y mental, y para garantizar la continuidad de cuidados.
- Necesidad de implementar nuevos modelos asistenciales para un tratamiento integral de pacientes complejos, unidades de medicina-psiquiatría, con desarrollo progresivo en diferentes países, aunque la experiencia en Europa es más limitada.
- Estos modelos de atención integral han demostrado mejorar los resultados^(186,201,202) en comparación con el cuidado o atención estándar.

Justificación docente:

- Fomentar la docencia mixta (médica y psiquiátrica) para los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica compleja.
- Las unidades de medicina-psiquiatría proporcionan un aprendizaje en asistencia integral y coordinada, para estudiantes de medicina, internos, residentes de medicina interna, residentes de psiquiatría, etcétera.

Justificación investigadora:

- En el caso de la comorbilidad médico-psiquiátrica y, aún más, de complejidad, agudeza y gravedad de la misma, resulta difícil definir conceptos, medir resultados, sintetizarlos y traducirlos a la práctica clínica.
- Se ha documentado la validez y fiabilidad de las escalas utilizadas en el presente estudio: Índice Acumulativo de Enfermedad-IAE, Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica-GEP, e ítems conductual y social de Intermed, para medir la comorbilidad y gravedad somática, gravedad psiquiátrica, y complejidad psico-social respectivamente, y pueden ser utilizados en la investigación clínica.
- Los estudios demuestran que cuando los pacientes complejos reciben intervenciones basadas en la evidencia y coordinadas mejoran los resultados clínicos y económicos.

Justificación de gestión:

- Se ha descrito el impacto creciente que la “comorbilidad” y, sobre todo, la “complejidad” y “gravedad” tienen en el incremento de costes sanitarios.

- En pacientes complejos los actuales modelos de organización fragmentados favorecen la falta de coordinación entre niveles asistenciales, la duplicidad de intervenciones y una sobrecarga asistencial y económica.
- En la era de la gestión de cuidados, el sistema sanitario se enfrenta a un reto fundamental; rediseñar la asistencia sanitaria adaptada a la persona y al contexto, con una adecuada planificación de los recursos disponibles.
- El funcionamiento de una unidad de tratamiento integral médico-psiquiátrico con una adecuada definición, selección de los pacientes, organización y experiencia; optimiza la asistencia y reduce costes, resultando eficientes.

Innovación científica:

En nuestro conocimiento, hasta la actualidad la implantación de las UMP se ha hecho sobre observaciones empíricas. No hemos encontrado estudios precedentes que de forma consecutiva:

- 1º) describan las características de los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica atendidos en la práctica diaria en una unidad de hospitalización de Psiquiatría, para
- 2º) documentar empíricamente, en base a criterios médicos (usando el IAE), psiquiátricos (utilizando la escala GEP en pacientes médicos ingresados), conductuales y sociales (usando ítems correspondientes de Intermed), la prevalencia y perfil de gravedad de los pacientes con dicha comorbilidad, y
- 3º) seleccionar y estudiar las características de aquellos pacientes con comorbilidad aguda, de moderada a grave, cuyo abordaje es complejo, y justificarían la creación de un programa de tratamiento integral coordinado del que podrían beneficiarse, denominado unidad de medicina-psiquiatría tipo III o IV (siguiendo los criterios de RG Kathol).

Beneficios esperados

Por último, consideramos que los resultados obtenidos en este estudio se podrán aplicar en la práctica clínica, que se verá reflejada en los beneficiarios potenciales de

este trabajo (los pacientes complejos, los profesionales que les atienden y el sistema sanitario).

Para ello, habría que:

- seguir estudiando las características de los pacientes complejos que predican mayor beneficio de recibir un tratamiento integral
- orientar y planificar qué programas de tratamiento integral, serían más recomendables para estos pacientes y permitirían realizar un posterior estudio de intervención, y
- continuar diseñando estudios de eficacia, eficiencia que permitan documentar mejorías en los resultados clínicos y económicos.
- identificar los enfermos con comorbilidad médica-psiquiátrica compleja ingresados en la planta de Psiquiatría, potenciales candidatos a recibir programas de tratamiento integral médico- psiquiátrico.

2.2.Objetivos del estudio

Se proponen los siguientes objetivos:

Objetivos generales

- 1) Realizar un estudio descriptivo en pacientes adultos ingresados en la planta de hospitalización de Psiquiatría de un hospital general de tercer nivel, y por los que se solicita interconsulta a las especialidades médicas y quirúrgicas, analizando la comorbilidad médica y psiquiátrica.
- 2) Determinar el porcentaje de estos pacientes, con patología médica y psiquiátrica comórbida, que se beneficiarían de una Unidad mixta de Medicina y Psiquiatría (UMP) tipo III o IV, según criterios operativos de RG Kathol, y estudiar su relación con diversas variables.

Objetivos específicos

- 1) Determinar el número de pacientes adultos ingresados en la Unidad de

Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza por los que se solicita colaboración a las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas de dicho hospital, y la prevalencia.

2) Analizar la distribución de la muestra en función de diversas variables relacionadas con:

- a) datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, procedencia, idioma, convivencia, nivel educativo, situación laboral
- b) ingreso hospitalario
- c) proceso de interconsulta
- d) organización de cuidados
- e) antecedentes clínicos previos al ingreso actual
- f) enfermedad actual:
 - enfermedad psiquiátrica
 - enfermedad médica
 - comorbilidad médico-psiquiátrica
- g) perfil de gravedad médico y/o psiquiátrica en base a:
 - el Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE)
 - la Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP)
 - el tipo de UMP, siguiendo criterios de gravedad médico-psiquiátrica operativos de RG Kathol
 - datos conductuales (variable de Intermed)
 - datos sociales (variable de Intermed)
- h) alta hospitalaria

3) Estudiar cómo se distribuirían los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, categorizada según el tipo de UMP, en función de variables: sociodemográficas, del ingreso hospitalario, proceso de interconsulta, organización de cuidados, clínicas (enfermedad actual), perfil de gravedad, y alta hospitalaria.

4) Realizar un estudio estadístico comparativo entre la muestra de pacientes con comorbilidad médica-psiquiátrica y aquellos que no la presentan, en función de las variables descritas previamente.

5) Plantear las bases de un plan de tratamiento integral para un posterior estudio de intervención que documente, en términos de coste-efectividad, la viabilidad del desarrollo de dichas UMP.

2.3.Hipótesis

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. Según la bibliografía, en los pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría se espera documentar una frecuencia de al menos un 20% de patología médica comórbida.

2. De los pacientes que presentan patología médica comórbida estimamos que se solicitará interconsulta sobre el 50% de ellos.

3. Los pacientes con mayor riesgo de suicidio, tendrán mayor prevalencia de patología médica comórbida.

4. Se estima que aquellos pacientes diagnosticados de psicosis y trastornos afectivos graves (tanto por falta de autocuidado, acceso a los servicios médicos, como por estigma) tendrán mayores prevalencias de patología médica comórbida.

5. Los diagnósticos más frecuentes se espera que sean:

- a. Patología cardiovascular.
- b. Patología endocrina.

6. El porcentaje de interconsultas solicitadas, entre los pacientes que la precisarían, será bajo (inferior al 30%), y la mayoría se realizarán a servicios médicos.

7. Los pacientes con comorbilidad médico-quirúrgica tendrán estancias medias más largas, con más coste de recursos sociosanitarios.

8. La detección precoz y la petición de interconsulta a servicios médico-quirúrgicos mejoraría la calidad asistencial y acortaría el tiempo medio de estancia en la planta.
9. Se prevé que a mayor edad de los pacientes, mayor probabilidad de tener patología médica comórbida.
10. El Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE), así como una puntuación elevada en INTERMED, serán un factor predictor de comorbilidad médica.
11. La presencia de comorbilidad médico-psiquiátrica, así como de problemática social y conductual, influirá en un mayor consumo de recursos sanitarios, especialmente en los pacientes más graves.
12. Se espera documentar que el nivel de gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica, categorizada por el tipo de UMP, se relacionará con variables:
 - sociodemográficas
 - del ingreso hospitalario, proceso de interconsulta y organización de cuidados
 - clínicas (enfermedad actual)
 - del perfil de gravedad (médica, psiquiátrica, conductual, y social)
 - al alta hospitalaria

3. METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1. CONTEXTO DEL ESTUDIO

3.1.1. Origen del estudio

El marco de referencia general para este estudio es la integración de la psiquiatría y medicina en los hospitales generales; inspirándose, en concreto, en tres fuentes:

- a) El proyecto europeo multicéntrico del *ECLW* para Psiquiatría del hospital general y Psicósomática (referido en la introducción) sobre la efectividad de la prestación de servicios de interconsulta y enlace en el hospital general, coordinado por FJ Huyse^(203,204); y los diversos modelos de atención integral descritos en la introducción.
- b) La importante aportación de RG Kathol y otros autores^(162,186,188) en el desarrollo de programas de tratamiento integral médico-psiquiátrico en el hospital general, las denominadas Unidades de Medicina y Psiquiatría-UMP o Unidades de Intervención Compleja-UIC, conceptualizándolas de forma operativa, y estableciendo categorías en dependencia de la agudeza y gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica como se ha descrito en la introducción.
- c) El estudio previo realizado en nuestro medio por MT Cortina y cols.⁽²⁰⁵⁾, mediante el análisis retrospectivo, sobre datos de la historia clínica, de pacientes médico-quirúrgicos ingresados en el hospital general, y atendidos por la UPPE del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. El objetivo era detectar comorbilidad médica, psiquiátrica, conductual y social (paciente “complejo”) y a los potenciales candidatos a ingresar en las UMP propuestas por RG Kathol según el nivel de gravedad.

3.1.2. **Ámbito del estudio**

El estudio ha sido realizado en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza (HCU-Z), que comenzó su actividad en 1974 siendo, en la actualidad, un centro clínico, docente, de investigación y de gestión. Es un hospital terciario, de referencia para el Sector Sanitario III de la Comunidad Autónoma de Aragón, que forma parte del Área de Salud III.⁽²⁰⁶⁾ En relación a estructura poblacional (según datos recogidos de la web del Hospital 2018) el Sector Zaragoza III tiene una población de unas 307.163 (TIS). Dispone aproximadamente de 800 camas. El 13,93 % de la población tiene menos de 15 años y el 19,88 %, 65 o más años y el 24,95 % es pensionista. El 54,07 % vive en la zona rural y el 45,93 % en la zona de Zaragoza capital. El 14,12 % de la población es extranjera.

La creación del Servicio (Departamento hasta 1972) de Psiquiatría del Hospital Clínico significó un ejemplo de la integración de la asistencia psiquiátrica en la asistencia médica general desde la apertura del Hospital. El número de camas ha ido variando hasta las 20 en la actualidad. El equipo está formado por tres psiquiatras, una auxiliar administrativa, un trabajador social y el/los MIR de psiquiatría rotantes. El resto del equipo de profesionales lo componen 9 enfermeros, 8 auxiliares de Clínica, 9 celadores. También ofrece docencia a MIRes de otras especialidades (medicina de familia, neurología y geriatría fundamentalmente) y estudiantes de medicina.

3.2.MUESTRA

3.2.1. Técnica de muestro y tamaño muestral

La muestra seleccionada son pacientes adultos (18 o más años de edad) ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Adultos del HCU-Z. El reclutamiento se realiza durante cuatro años: 2014, 2015, 2016 y 2017, alcanzando un tamaño muestral suficiente (N=1552) para realizar los cálculos estadísticos, y teniendo en cuenta los

errores tipo I y tipo II.

Criterios de inclusión:

- Pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría, adultos (18 o más años).

Criterios de exclusión:

En este estudio no hemos excluido a ningún paciente de la muestra.

3.3. DISEÑO DEL ESTUDIO

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

En la muestra seleccionada, la historia clínica y valoración psiquiátrica/conductual/social participan los psiquiatras responsables de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y los MIRes de psiquiatría rotantes supervisados. El diagnóstico médico se establece según criterios de la CIE-10, y para el diagnóstico psiquiátrico se utiliza la CIE-10: CDI-10 (“Criterios Diagnósticos de Investigación”).

La exploración anterior se complementa con la aplicación de instrumentos de medida de la gravedad médica (IAE), psiquiátrica (GEP), conductual y social (ítems de Intermed). Se realiza a partir de la revisión de la información obtenida durante el ingreso, recogida en la historia clínica, y es llevada a cabo por un psiquiatra, que es el investigador del estudio actual. Con todo ello, se cumplimenta la recogida de los criterios para ingreso en una UMP, según Kathol. Los instrumentos utilizados se detallan en los apartados correspondientes de la “Metodología” y “Anexos”.

Los datos recogidos en la muestra permiten, en una primera parte, realizar el análisis de la prevalencia de la comorbilidad médico-psiquiátrica y su relación con diversas variables. En una segunda parte, se estudia la prevalencia de dicha comorbilidad que se presenta de forma aguda y grave, pacientes “complejos” y, asimismo, su relación con diversas variables. Estos pacientes complejos serán los potenciales beneficiarios del desarrollo de nuevos modelos de asistencia integral, como las UMP tipo III o IV.

3.3.1. Descripción de las fuentes de información utilizadas

3.3.1.1. Historia clínica psiquiátrica

La revisión de:

- a) la historia clínica del paciente durante el ingreso
- b) el informe de alta psiquiátrica (realizado por el psiquiatra responsable de la planta de hospitalización)

3.3.1.2. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

Puntualmente, se ha utilizado el CMBD del sistema informático del hospital para recabar información sobre: 1) el número total de pacientes adultos ingresados en el hospital general, y 2) su estancia hospitalaria, en el período de tiempo considerado en este estudio. (Remitimos al lector al apartado “Introducción”, donde también se hace referencia a esta fuente de información).

3.3.1.3. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10ª revisión)⁽²⁰⁷⁻²⁰⁹⁾

La CIE es un sistema de clasificación de enfermedades- El propósito de clasificar y codificar los términos diagnósticos y otros problemas de salud es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación, y la comparación de datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. La CIE es la norma de codificación internacionalmente más extendida, el sistema de clasificación diagnóstica oficial usado en Europa, y su uso está oficialmente reglamentado en nuestro país⁽¹⁵⁷⁾. En la práctica, se ha convertido en una herramienta estándar de clasificación para la epidemiología, la gestión de la salud y con fines clínicos.

La CIE tiene su origen en la *International Classification of Causes of Death*, (“Lista de las causas de muerte”), cuya primera edición puso en marcha J Bertillon en 1893, en el Instituto Internacional de Estadística en París. A partir de 1900, el interés se centra en disponer de cifras relacionadas tanto de mortalidad como de morbilidad. Posteriormente, se incorporó incapacidades y factores que afectan el estado de salud, reconociendo con ello que se requiere una información amplia para solucionar los complejos temas de salud, asistencia médica y promoción sanitaria.

En 1900 se introdujo la CIE-1, la primera revisión de la clasificación original de 1893, en 1910 la CIE-2, y así sucesivamente hasta la CIE-9, publicada en 1979. La OMS viene coordinando la revisión periódica de la CIE desde 1948, con la CIE-6 que es la primera en incluir también causas de morbilidad. Antes de la CIE-10, no se publicaban actualizaciones entre las revisiones, que ocurrían en ciclos de diez años.

Al principio, la OMS no incluía en su clasificación ninguna sección dedicada a los trastornos mentales. En la CIE-5, en 1938, se incluyó una sección aparte para los trastornos mentales en la sección de las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos: deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y

trastornos mentales restantes. La CIE-6 contiene la primera sección independiente de trastornos mentales.

En la CIE-9 se inauguró el uso de un glosario aplicado a los trastornos mentales, se reformularon varias categorías, y se incluyeron los trastornos afectivos y el estado psiquiátrico específico en la infancia, siendo esta la primera versión de la CIE en la que aparecen los trastornos infantiles.

En 1992, la OMS publica la CIE-10, con el capítulo V dedicado a los “trastornos mentales y del comportamiento”. En este sistema los trastornos psicológicos se agrupan en 10 secciones. La CIE-10 es mucho más amplia que la CIE-9, aumentándose considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación. El capítulo de la CIE-9 que trata de los trastornos mentales sólo contenía 30 categorías, mientras que en la CIE-10 se incluyen 100 categorías.

La CIE-10 es el acrónimo de la “Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima versión”. Corresponde a la versión española de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD* y determina “la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad”.

Ha sido fruto de varios años de estudio de campo para intentar aumentar la fiabilidad inter-examinador de las categorías diagnósticas, así como para acercarse más a los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría. La CIE-10 fue aprobada por la 43 Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990 y su uso entró en los estados miembros de la OMS a partir de 1994. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

Tiene una estructura politética, es decir, cada categoría se define por una serie de propiedades de las cuales sólo es necesario cumplir un número determinado. Es descriptiva y utiliza procedimiento multiaxial con el fin de incluir distintos tipos de datos relevantes para la evaluación de la situación clínica del paciente. Pretende ser atórica y tener un carácter universal con el fin de poder ser utilizado por clínicos de diversas orientaciones, investigadores y administradores.

Utiliza un código alfanumérico, compuesto de una letra seguida de varios dígitos separados por un punto entre el tercer y cuarto carácter. Los primeros 4 dígitos del código tienen rango oficial internacional. El 5º y el 6º se destinan a fines de adaptación regional. Es tarea de la OMS coordinar las adaptaciones de las diferentes clasificaciones a la CIE-10.

Las formas básicas de enfermedad humana y afecciones relacionadas con la salud se agrupan en capítulos, grupos, categorías y subcategorías. Conforman los 21 capítulos, que son el núcleo de la CIE-10. Los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9.

En el capítulo V de la CIE-10 sobre trastornos mentales y del comportamiento, todas las afecciones están codificadas con la letra F. El 1º dígito (segundo carácter) de los códigos diagnósticos indica 10 clases mayores de trastornos mentales y del comportamiento (F0-F9). El 2º y 3º dígito (tercer y cuarto carácter) identifica categorías progresivamente más definidas⁽²¹⁰⁾.

La presentación multiaxial publicada para la atención de pacientes mentales adultos se compone de tres ejes: eje I, diagnósticos clínicos; eje II, incapacidades; y eje III, factores contextuales. Hay dos presentaciones multiaxiales: una para niños y otra para adultos.

3.3.1.4. Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE)

El IAE corresponde a la traducción y adaptación al español por Bulbena y cols.⁽¹⁴³⁾ de la *Cummulative Illness Rating Scale-CIRS*⁽¹⁴⁴⁾.

Hay estudios que confirman la validez del IAE como indicador del estado de salud. Evalúa la enfermedad global, el estado actual de enfermedad del individuo; y, partiendo de la anamnesis, historia clínica y exploración física, recoge datos relacionados con la gravedad somática respecto a: 1) el riesgo vital, 2) la incapacidad funcional y 3) la necesidad de tratamiento. Este instrumento se utiliza frecuentemente en pacientes médico-quirúrgicos ingresados⁽¹⁴³⁾. Se ha aplicado como índice comórbido en la depresión⁽²¹¹⁾, y puede emplearse tanto en clínica como en investigación^(51,212), siendo potencialmente útil para predecir resultados (rehospitalización, discapacidad, mortalidad) en pacientes ancianos ingresados^(211,213-215).

Es una escala breve, fiable, válida, práctica y de fácil aplicación. Recopila mucha información en una versión abreviada. Se evalúan 13 categorías diferentes, agrupadas en seis sistemas según los aparatos del organismo humano:

- a. sistema cardiovascular y respiratorio (ítems 1-4)
- b. sistema digestivo (ítems 5-7)
- c. sistema genitourinario (ítems 8-9)
- d. sistema musculoesquelético y tegumentos (ítem 10)
- e. área neuropsiquiátrica (ítems 11-12), y
- f. área general o endocrinometabólica (ítem 13).

La gravedad del deterioro se cuantifica con una escala de cinco grados: grado 0, sin enfermedad; grado 1, afectación leve; grado 2, afectación moderada; grado 3, afectación grave; y grado 4, afectación extremadamente grave. La valoración final es el resultado de sumar los valores de cada uno de los 13 ítems.

Se han incluido en la escala 5 ítems recopilatorios con objeto de valorar mejor la gravedad de la enfermedad⁽²¹⁶⁾:

- número total de categorías incluidas (NTCI)
- puntuación total (PT)
- índice de gravedad (IG = PT/NTCI)
- número de categorías con gravedad de nivel 3 (NCG 3) y
- número de categorías con gravedad de nivel 4 (NCG 4).

Para calibrar la enfermedad somática, el IAE ha demostrado buena fiabilidad (tanto en la prueba test-retest, como en la prueba interexaminador) y validez en diversos estudios^(144,217,218).

Los autores concluyeron que cuando el IAE se deriva de fuentes adecuadas de información médica constituye una medida objetiva, válida, de la carga de afectación por enfermedad física y presenta una amplia aplicación en investigaciones clínicas.

Se han realizado diferentes adaptaciones de la versión original, utilizándolas en pacientes geriátricos (*CISR-G*)^(143,213,216,219); en pacientes con abuso de sustancias (*CISR-SA*), adaptada al español por Castillo y cols.⁽²²⁰⁾; en daño cerebral traumático (*Modified-CIRS*)⁽²²¹⁾; e incluso a nivel ambulatorio (*eCIRS*)⁽²²²⁾.

El IAE presenta alguna limitación a tener en cuenta, como el hecho de que la escala mide el estado actual de enfermedad del individuo, por lo que aquellos problemas que tuvieron relevancia en períodos anteriores pero que han dejado de tenerla no deben influir en la gradación actual⁽²³⁾.

Para el propósito de este estudio se ha utilizado la versión de la *CIRS* adaptada al español por Bulbena (IAE)⁽¹⁴³⁾.

(Remitimos al lector al apartado “Introducción”, donde también se hace referencia al IAE).

3.3.1.5. Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP)

La GEP corresponde a la versión traducida y adaptada al español por Bulbena y cols.⁽¹²⁷⁾ de *The Severity of Psychiatric Illness Scale-SPI Scale-*, procedente del protocolo *PSYMON*, desarrollado por el programa de Servicios de Salud Mental del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Northwestern de Chicago⁽²²³⁾.

Se ha documentado que resulta adecuada para ser usada en pacientes en fase de crisis o agudización; tanto en la calibración clínica directa de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica en enfermos ingresados, como para apoyo a la gestión clínica psiquiátrica, contribuyendo a la determinación del *case mix* psiquiátrico^(127,130). Es decir, dada su relación con los criterios clínicos y económicos, puede permitir hacer una previsión de los recursos sanitarios y sociofamiliares que pueda necesitar el paciente en función de las áreas que evalúa⁽¹⁴²⁾.

Se compone de factores clínicos del paciente, pero también incorpora aspectos psicosociales relevantes, como las capacidades y actividades sociolaborales, y se ha elaborado considerando las bases de la decisión clínica de indicación y necesidad de tratamiento en régimen de ingreso de un paciente⁽¹⁴²⁾. Pretende recoger de forma esencial tres puntos: a) el nivel de atención (ingreso o no), b) la duración, y c) la evolución.

Es una escala hetero-administrada, breve (entre 5 y 15 minutos), fiable, válida, y de aplicación sencilla. Se ha desarrollado sobre 12 ítems que se agrupan en cuatro dimensiones relacionadas con:

- a) Dimensión 1: razones para el ingreso: riesgo potencial de suicidio, peligrosidad para los demás, y gravedad de síntomas psiquiátricos (ítems 1-3).
- b) Dimensión 2: capacidad actual para cuidar de sí mismo (ítem 4).
- c) Dimensión 3: complicaciones respecto a la enfermedad psiquiátrica: problemas médicos, de abuso de sustancias, laborales, familiares, y de vivienda (ítems 5-9).
- d) Dimensión 4: complicaciones del tratamiento psiquiátrico: oposición al tratamiento, implicación familiar, y grado premórbido de disfunción (ítems 10-12)^(224,225)

Existe un manual de puntuación de la escala GEP, también traducido y adaptado a nuestro medio, que se ha construido siguiendo un sistema de cuatro niveles para cada ítem. Las puntuaciones oscilan desde 0 (ausencia de gravedad) a 3 (máxima gravedad)⁽²²⁵⁾.

En diferentes estudios se indica que los ítems que mejor predicen el ingreso son: el peligro para sí mismo (ítem 1), el peligro para los demás (ítem 2), la gravedad de los síntomas (ítem 3), y el deterioro en la capacidad de autocuidado (ítem 4)⁽²²⁶⁾. Sin embargo, en la práctica hay otros factores que también intervienen como: la colaboración con el tratamiento ambulatorio, las complicaciones médicas y sociales, y los niveles premórbidos de adaptación.

Para completarla se utilizan todos los recursos de información disponibles (paciente, familia, informes clínicos, trabajador social), que se pueden recoger prospectiva o retrospectivamente de la historia clínica. Por ello, al ser breve y recogerse los datos de la revisión de la historia clínica, la escala GEP: 1) puede ser un método de evaluación más eficiente que la recogida de datos basada en entrevistas clínicas, ya que muchas de estas medidas clínicas requieren más tiempo y, según el estado y/o edad del paciente, pueden requerirse varias sesiones para completarlas o rechazar hacerlas; 2) no es necesario el contacto con el enfermo y, al no tener que participar en entrevistas de investigación, es menos probable que haya rechazos; y 3) al poder recoger los datos prospectiva o retrospectivamente el problema de la tasa de respuesta se reduce o desaparece⁽¹²⁷⁾.

La escala muestra una adecuada fiabilidad interexaminadores (coeficiente de correlación de Spearman entre 0,62 y 0,99; coeficiente de correlación intraclase entre 0,61 y 0,98), consistencia interna o coeficiente de homogeneidad (alfa de Cronbach de 0,67). En el análisis factorial, la composición factorial presentó agrupaciones muy concordantes con los perfiles más característicos de los pacientes atendidos en una planta de psiquiatría, lo que le confiere un grado de validez aparente y mayor base a su utilización clínica⁽¹²⁷⁾.

Se han documentado asociaciones predecibles y consistentes de las dimensiones de la escala GEP con medidas independientes de los síntomas psiquiátricos y con la duración de la estancia hospitalaria^(142,224). Por lo tanto, la escala GEP aporta información sobre variables de mayor significación que el diagnóstico en solitario o simplemente la duración de la estancia⁽¹²⁷⁾. Las dimensiones de la GEP nos permiten identificar perfiles de gravedad en función de las áreas que evalúa, y hacer una previsión de los recursos sanitarios y sociofamiliares que pueda necesitar el paciente.

Para el propósito de este estudio se ha utilizado la versión de la *SPI* adaptada al español por Bulbena en pacientes ingresados (escala GEP)⁽¹²⁷⁾. (Remitimos al lector al apartado “Introducción”, donde también se hace referencia a la GEP).

3.3.1.6. Intermed

El método *INTERMED* (*INTERdisciplinary MEDicine*) ha sido diseñado, validado originalmente en Holanda, ensayado y utilizado por Huyse y otros miembros del grupo *ECLW*^(113,114). Se han documentado buenos coeficientes de fiabilidad interexaminadores⁽¹²⁰⁾, así como aceptables coeficientes de validez. Es un instrumento de *screening*, que realiza una valoración biopsicosocial, clasificación de pacientes complejos e identificación precoz de necesidades de asistencia sanitaria, permitiendo una

aproximación conceptual operativa al *case-mix* o *case-complexity*, con fines clínicos, científicos, educativos, y potencialmente para la gestión integral y precoz de los pacientes complejos^(113,124,125). En España se utiliza la versión validada al español por Lobo y cols.^(115,116).

Intermed es un método breve (aproximadamente 15 minutos) y fácilmente aplicable. Se recoge información de cuatro áreas con una perspectiva temporal (antecedentes, estado actual y pronóstico). Cada área recoge cinco variables, que se puntúan en un rango que va del 0 (no hay problema/vulnerabilidad o necesidad) al 3 (alta vulnerabilidad o necesidad).

Las áreas, apartados y variables se resumen así:

- a) biológica:
 - antecedentes médicos, 2 variables: cronicidad y dificultades diagnósticas
 - historia médica actual, 2 variables: gravedad de los síntomas y reto diagnóstico (complejidad diagnóstica)
 - pronóstico biológico
- b) psicológica:
 - antecedentes psiquiátricos/psicológicos, 2 variables: dificultad de adaptación y síntomas psiquiátricos
 - historia psiquiátrica actual, 2 variables: resistencia al tratamiento y síntomas psiquiátricos
 - pronóstico psiquiátrico
- c) social:
 - historia social, 2 variables: dificultades en la integración social y disfunción social
 - situación social actual, 2 variables: dificultades en la vivienda y en las redes sociales
 - pronóstico social
- d) atención sanitaria o consumo de recursos:
 - antecedentes de atención sanitaria, 2 variables: intensidad del tratamiento y experiencia con el tratamiento
 - situación actual de la asistencia sanitaria, 2 variables: organización de cuidados y adecuación del ingreso

- pronóstico asistencial (coordinación asistencial)

En nuestro estudio, se decidió incluir sólo algunas variables de Intermed con el objetivo de aportar información adicional en relación con dificultades sociales, conductuales y de diagnóstico actual. Se recogieron las siguientes variables de Intermed 5.1 versión en español:

- complejidad diagnóstica (área biológica)
- dificultad de adaptación (área psiquiátrica, informa de conducta en relación con enfermedad)
- resistencia al tratamiento (área psiquiátrica, informa de conducta en relación con el tratamiento)
- disfunción social (área social)
- dificultades en las redes sociales (área social).

(Remitimos al lector al apartado de “Introducción”, donde también se hace referencia a Intermed).

3.3.1.7. Escala de Montgomery-Asberg para la depresión (MADRS)

La Escala de Montgomery-Asberg para la depresión corresponde a la versión traducida y validada al español por Lobo y cols.⁽⁴⁹⁾ de la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*, que fue validada por sus autores originales en Inglaterra y Suecia en 1979⁽¹⁵¹⁾. Es un instrumento heteroadministrado, muy útil, válido, y fiable para evaluar la depresión; siendo altamente sensible para detectar los cambios en la sintomatología depresiva de los pacientes.

Consta de 10 ítems, cada uno se puntúa de 0 (ausencia de síntomas) a 6 (máximo nivel de gravedad). No hay un punto de corte establecido, en los estudios se suele utilizar puntuación igual o superior a 18 puntos como confirmación de depresión. El orden de gravedad es creciente.

En este estudio sólo hemos utilizado el ítem 10 de la *MADRS*, “niveles de pensamiento suicida actual”, como complemento a la información proporcionada por la escala GEP (en su ítem 1 “riesgo potencial de suicidio”) y la exploración psicopatológica.

3.4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES FUNDAMENTALES UTILIZADAS EN ESTE ESTUDIO

3.4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

a) Edad

Se considera la edad, en años, en el momento del ingreso, calculada a partir de la fecha de ingreso en el hospital general y la fecha de nacimiento del paciente.

b) Sexo: variable dicotómica o binaria, con los valores: hombre y mujer.

c) Estado civil: variable con 4 categorías: soltero, casado o en pareja, divorciado o separado y viudo.

d) Procedencia

Se refiere al lugar de origen del individuo. Se consideran 6 categorías: España, Europa- este, Europa-oeste (salvo España), África, América del Norte y América central-sur. No se objetivan otras procedencias.

e) Tipo de convivencia

Variable categorial de 8 categorías: los que viven solos, con el cónyuge/pareja, con los hijos, con cónyuge/pareja e hijos, con padres, con familia extensa, en institución, y otros tipos de convivencia. El apartado “otros tipos de convivencia” está constituido por

un grupo heterogéneo que puede incluir individuos que combinan dos o más tipos de convivencia (por ejemplo por motivo laboral, o ancianos que alternan temporadas que viven solos o en una institución y otras conviven con algún familiar), o los que comparten vivienda con personas que no son de la familia (como una comunidad o piso de estudiantes).

f) Nivel educativo

Hace referencia al máximo nivel de estudios formales al que ha llegado el paciente, es decir, los realizados dentro de un sistema de educación formal (escuela, universidad, etc.), estén completos o incompletos. Se agrupan para este estudio en 4 categorías: sin estudios, estudios primarios, estudios medios y superiores (ya sean completos o incompletos, respectivamente).

g) Situación laboral

Se consideran 8 categorías: activo, en paro, jubilado, incapacidad transitoria, incapacidad permanente, ama de casa, estudiante, y otros. El apartado “otros tipos de situación laboral” puede incluir individuos que combinan dos situaciones; por ejemplo, un estudiante que además trabaja, o un individuo con trabajo a tiempo parcial y que, a la vez, cobra el subsidio de desempleo.

3.4.2. VARIABLES RELACIONADAS CON EL INGRESO EN EL HOSPITAL GENERAL

Estancia hospitalaria total

Se considera estancia hospitalaria a períodos de 24 horas (un día) de permanencia del mismo paciente en un servicio de internamiento de un hospital. Se cuentan al finalizar el episodio de hospitalización, restando la fecha de ingreso a la fecha de alta.

3.4.3. VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE INTERCONSULTA

Servicio al que se solicita interconsulta

Para el análisis de los datos, con objeto de evitar categorías con un número pequeño de sujetos, se agrupan en 4 categorías: servicios médicos (medicina interna, digestivo, neumología, neurología, infecciosas, cardiología, endocrinología, nefrología, reumatología); servicios quirúrgicos (traumatología, neurocirugía, cirugía general, angiología y cirugía vascular, urología); servicios “médico-quirúrgicos” (dermatología, ginecología- obstetricia, otorrinolaringología, oftalmología); y médico y quirúrgico.

3.4.4. VARIABLES RELACIONADAS CON DATOS CLÍNICOS: ANTECEDENTES

Variables relacionadas con antecedentes médico-quirúrgicos

Presencia de antecedentes médico-quirúrgicos: Variable dicotómica o binaria, con los valores: sí y no.

Antecedentes de ingreso médico-quirúrgico: Variable dicotómica o binaria, con los valores: sí y no.

Antecedentes de tratamiento farmacológico médico

En este estudio se considera variable dicotómica o binaria, con los valores: sí y no. En la categoría “sí”, se especifica el número de fármacos, y para el análisis de los datos se utiliza como variable cuantitativa o como variable categorial, estableciendo dos grupos (1-3; > 3 fármacos).

Variables relacionadas con antecedentes psiquiátricos

Antecedentes de síntomas - trastorno psiquiátrico

Se consideran 4 categorías: ninguno, leve, moderado, y grave. Para analizar los datos se utiliza como variable dicotómica o binaria, con los valores: sí y no. En la categoría “sí”, se especifica el nivel o grado de afectación con 3 categorías: leve, moderada y grave.

Antecedentes de ingreso psiquiátrico y tipo de ingreso

Se considera variable dicotómica o binaria, con los valores: sí y no. En la categoría “sí”, se especifica el tipo de ingreso, y para el análisis de los datos se consideran 6 categorías: unidad de corta estancia (UCE); hospital de día/centro de día (H día/C día); unidad de media estancia/larga estancia (UME/ULE); UCE y H día/C día; UCE y UME/ULE; UCE, H día/C día y UME/ULE.

Antecedentes de seguimiento psiquiátrico ambulatorio

Se considera variable dicotómica o binaria, con los valores: sí y no. En la categoría “sí”, se especifica la continuidad en la asistencia, y para el análisis de los datos se consideran 2 categorías: acude con regularidad, acude de forma irregular.

Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico

Se consideran 16 categorías, según presencia de antecedente, tipo de psicofármaco y combinaciones. En este estudio también se considera como variable dicotómica o binaria con los valores: sí y no. En la categoría “sí”, se especifica el número de psicofármacos, y para el análisis de los datos se utiliza como variable cuantitativa o como variable categorial, estableciendo dos grupos (1-3; ≥ 4 psicofármacos).

Antecedentes de terapia electroconvulsiva (TEC): variable dicotómica o binaria, con los valores: sí y no.

Variables relacionadas con antecedentes de tratamiento farmacológico médico y/o psiquiátrico

Por una parte, hace referencia a aquellos pacientes que tienen antecedentes de tratamiento farmacológico médico y/o psiquiátrico (ambos o sólo uno de ellos). En este caso, en el análisis se utiliza como variable cuantitativa o como variable categorial, con 4 categorías de número total de fármacos (0; 1-3; 4-6; > 6 fármacos).

Por otra parte, hace referencia a aquellos pacientes con antecedentes de ambos tratamientos farmacológicos conjuntamente. En este caso, se considera como variable dicotómica o binaria con dos valores: sí y no.

3.4.5. VARIABLES RELACIONADAS CON DATOS CLÍNICOS: ENFERMEDAD ACTUAL

Variables relacionadas con la enfermedad médica actual

Complejidad diagnóstica médica actual (Intermed)

Se consideran 4 categorías que hacen referencia a la dificultad o no en realizar el diagnóstico médico. Para el análisis de los datos se reagrupan en 3 categorías: diagnóstico claro o diagnóstico diferencial claro; diagnóstico complejo, esperable enfermedad médica; y diagnóstico complejo, no esperable enfermedad médica.

Pruebas diagnósticas realizadas

Se consideran 6 categorías. En el análisis de los datos se utiliza como variable cuantitativa o como variable categorial, con 4 categorías de número de pruebas diagnósticas (0; 1-5; 6-10; > 10). Se especifican los pacientes con pruebas de preoperatorio (en el grupo de 1-5 pruebas) y de trasplante hepático (en el grupo de > 10 pruebas).

Diagnóstico somático según la CIE-10

Hace referencia a la clasificación de enfermedades somáticas, asignándoles categorías según criterios establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10ª edición, de la OMS (tabla 3.1.).

Tabla 3.1.

Capítulo	Título	Código
I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	A00-B99
II	Neoplasias malignas incluyendo tumores de la sangre	C00-D09
	Tumores no malignos o de comportamiento dudoso	D10-D48
III	Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico	D50-D89
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	E00-E90
VI	Enfermedades de sistema nervioso	G00-G99
VII	Enfermedades del ojo y sus anejos	H00-H59
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	H60-H95
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	I00-I99
X	Enfermedades del sistema respiratorio	J00-J99
XI	Enfermedades del sistema digestivo	K00-K93
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	L00-L99
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M00-M99
XIV	Enfermedades del aparato genitourinario	N00-N99
XV	Embarazo, parto, puerperio	O00-O99
XVI	Enfermedades del período perinatal (del feto y recién nacido)	P00-P96
XVII	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	Q00-Q99
XVIII	Sm, sg y hallazgos clínicos o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte	R00-R99
XIX	Traumatismos, lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	S00-T98

Sm: síntomas. Sg: signos

Para este estudio se han realizado hasta tres diagnósticos somáticos. El diagnóstico somático se considera inicialmente variable dicotómica con los valores: sí y no.

Entendemos por diagnóstico principal, aquel que al final del proceso de hospitalización es el causante primario de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Otros diagnósticos (segundo, tercero) se definen como aquellos que coexisten o se desarrollan durante el episodio de hospitalización y afectan el tratamiento del paciente.

Necesidad de tratamiento actual médico-quirúrgico específico

Hace referencia a tratamientos médico-quirúrgicos que, en general, no se pueden administrar en una planta de psiquiatría convencional o, al menos, no en las condiciones adecuadas. Para el análisis de los datos se agrupan en 7 categorías: “ninguno”; “oxigenoterapia, dieta absoluta, fluidoterapia intravenosa, fármacos intravenosos, ostomía”; “intubación, respiración artificial, medidas de soporte vital”; “quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis”; “post-cirugía mayor”; “trasplante hepático”; y “otros”.

Traslado de servicio/centro durante el ingreso actual

Hace referencia a los distintos tipos de traslado de un servicio a otro intra o extrahospitalario (otro centro sanitario), en relación con el ingreso actual.

Autonomía en actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Hace referencia al conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado, movilidad, y a la capacidad de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin

precisar ayuda continua de otros. Entre ellas se incluyen: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, control de esfínteres, usar el servicio, deambular, trasladarse, subir/bajar escalones.

En este estudio se ha concretado en 3 categorías: autonomía total (independiente en todas las actividades); autonomía parcial (cuando su funcionamiento en relación con las ABVD precisa apoyo y supervisión parcial, no continua); y no autónomo o dependiente (cuando su funcionamiento en relación con las ABVD precisa supervisión, en general, total y continuada).

Variables relacionadas con la enfermedad psiquiátrica actual

Nivel de conciencia en la primera visita

Se consideran 4 categorías: alerta o vigil, obnubilado, estuporoso, y coma (puntuación en la escala de Glasgow ≤ 8).

Riesgo de suicidio

En este estudio se recoge información de tres variables: a) antecedentes de intento autolítico, con tres categorías; b) niveles de pensamiento suicida actual (ítem 10 de la *MADRS*) con siete categorías; y c) intento autolítico actual, con tres categorías.

Diagnóstico psiquiátrico según la CIE-10

Hace referencia a la clasificación de trastornos psiquiátricos asignándoles categorías según criterios establecidos por la CIE-10: CDI-10 de la OMS (tabla 3.2).

Tabla 3.2.

Capítulo	Categoría	Código
	Trastorno Mental Orgánico	F00-09
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	F10-19
	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	F20-29
	Trastornos del humor (afectivos)	F30-39
	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	F40-48
	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos	F50-59
V	(trastorno conducta alimentaria, trastorno del sueño no orgánico, disfunción sexual no orgánica, puerperio, abuso de sustancias sin dependencia...)	
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	F60-69
	Retraso mental	F70-79
	Trastornos del desarrollo psicológico	F80-89
XX*	Causas externas de mortalidad y morbilidad	X60-84 Y10-34

Para este estudio se han realizado hasta tres diagnósticos psiquiátricos. El diagnóstico psiquiátrico se considera inicialmente variable dicotómica con los valores: sí y no. Posteriormente, en la categoría “sí”, se especifica el tipo de diagnóstico según las

categorías del capítulo V de la CIE-10, y también se incluye del capítulo XX (“causas externas de morbilidad y mortalidad”) lo referente a lesiones autoinfligidas intencionadamente, X60-84, y eventos de intención no determinada, Y10-34.

Tratamiento psicofarmacológico durante el ingreso

Se recoge información sobre:

- a) La necesidad de prescripción de tratamiento psicofarmacológico durante el ingreso. En este caso se consideran 5 categorías: ninguno, inicio de tratamiento, no modificación de tratamiento previo, modificación del tratamiento previo por interferencia con la enfermedad médica actual, y modificación del tratamiento previo por la clínica psiquiátrica actual.

- b) El número de psicofármacos prescritos. En el análisis se utiliza como variable cuantitativa o como variable categorial, con 3 categorías de número de psicofármacos prescritos (0; 1- 3; ≥ 4 psicofármacos).
- c) El tipo de psicofármacos y combinación de los mismos.

Contención mecánica/medidas preventivas de seguridad: variable dicotómica con los valores: sí y no.

Intervención psicológica durante el ingreso

En el estudio se recoge información sobre tres variables: a) intervención psicológica al paciente, b) intervención psicológica a familiares, y c) intervención psicológica al staff.

3.4.6.VARIABLES RELACIONADAS CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Gravedad médica: Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE)

Como se ha comentado al describir el IAE, en este estudio se consideran las 13 categorías de este instrumento, agrupadas en 6 sistemas según los aparatos del organismo humano: sistema cardiovascular y respiratorio (4 ítems), sistema digestivo (2 ítems), sistema genitourinario (2 ítems), sistema musculoesquelético y tegumentos (1 ítem), área neuropsiquiátrica (2 ítems), y área general o endocrinometabólica (1 ítem).

La gradación de la afectación se cuantifica con una escala de cinco grados: grado 0, sin enfermedad; grado 1, afectación leve; grado 2, afectación moderada; grado 3, afectación grave; y grado 4, afectación extremadamente grave.

Se incluyen en el estudio los 5 ítems recopilatorios, variables cuantitativas, con objeto de valorar mejor la gravedad de la enfermedad:

- Número total de categorías incluidas (NTCI): es el número de categorías de los distintos sistemas que componen el IAE que están afectadas. Por tanto, esta variable oscila entre 0 y 13 categorías incluidas.
- Puntuación total (PT): es el resultado de sumar los valores de cada una de las 13 categorías que componen los sistemas del IAE. Oscila entre 0 y 52.
- Índice de gravedad (IG): resulta de dividir la Puntuación total entre el Número total de categorías incluidas (PT/NTCI). Oscila entre 0 y 4.
- Número de categorías con gravedad de nivel 3 (NCG 3): es el sumatorio del número de categorías de los diferentes sistemas o aparatos afectados con una puntuación de “3”.
- Número de categorías con gravedad de nivel 4 (NCG 4): es el sumatorio del número de categorías de los diferentes sistemas o aparatos afectados con una puntuación de “4”.

En los análisis de este estudio se ha considerado fundamentalmente el Índice de Gravedad del IAE (en lo sucesivo, IG-IAE), al tener en cuenta que una misma puntuación global no siempre implica situaciones de la misma gravedad, ya que va a depender del número de categoría afectadas (por ejemplo, no es lo mismo una puntuación global de 4 procedente de una sola categoría, lo que indicaría extremadamente grave, que procedente de 4 categorías, que indicaría que la afectación de cada una de ellas es leve).

Gravedad psiquiátrica: Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP)

En este estudio se consideran las 12 categorías de la escala GEP para pacientes ingresados. Para el análisis de los datos se han agrupado estas 12 categorías en cuatro dimensiones:

- Dimensión 1: Razones para el ingreso: riesgo potencial de suicidio, peligrosidad para los demás, y gravedad de síntomas psiquiátricos (ítems 1-3). La puntuación oscila de 0-9.
- Dimensión 2: Capacidad de autocuidado (ítem 4). Puntuación oscila de 0-3.
- Dimensión 3: Complicaciones respecto a la enfermedad psiquiátrica: problemas médicos, problemas toxicomanías, problemas laborales, problemas familiares, e inestabilidad de domicilio (ítems 5-9). Puntuación oscila de 0-15.
- Dimensión 4: Complicaciones respecto al tratamiento psiquiátrico: oposición al tratamiento, implicación familiar, y disfunción premórbida (ítems 10-12). Puntuación oscila de 0-9.

La puntuación en cada categoría sigue un sistema de cuatro niveles de afectación: 0, ausencia de gravedad; 1, gravedad baja; 2, gravedad media; y 3, máxima gravedad. Por lo tanto la puntuación global, variable cuantitativa, está entre 0 y 36. En el manual de puntuación se define con más precisión cada uno de los niveles de afectación para cada categoría.

Gravedad médico-psiquiátrica

Unidades de Medicina-Psiquiatría (UMP)

Hace referencia a los tipos de UMP que RG Kathol y cols.⁽¹⁶²⁾ describen en base al nivel de agudeza y gravedad de la patología médica y psiquiátrica. Llevan asociados unas determinadas características de los pacientes, procedimientos disponibles, y tipos de intervención (remitimos al lector a la tabla I.3 de la “Introducción” de este estudio). Se consideran 4 categorías, que se corresponden con los 4 tipos de UMP:

- I. Agudeza psiquiátrica media-alta (moderada-grave) y médica nula-baja (nula-leve)
- II. Agudeza psiquiátrica nula-baja (nula-leve) y médica media-alta (moderada-grave)

III. Agudeza psiquiátrica media-alta (moderada-grave) y médica baja-media (leve-moderada)

IV. Agudeza psiquiátrica alta (grave) y médica alta (grave)

Criterios clínicos de ingreso en una UMP (CI-UMP)

Siguiendo los ejemplos de criterios de ingreso en las UMP tipo III y IV que describe Kathol (remitimos al lector a la tabla I.5 de la introducción de este estudio), para el análisis en este estudio consideramos 11 categorías :

- Delirium agitado/alteración conductual.
- Intento autolítico con patología médica y psiquiátrica aguda.
- Diagnóstico diferencial del trastorno somatomorfo conversivo/trastorno facticio.
- Demencia con alteraciones conductuales y patología médica aguda.
- Trastorno Mental Orgánico con alteraciones conductuales y patología médico/psiquiátrica aguda (por ejemplo TCE; tumores cerebrales; enfermedades neurológicas tipo esclerosis múltiple, parkinson).
- Ancianos con patología psiquiátrica y médica aguda.
- Esquizofrenia/otros trastornos psicóticos/catatonía, con patología médica aguda.
- Trastornos afectivos con patología médico-quirúrgica aguda (catatonía, deterioro físico...).
- Neurosis grave con patología médica de difícil manejo en planta médica convencional.
- Patología médica aguda con conducta anómala de enfermar, de difícil manejo en una unidad convencional.
- Otras (abuso de sustancias con patología médica aguda).

En cada una de las categorías, se establecen 4 niveles de afectación que, en general, se corresponden con: ninguno, leve, moderado y grave. Cuando la afectación de ambas patologías, médica y psiquiátrica/conductual es de moderada a grave estaría indicado el ingreso en una UMP III o IV.

Gravedad conductual (Intermed)Dificultades de adaptación del paciente a la enfermedad/ingreso

Se consideran 4 categorías: ninguna, leve, moderada y grave, siguiendo la definiciones dadas en Intermed.

Resistencia al tratamiento y/o cuidados médicos

Se consideran 4 categorías: ninguna, ambivalente, resistencia considerable y activa, siguiendo la definiciones indicadas en Intermed.

Gravedad socialDificultades en las redes sociales (Intermed)

Se consideran 4 categorías: ninguna, dificultad en un contacto, en dos y en todos los contactos sociales.

Motivo principal de la disfunción social

Se consideran 5 categorías: no hay disfunción social, disfunción de origen somático, de origen psiquiátrico, de origen somático y psiquiátrico y otros (por ejemplo, socio-familiar)

3.4.7.VARIABLES RELACIONADAS CON EL ALTA HOSPITALARIA

Motivo del alta hospitalaria

Se consideran 7 categorías: mejoría/curación, éxitus por causa médica, éxitus por causa psiquiátrica, alta voluntaria, fuga, traslado a otro centro hospitalario y otros (por ejemplo, alta con reingreso programado para continuar tratamiento).

Derivación al alta hospitalaria

Hace referencia a la recomendación de seguimiento clínico ambulatorio y tipo de recurso. Para el análisis de los datos se agrupan en 6 categorías: no precisa seguimiento, control médico (MAP y otras especialidades), control psiquiátrico, control médico y psiquiátrico, control médico y unidad de adicciones, y otros (por ejemplo, seguimiento por servicios sociales).

Diagnósticos al alta hospitalaria

Diagnósticos realizados durante el ingreso

Hace referencia al número de pacientes en los que se realiza algún diagnóstico durante el ingreso, considerando tres categorías: diagnóstico somático, diagnóstico psiquiátrico y ambos diagnósticos (somático y psiquiátrico). Para el análisis, cada una de ellas es dicotómica con los valores: sí y no.

Tratamiento farmacológico al alta hospitalaria

Por una parte, hace referencia a la necesidad de prescripción de tratamiento psicofarmacológico al alta. Se considera variable dicotómica con los valores: sí y no. En la categoría “sí”, se especifica el número de psicofármacos al alta, y para el análisis de los datos se utiliza como variable cuantitativa o como variable categorial, estableciendo dos grupos de número de psicofármacos (1-3; ≥ 4 psicofármacos).

Por otra parte, hace referencia al tipo de psicofármacos y combinación de los mismos al alta.

3.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

3.5. 1. BASE DE DATOS

La recogida de los datos la realiza un psiquiatra de la UHA. Con los informes clínicos se procede a la transcripción manual de los valores codificados de las variables a soporte informático. Posteriormente se lleva a cabo la revisión y depuración de las variables, para evitar datos incoherentes o fuera de rango. Con todo ello, los datos quedan listos para su análisis.

Para la creación de la base de datos y realización del análisis estadístico en todas sus etapas se utiliza el paquete estadístico SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) 15.0 para PC- Windows.

3.5.2. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Análisis inferencial

Se tiene una muestra de 1552 pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de adultos de Psiquiatría, de los cuales 760 presentan comorbilidad médico-psiquiátrica.

Estudio inferencial

- Análisis Bivariante:

Se ha realizado un análisis bivariante para estudiar si existen diferencias en determinadas variables, entre el grupo de pacientes que presenta comorbilidad y el grupo de control. Dichas variables en estudio son: Estancia media (días), Edad, Sexo, N° de Interconsultas solicitadas, Antecedentes médicos, Tratamiento médico previo, Antecedentes psiquiátricos, Tratamiento psicofarmacológico previo, Complejidad diagnóstica Médica, Tratamiento actual que precisa cuidados médico-quirúrgicos, Traslado del paciente, Riesgo suicidio, Pruebas diagnósticas, Necesidad de medidas de seguridad, Influencia-limitación de la enfermedad tanto física como psíquica, Resistencia al tratamiento médico, Índice de gravedad, N° categorías con gravedad nivel 3, N° categorías con gravedad nivel 4, Significado del total de gravedad psiquiátrica, Tipo de unidades médico-psiquiátricas (Kathol) según gravedad, Criterios Kathol, Motivo de alta, Derivación al alta, N° psicofármacos previo al ingreso, N° psicofármacos al alta. También se ha estudiado si dentro del grupo de comorbilidad, existían diferencias entre N° psicofármacos al alta y N° psicofármacos previo al ingreso.

Para las variables que toman valores cuantitativos se ha aplicado el test de la t-Student para muestras independientes, si se cumplen las hipótesis necesarias (normalidad e igualdad de varianzas), sino se ha utilizado las técnicas no paramétricas de la U de Mann-Whitney.

Para las variables en estudio que toman valores cualitativos se ha aplicado el test de Chi-cuadrado de Pearson, con la corrección de Yates o la Prueba exacta de Fisher si fuera

necesario.

Para ver si existen diferencias entre los valores de N° psicofármacos al alta y N° psicofármacos previo al ingreso, se ha aplicado la técnica no paramétrica de la Prueba de rangos con signo de Wilcoxon, ya que no se han cumplido las hipótesis necesarias (normalidad de los datos de la variable diferencia), para realizar el test de la T-Student para muestras relacionadas. El nivel de confianza escogido para los diferentes test es del 95%.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El proyecto de esta tesis ha sido aprobado por la Comisión de Doctorado del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología de la Universidad de Zaragoza. Asimismo, se informó a la Dirección del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza y al CEICA de la puesta en marcha del estudio.

Se han mantenido a lo largo del estudio los principios éticos fundamentales para la investigación clínica. Asimismo, se ha respetado la legislación vigente en materia de tratamiento y protección de datos de carácter personal en todas las fases del estudio, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

Se ha garantizado en todo momento la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información personal en el proyecto. En este sentido, la identidad de los pacientes se ha

codificado en los documentos del estudio. Por lo tanto, para el análisis de los datos del presente estudio no se ha utilizado ningún tipo de información personal de los participantes, siendo toda la información utilizada completamente anónima. El desarrollo del estudio no ha comportado riesgos añadidos al paciente respecto a los propios del manejo de su patología en las condiciones de práctica clínica habitual. No se ha producido ninguna intervención o prueba adicional a las que se debieran producir en dichas condiciones.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

A continuación, se documenta el análisis descriptivo realizado en la muestra de las variables utilizadas en el estudio.

4.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, se describen la distribución de las siguientes variables sociodemográficas en la muestra del estudio:

a) Edad

La media de edad de los pacientes de la muestra es de $45,85 \pm 16,37$ años.

b) Sexo

En la muestra, la frecuencia de hombres es de 53,7 y de mujeres de 46,3.

c) Estado civil

De los pacientes de la muestra, 808 (52,06%) se declaran solteros; seguidos, en orden decreciente, por casados (28,61%), divorciados/separados (15,08%) y viudos (4,25%).

d) Procedencia

De la muestra del estudio, la mayoría de pacientes proceden de España (88,3%).

e) Tipo de convivencia

De acuerdo con la información obtenida de la población muestral: el 25,77% de los pacientes viven solos y el 26,42% vive con sus padres (gráfico 4.1).

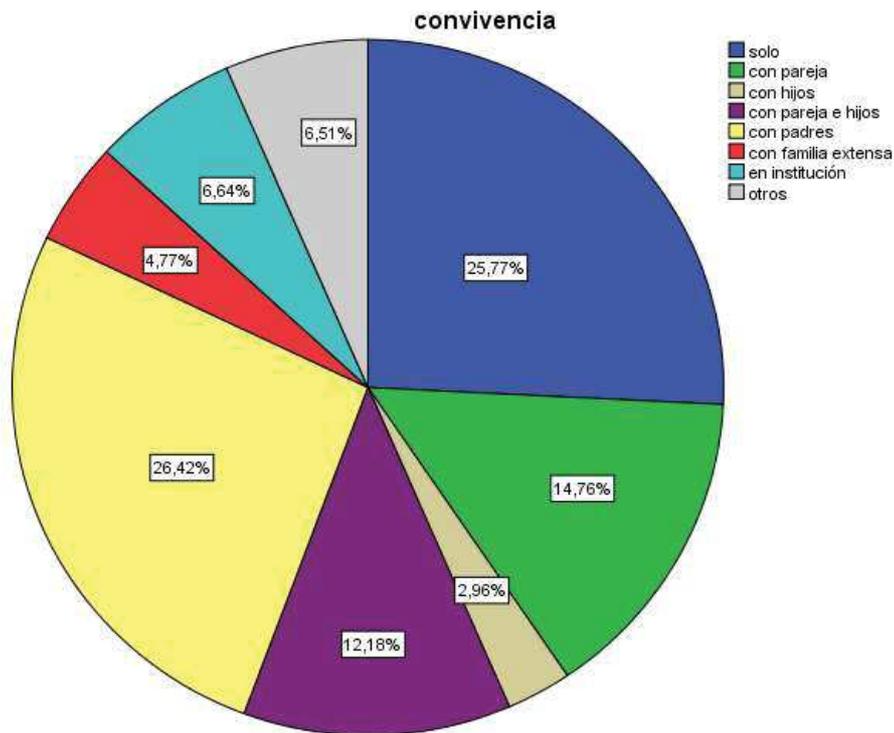


Gráfico 4.1

f) Nivel educativo

Se obtiene información de la muestra en la que más de la mitad de los pacientes (52%) tienen estudios primarios; seguidos, en orden decreciente, por sin estudios (26%), estudios medios (16%), universitarios (4%).

g) Situación laboral

En la muestra predominan los pacientes en paro (33,9%) (gráfico 4.2). De los 94 pacientes con incapacidad transitoria, 18 son por enfermedad física y 76 por enfermedad mental. De los 376 pacientes con incapacidad permanente, 334 de ellos lo son debido a enfermedad mental.

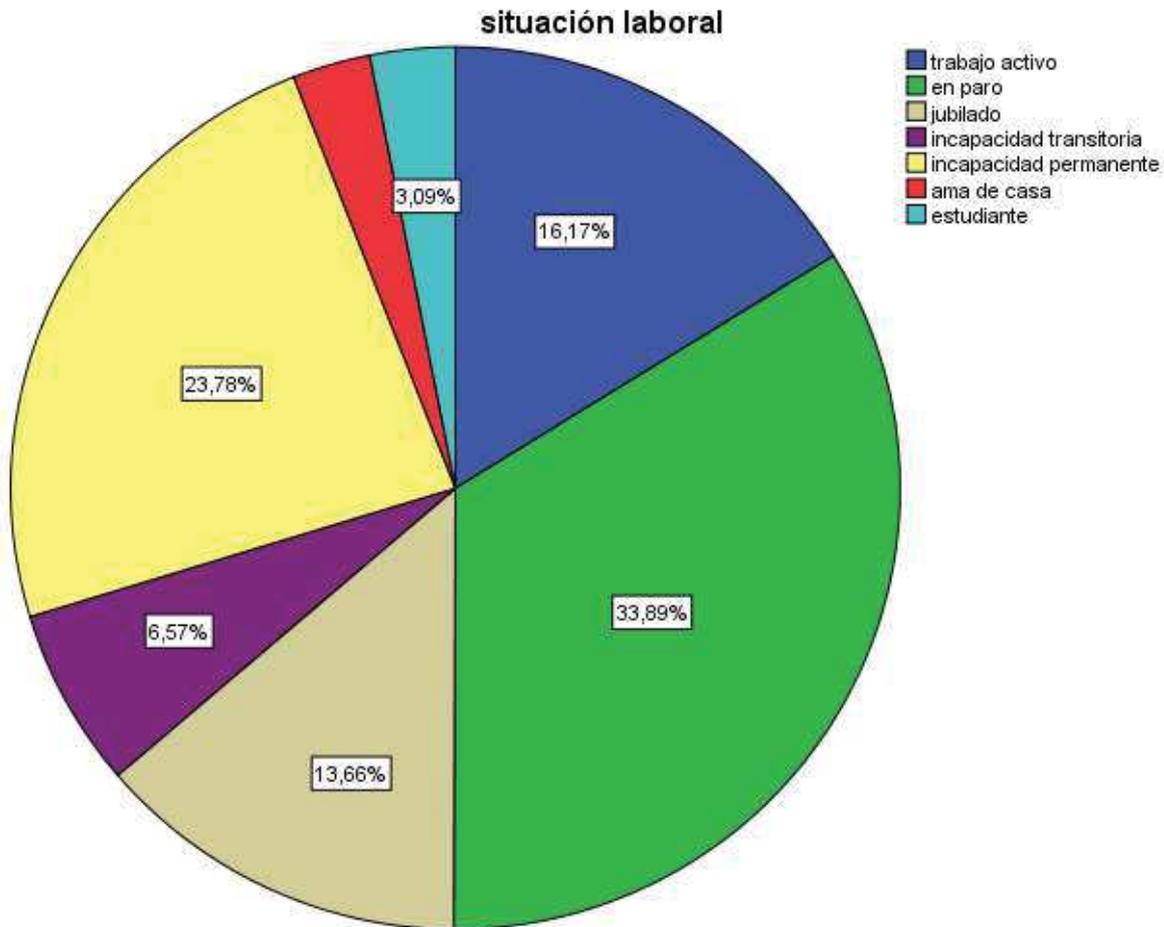


Gráfico 4.2

4.1.2.VARIABLES RELACIONADAS CON DATOS CLÍNICOS: ANTECEDENTES

4.1.2.1. Variables relacionadas con antecedentes médico-quirúrgicos

Presencia de antecedentes médico-quirúrgicos: Se objetivó que el 55,5% de los pacientes presentaban antecedentes.

4.1.2.2 Antecedentes de tratamiento farmacológico médico

De la muestra se obtuvo que el 69% no llevaban tratamiento farmacológico médico, y del 31 % restante, la mayoría tomaban entre 1 y 3 fármacos.

4.1.2.3. Variables relacionadas con antecedentes psiquiátricos

a) Antecedentes de síntomas - trastorno psiquiátrico

De la muestra se obtiene que 1371 (88,3%) presentan antecedentes de síntomas o trastorno psiquiátrico. En la distribución por grupos de nivel de afectación, predominan los que tienen antecedentes moderados, seguidos de los graves.

b) Antecedentes de ingreso psiquiátrico y tipo de ingreso

De la muestra del estudio, 1016 (65,5%) pacientes tienen antecedentes de ingreso psiquiátrico previo a su ingreso actual. En la distribución por grupos de tipo de ingreso, predomina en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA), seguidos por el Hospital de día/Centro de día (H día/C día).

c) Antecedentes de seguimiento psiquiátrico ambulatorio

En la información obtenida, 1207 pacientes (77,8%) están en seguimiento psiquiátrico ambulatorio previo a su ingreso actual, acudiendo de forma regular 994 pacientes (64%).

d) Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico

De la muestra del estudio, el 66,4% de los pacientes están en tratamiento psicofarmacológico previo al ingreso actual.

Se obtiene información del tipo de psicofármaco, siendo los resultados: ninguno en 521 pacientes (33,6%), ansiolítico/antidepresivo en 282 pacientes (18,2%); ansiolítico+antidepresivo+antipsicótico (11%); antipsicótico (10,9%).

e) Antecedentes de tratamiento psicoterapéutico

En la muestra se objetiva que el 40,7% de los pacientes no recibían tratamiento psicoterapéutico previo al ingreso actual.

f) Antecedentes de terapia electroconvulsiva (TEC)

De los pacientes de la muestra, se obtiene que el 9,7% tiene antecedentes de haber recibido TEC previa al ingreso.

4.1.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES RELACIONADAS CON DATOS CLÍNICOS: ENFERMEDAD ACTUAL

4.1.3.1. Estancia media hospitalaria

Se pudo observar que los pacientes ingresados en la Unidad presentaban una estancia media de 18,63 días (tabla 4.1).

Tabla 4.1

Media	18,63
Desviación típica	15,72

4.1.3.2. Variables relacionadas con la enfermedad médica actual

a) Complejidad diagnóstica médica actual (INTERMED).

De la muestra del estudio, en el 4% de los pacientes se objetiva complejidad para establecer el diagnóstico.

b) Pruebas diagnósticas realizadas

Predomina la realización de analítica general (68%); seguido, en orden decreciente, por la realización de dos o más pruebas en el 28%.

c) Diagnóstico somático según la CIE-10

- Frecuencia de diagnóstico somático:

En la muestra del estudio, y siguiendo criterios de la CIE-10, el diagnóstico somático principal se objetiva en el 22,6% de los pacientes, mientras que el 38,1% presentan diagnóstico somático secundario y el diagnóstico somático terciario en 12,3% de los pacientes de la muestra. Es decir que hasta un 38,1% tiene patología somática actual

(con dos o más diagnósticos).

- Tipo de diagnóstico somático:

El diagnóstico somático principal más frecuente es el de enfermedad del sistema nervioso (3,4%), seguido de enfermedades endocrinológicas (3,2%) y del sistema circulatorio (3,1%).

Los diagnósticos somáticos secundarios más frecuentes son: 1) enfermedades del sistema circulatorio en 13,6% de los pacientes; 2) enfermedades del sistema endocrino en 8,6%; 3) enfermedades de sistema nervioso en 3,5%,.

Los diagnósticos somáticos terceros más frecuentes son: 1) enfermedades endocrinas en 3,4% de los pacientes; enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del aparato genitourinario, osteomusculares y del sistema digestivo entorno al 1%

d) Necesidad de tratamiento médico-quirúrgico específico

De la muestra del estudio, el 3,1% de los pacientes precisaron durante el ingreso tratamiento médico-quirúrgico específico.

e) Traslado de servicio/centro del paciente durante el ingreso actual

De la muestra del estudio, el 10% pacientes precisaron durante el ingreso traslado intrahospitalario.

f) Autonomía en actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Se objetiva que el 98,5% de los pacientes de la muestra son independientes para todas las ABVD durante el ingreso, mientras que el resto presentan autonomía parcial o total para dichas actividades.

g) Interconsultas solicitadas

En la muestra, se obtiene que se solicitó interconsulta a 566 pacientes (36,5%). La mayor parte de estas interconsultas fueron realizadas a servicios médicos (22,8%).

(Gráfico 4.3)

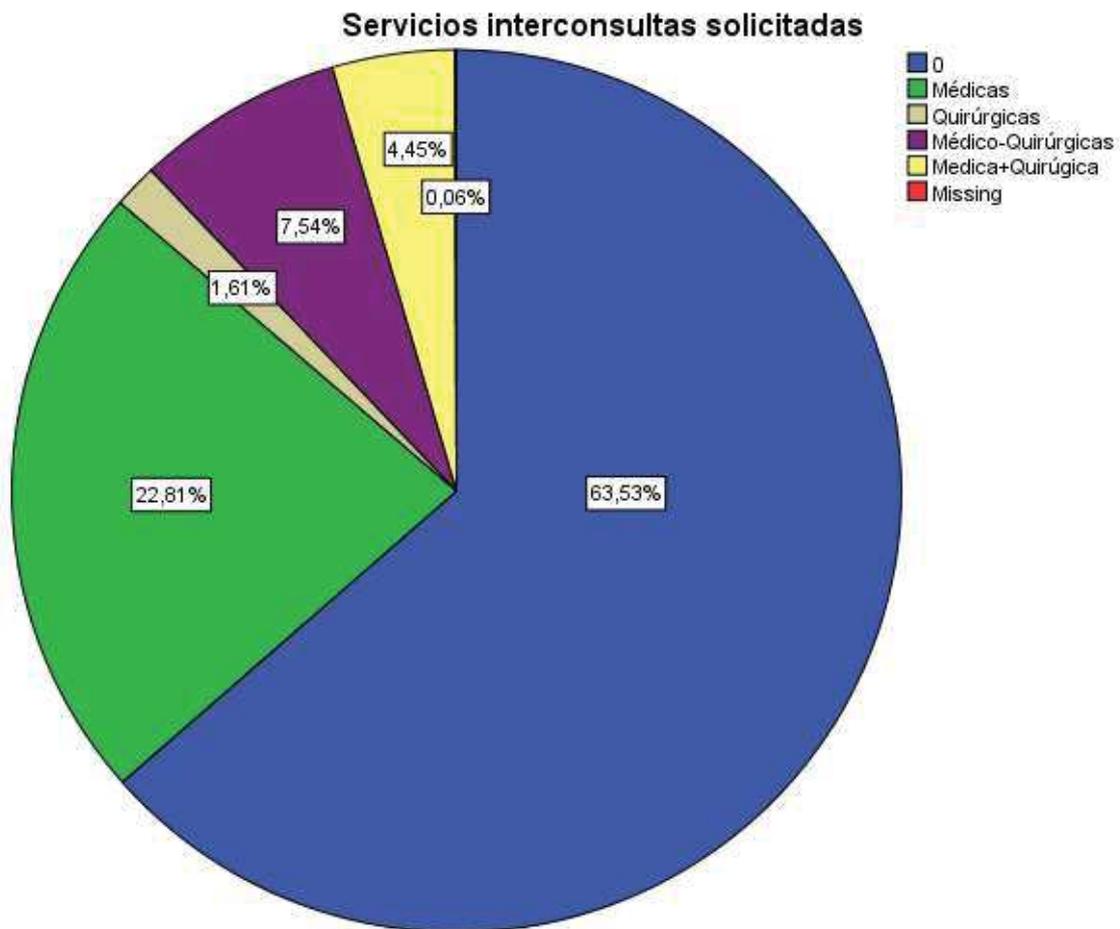


Gráfico .3

h) Necesidad de contención mecánica:

En el 15,8% de la muestra se tuvo que utilizar la contención mecánica.

4.1.3.3. Variables relacionadas con la enfermedad psiquiátrica actual

a). Nivel de conciencia

La totalidad de los pacientes presentaba un nivel de conciencia de alerta.

b) Riesgo de suicidio

En la muestra del estudio, el 14% de los pacientes presentan un intento autolítico actual, siendo de alto riesgo letal en el 4,2% y un 24,9% tenían antecedentes previos de intento autolítico. Se obtiene información sobre el pensamiento suicida actual, durante

el ingreso valorado según el ítem 10 de la escala de Montgomery-Asberg para la depresión. El 23,5% de los pacientes verbalizan que preferirían estar mejor muertos.

c) Diagnóstico psiquiátrico según la CIE-10

- Frecuencia de diagnóstico psiquiátrico:

En la muestra del estudio, y siguiendo criterios de la CIE-10, inicialmente se objetiva algún diagnóstico psiquiátrico actual en el 99,9% de los pacientes. En la distribución según temporalidad y nivel de afectación: en 301 (19,4%) son presentación de novo y en 1251 (80,6%) tenían trastornos previos. (Gráfico 4.4)

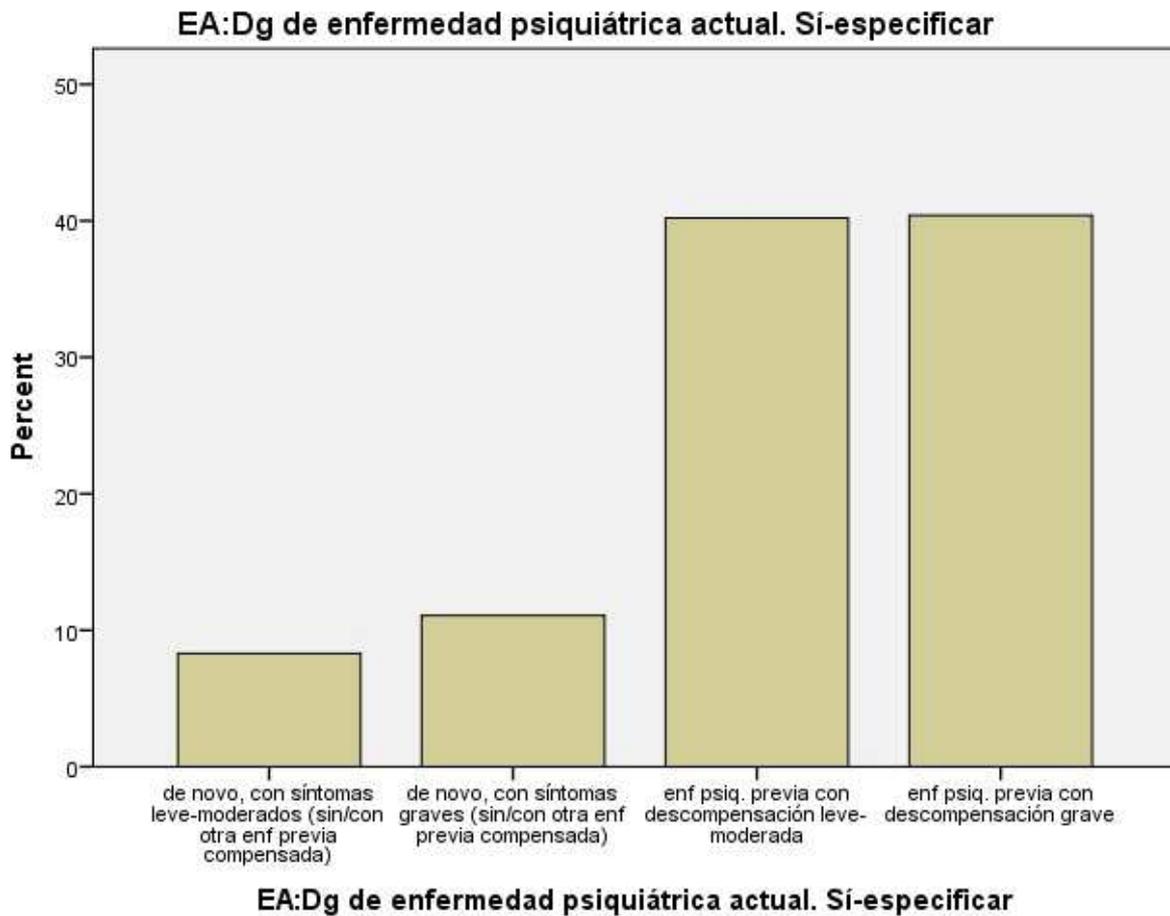


Gráfico 4.4

-Tipo de diagnóstico psiquiátrico:

Los diagnósticos psiquiátricos principales más frecuentes son: 1) trastorno del espectro de la esquizofrenia (33,2%) y del humor en 22 (31,4%) pacientes. (Gráfico 4.5)

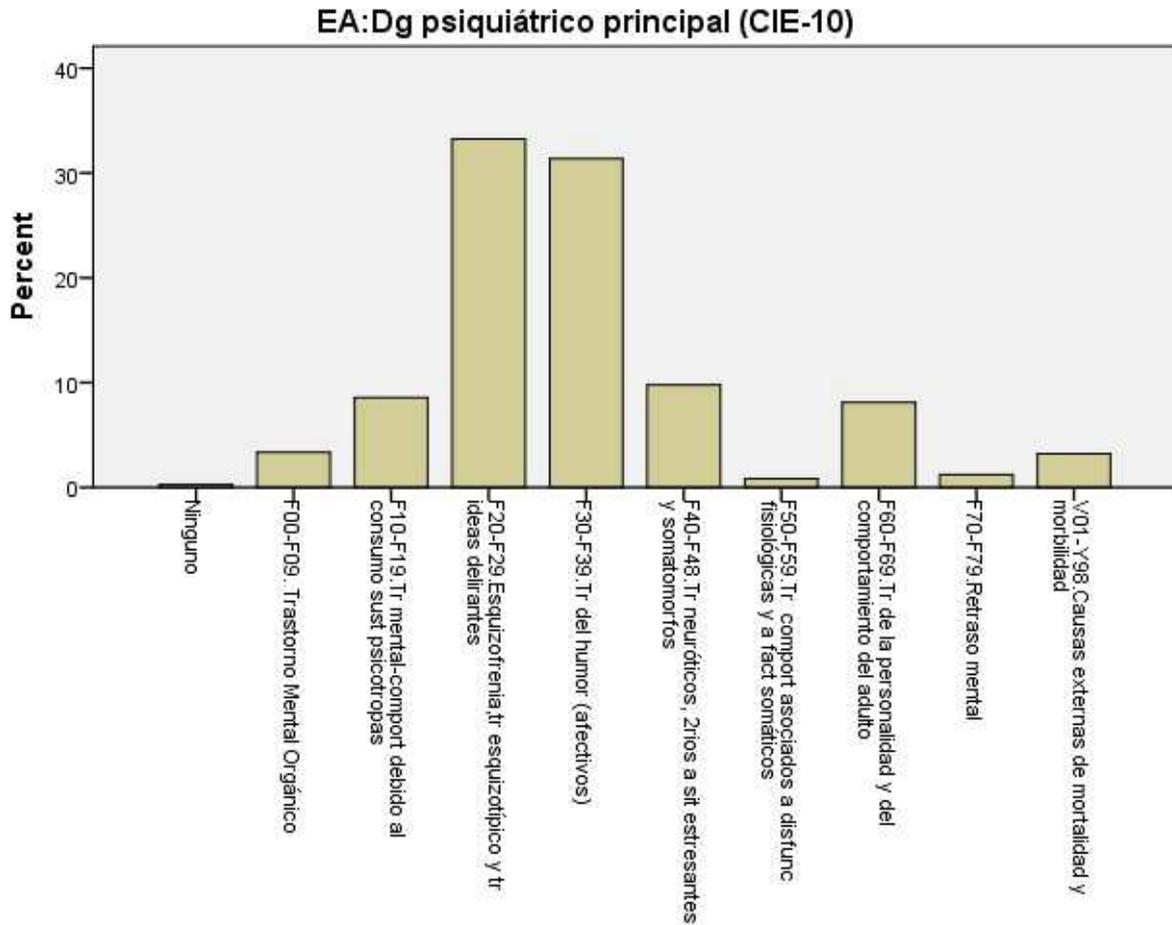


Gráfico 4.5

Los diagnósticos psiquiátricos secundarios más frecuentes son: 1) trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (16%) pacientes; 2) causas externas de mortalidad y morbilidad (7,7%); 3) trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto en 86 pacientes (5,5%).

El diagnóstico psiquiátrico tercero más frecuente son trastorno de la personalidad y trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (ambos inferiores a un 10%).

4.1.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

5.1.4.1. Gravedad médica: Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE)

Un 50,7% de los pacientes presentan afectación de categoría con gravedad de nivel 3 y un 2% en la categoría con gravedad de nivel 4.

5.1.4.2. Gravedad psiquiátrica: Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP)

En la muestra del estudio, 749(48,3%) pacientes se incluyen en el grupo de mayor afectación, 769 pacientes (49,5%) en afectación moderada.

En relación con la dimensión 1= razones para el ingreso, se objetiva un nivel de gravedad moderado-grave para: riesgo potencial de suicidio en un 20,9% de los pacientes; y síntomas psiquiátricos en un 98,6%. Respecto al autocuidado, el 26,9% presentan afectación moderada. En relación a nivel de gravedad moderado con respecto a problemas médicos, encontramos que lo presentan el 16,4%; con problemas de toxicomanías el 17,7% (y el 2,5% tienen una afectación grave); problemas familiares en el 28,2% y laborales en el 29,6%.

En cuanto a complicaciones relacionadas con el tratamiento: se objetiva afectación moderada en el 39,7% se oponen al tratamiento; en el 7,6% escasa implicación familiar; y en el 60,7% se encuentra una disfunción premórbida.

4.1.4.3. Gravedad médico-psiquiátrica: Tipos de Unidades de Medicina-Psiquiatría (UMP)

En la muestra del estudio, siguiendo criterios operativos de gravedad médico-psiquiátrica de Kathol, en 190 (11,3%) pacientes estaría indicado el ingreso en una UMP tipo III o UMP tipo IV: en 147 (9,5%) en una UMP tipo III, al ser la gravedad

psiquiátrica media-alta y médica baja-media, y en 40 (2,6%) en una UMP tipo IV, al ser la gravedad psiquiátrica y médica altas.

Un 12,4% se habría beneficiado de la existencia de una UMP. (Gráfico 4.6

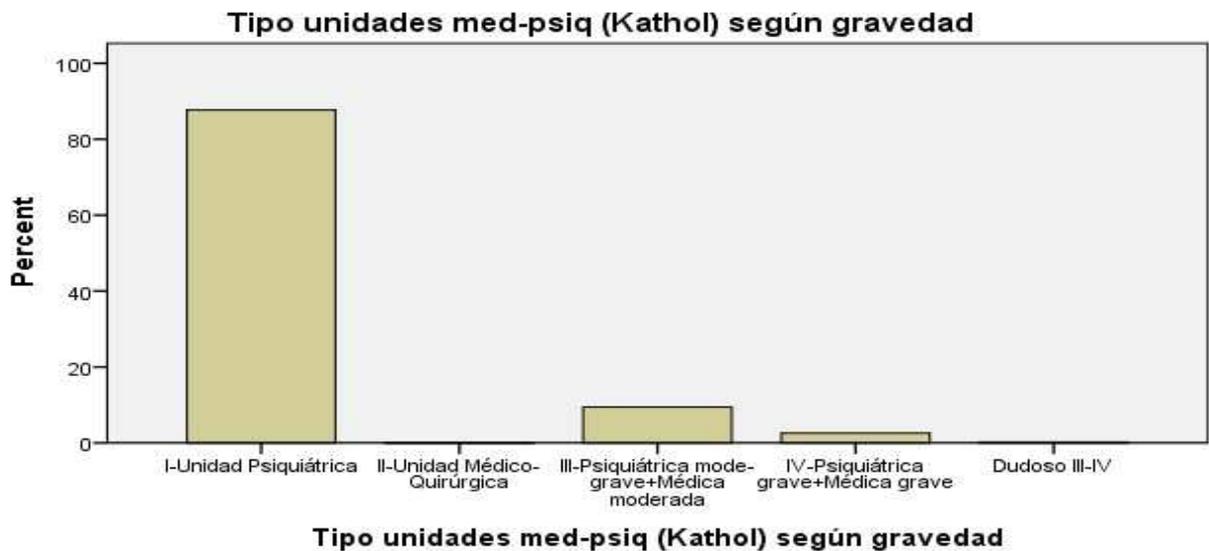


Gráfico 4.6

4.1.4.4.Gravedad conductual (Intermed)

-Dificultades de adaptación del paciente a la enfermedad/ingreso:

En la muestra del estudio, 700 (45,1%) pacientes presentan dificultades de adaptación a la enfermedad.

-Resistencia al tratamiento y/o cuidados médicos:

En la muestra del estudio, 320 (20,6%) pacientes presentan resistencia al tratamiento y/o cuidados médicos.

4.1.4.5.Gravedad social (Intermed)

-Dificultades en los apoyos sociales:

En la muestra del estudio, 1219 (78,5%) pacientes presentan alguna dificultad en las redes sociales; ya sea en el contacto con la familia y/o en el trabajo y/o con los amigos.

- Motivo principal de la disfunción social:

Entorno al 70% de los pacientes presentan disfunción social de origen psiquiátrico.

4.1.5.ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL ALTA HOSPITALARIA

En este apartado, se describe la distribución en la muestra del estudio de las siguientes variables relacionadas con el alta hospitalaria:

4.1.5.1. Motivo del alta hospitalaria

El motivo de alta más frecuente es mejoría/curación. Solamente el 3,6% fueron altas voluntarias y un 0,2% exitus (uno paciente por causa médica y otro por suicidio).

4.1.5.2. Derivación al alta hospitalaria

En la muestra del estudio, casi la mitad de la muestra son derivados para continuar tratamiento psiquiátrico; 418 (26,9%) pacientes precisan control ambulatorio médico y psiquiátrico; y 12,3% inician seguimiento psiquiátrico. Si añadimos la derivación a Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) serían 108 (7%) pacientes.

4.1.5.3.Tratamiento farmacológico al alta hospitalaria

- Psicofármacos recomendados al alta:

En un 21,3% la combinación más prescrita fue antidepresivo+ansiolítico+neuroléptico, siendo más frecuente la prescripción de 3 psicofármacos; seguido de ansiolítico+ antipsicótico (18,4%), ansiolítico/antidepresivo (15,7%) y neuroléptico (14%).

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Seguidamente, se realiza el análisis estadístico inferencial comparando diferentes variables de la muestra de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, con aquellos que no la presentan, para ver si existen diferencias significativas entre dichos grupos, de acuerdo con las hipótesis planteadas en el estudio.

4.2.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

a) Edad:

Viendo el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la Prueba U de Mann-Whitney se observa que, existen diferencias significativas en relación a la edad. Observando el gráfico de cajas (4.7) y la tabla (4.2) de resultados vemos que el grupo que presenta comorbilidad contiene valores más altos en la edad que el grupo que no tiene comorbilidad.

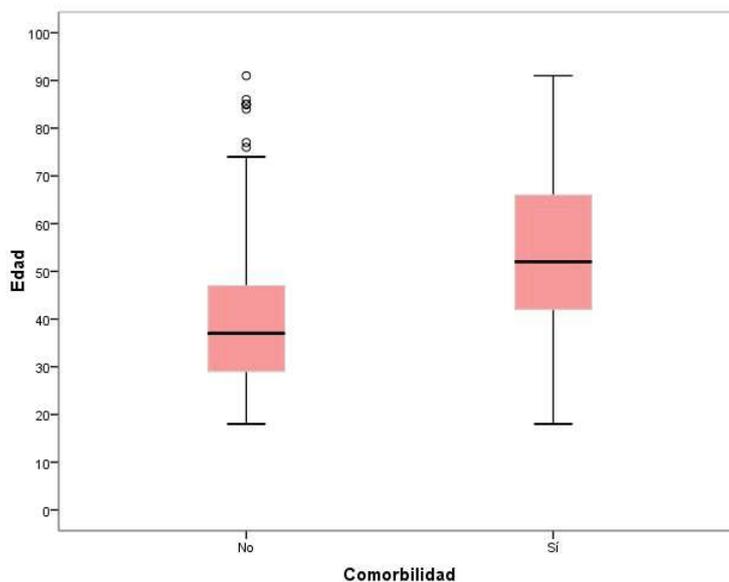


Gráfico 4.7

Comorbilidad	Edad					Significación U Mann-Whitney
	n	Media	D.T.	Mediana	RIC	
No	792	38,88	13,23	37,00	18,00	0,000
Sí	760	53,12	16,19	52,00	24,00	
Total	1552	45,85	16,37	44,00	23,00	

Tabla 4.2

b) Sexo:

Se observa que no existe asociación entre sexo y comorbilidad, con el p-valor=0,142 (>0,05) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad.(Tabla 4.3)

Comorbilidad	Sexo						Significación Chi-cuadrado
	Hombre		Mujer		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	440	52,8	352	49,0	792	51,0	0,142
Sí	393	47,2	367	51,0	760	49,0	
Total	833	100,0	719	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.3.

4.2.2.VARIABLES RELACIONADAS CON DATOS CLÍNICOS: ANTECEDENTES

a) Antecedentes médicos:

Observando el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad se observa que, existe asociación entre los pacientes que presentan antecedentes médicos y aquellos con comorbilidad. Fijándonos en los porcentajes, se aprecia que el grupo sin antecedentes médicos se asocia al grupo sin comorbilidad, y el grupo con antecedentes médicos se asocia al grupo con comorbilidad. (Tabla 4.4)

Comorbilidad	Antecedentes médicos						Significación Chi-cuadrado
	No		Sí		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	586	85,1	206	23,9	792	51,0	0,000
Sí	103	14,9	657	76,1	760	49,0	
Total	689	100,0	863	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.4

b) Tratamiento médico previo:

Existe asociación entre haber estado en tratamiento médico previo y presentar comorbilidad, de acuerdo con el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado. Teniendo en cuenta los porcentajes, se aprecia que el grupo sin tratamiento médico previo se asocia al grupo sin comorbilidad; los grupos de 1 a 3 fármacos y más de 3 fármacos de tratamiento médico previo se asocian al grupo de comorbilidad. (Tabla 4.5)

Comorbilidad	Tratamiento médico previo								Significación Chi-cuadrado
	Ninguno		De 1 a 3 fármacos		Más de 3 fármacos		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
No	767	71,6	24	5,7	1	1,7	792	51,0	0,000
Sí	304	28,4	399	94,3	57	98,3	760	49,0	
Total	1071	100,0	423	100,0	58	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.5

c) Antecedentes psiquiátricos:

Considerando el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado se observa que, existe asociación entre presentar antecedentes psiquiátricos y comorbilidad. Fijándonos en los porcentajes, se aprecia que el grupo sin antecedentes psiquiátricos se asocia al grupo sin comorbilidad; los grupos de Antecedentes psiquiátricos: Trastorno psiquiátrico leve, moderado y grave se asocian al grupo de comorbilidad, observándose una ligera tendencia ascendente a mayor afectación. . (Tabla 4.6)

Comorbilidad	Antecedentes psiquiátricos										Significación Chi-cuadrado
	Ninguno		Tr psiq leve		Tr psiq moderado		Tr psiq grave		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
No	120	66,3	132	52,6	344	48,9	196	47,1	792	51,0	0,000
Sí	61	33,7	119	47,4	360	51,1	220	52,9	760	49,0	
Total	181	100,0	251	100,0	704	100,0	416	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.6

d) Tratamiento psicofarmacológico previo:

Se observa que existe asociación entre tener tratamiento psicofarmacológico previo y comorbilidad, teniendo en cuenta el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad. De acuerdo con los porcentajes, se aprecia que el grupo de sin tratamiento psicofarmacológico previo se relaciona con el grupo sin comorbilidad, y el grupo de con tratamiento psicofarmacológico previo con el grupo de comorbilidad. (Tabla 4.7)

Comorbilidad	Tratamiento psicofarmacológico previo						Significación Chi-cuadrado
	No		Sí		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	332	63,7	460	44,6	792	51,0	0,000
Sí	189	36,3	571	55,4	760	49,0	
Total	521	100,0	1031	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.7

e) N° psicofármacos previo al ingreso:

Existen diferencias significativas en relación al n° de psicofármacos previo al ingreso según la comorbilidad, viendo el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la Prueba U de Mann-Whitney. Observando el gráfico de cajas (gráfico 4.8) y la tabla de resultados vemos que

el grupo con comorbilidad presenta valores más altos que aquellos sin comorbilidad.(Tabla 4.8)

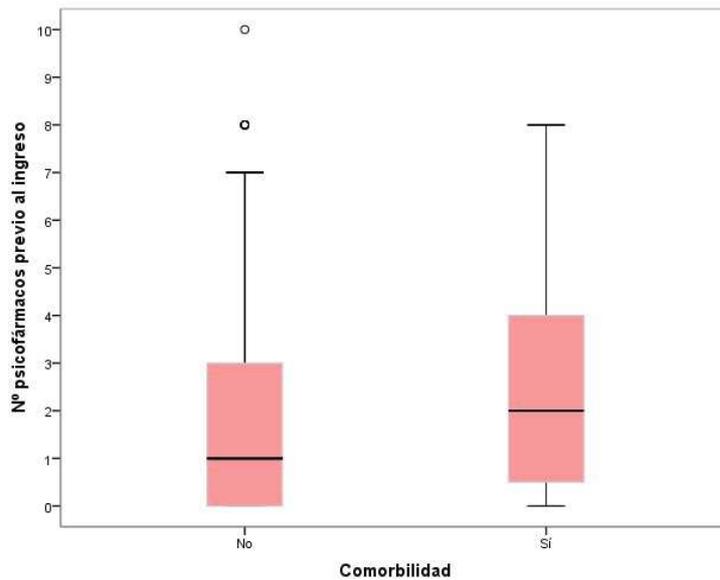


Gráfico 4.8

Comorbilidad	Nº psicofármacos previo al ingreso					Significación U Mann-Whitney
	n	Media	D.T.	Mediana	RIC	
No	792	1,67	1,86	1,00	3,00	0,000
Sí	760	2,30	1,86	2,00	3,75	
Total	1552	1,98	1,89	2,00	3,00	

Tabla 4.8

4.2.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES RELACIONADAS CON DATOS CLÍNICOS: ENFERMEDAD ACTUAL

a) Estancia media (días):

Teniendo en cuenta el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la Prueba U de Mann-Whitney se observa que, existen diferencias significativas en la estancia media (días) según comorbilidad. Observando el gráfico de cajas (Gráfico 4.9) y la tabla de resultados

(Tabla 4.9) vemos que el grupo con comorbilidad presenta valores más altos en la estancia media que el grupo sin comorbilidad.

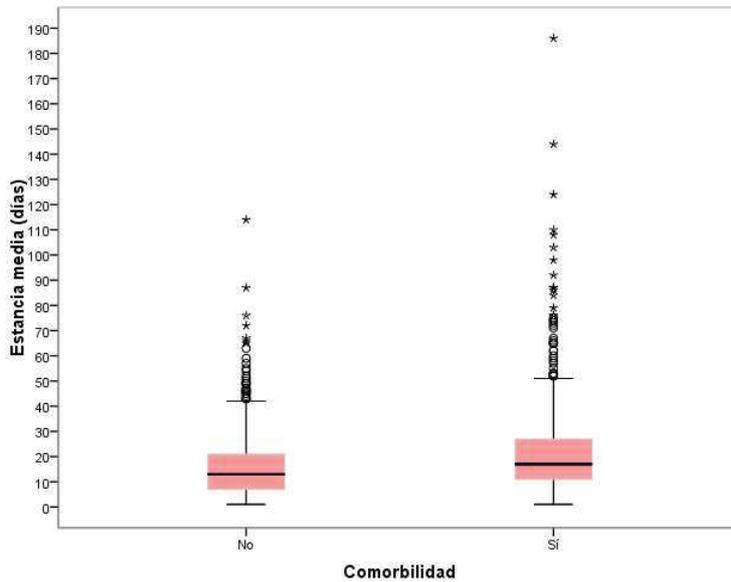


Gráfico 4.9

Comorbilidad	Estancia media (días)					Significación U Mann-Whitney
	n	Media	D.T.	Mediana	RIC	
No	782	15,92	12,42	13,00	14,00	0,000
Sí	750	21,46	18,13	17,00	16,00	
Total	1532	18,63	15,72	15,00	15,00	

Tabla 4.9

b) Interconsultas solicitadas:

Existen diferencias significativas en el nº de Interconsultas solicitadas según comorbilidad, objetivando el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la Prueba U de Mann-Whitney. Observando el gráfico de cajas (Gráfico 4.10) y la tabla de resultados (Tabla 4.10) vemos que el grupo de comorbilidad presenta valores más altos en el nº de Interconsultas solicitadas que el grupo sin comorbilidad.

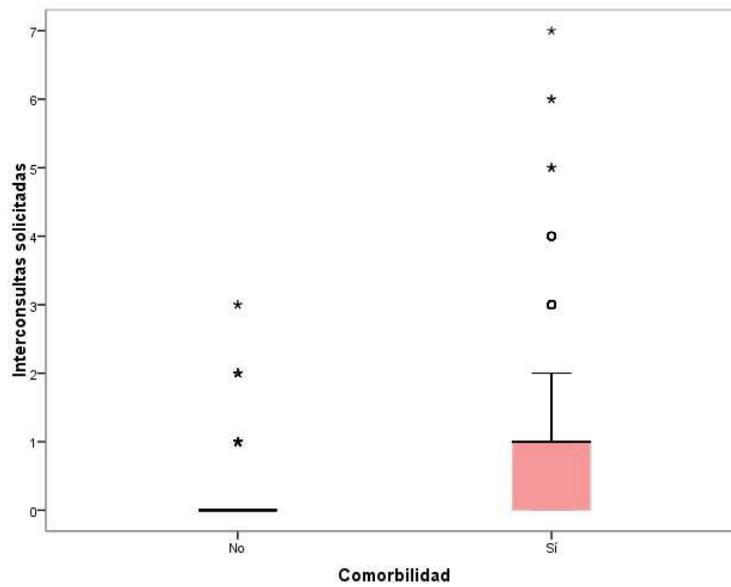


Gráfico 4.10

Comorbilidad	Interconsultas solicitadas					Significación U Mann-Whitney
	n	Media	D.T.	Mediana	RIC	
No	792	0,18	0,46	0,00	0,00	0,000
Sí	760	0,96	1,08	1,00	1,00	
Total	1552	0,56	0,91	0,00	1,00	

Tabla 4.10

c) Complejidad diagnóstica médica:

Se observa que existe asociación entre complejidad diagnóstica médica y comorbilidad, con el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad. Teniendo en cuenta los porcentajes, se aprecia que el grupo de diagnóstico (dg) claro se asocia al grupo sin comorbilidad, mientras que el grupo de diagnóstico diferencial complejo se asocia al grupo con comorbilidad. (Tabla 4.11)

Comorbilidad	Complejidad diag. médica						Significación Chi-cuadrado
	dg claro		Dg diferencial complejo		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	789	53,0	3	4,8	792	51,0	0,000
Sí	701	47,0	59	95,2	760	49,0	
Total	1490	100,0	62	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.11

d) Tratamiento actual precisa cuidados médico-quirúrgicos:

Existe asociación entre el grupo de pacientes que precisaron cuidados médico-quirúrgicos y comorbilidad, con el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad. Podemos observar que el grupo sin cuidados médico-quirúrgicos se asocia al grupo de sin comorbilidad, y el grupo que sí que los precisaron se asocia al grupo con comorbilidad. (Tabla 4.12)

Comorbilidad	Tto actual precisa cuidados médico-qcos						Significación Chi-cuadrado
	Ninguno		Sí precisaron		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	789	52,5	3	6,3	792	51,0	0,000
Sí	715	47,5	45	93,8	760	49,0	
Total	1504	100,0	48	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.12

e) Traslado del paciente:

Viendo el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad se observa que, existe asociación entre la variable de traslado del paciente y comorbilidad. Observamos que el grupo que no precisó traslado se asocia al grupo sin comorbilidad, y el grupo que necesitó traslado se asocia al grupo con comorbilidad. (Tabla 4.13)

Comorbilidad	Traslado del paciente						Significación Chi-cuadrado
	No necesario		Sí		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	734	52,5	58	37,4	792	51,0	0,000
Sí	663	47,5	97	62,6	760	49,0	
Total	1397	100,0	155	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.13

f) Riesgo de suicidio:

Objetivamos asociación entre presentar riesgo de suicidio y comorbilidad, teniendo en cuenta el $p\text{-valor}=0,028 (\leq 0,05)$ de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad. Por ello, el grupo de sin/bajo riesgo de suicidio se relaciona con el grupo sin comorbilidad, mientras que el grupo de alto riesgo de suicidio se asocia al grupo de comorbilidad. (Tabla 4.14)

Comorbilidad	Riesgo suicidio						Significación Chi-cuadrado
	No - Bajo riesgo		Alto riesgo		Total		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
No	768	51,6	24	36,9	792	51,0	0,028
Sí	719	48,4	41	63,1	760	49,0	
Total	1487	100,0	65	100,0	1552	100,0	

g) Pruebas diagnósticas:

Existe asociación entre la realización de pruebas diagnósticas y comorbilidad, viendo el $p\text{-valor}=0,002 (\leq 0,05)$ de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad. Fijándonos en los porcentajes, se aprecia que el grupo con ninguna prueba diagnóstica se asocia al grupo sin comorbilidad, sin embargo, y el grupo al que se le realiza alguna prueba diagnóstica se asocia al de comorbilidad. (Tabla 4.15)

Comorbilidad	Pruebas diagnósticas						Significación Chi-cuadrado
	Ninguna		Alguna		Total		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
No	43	71,7	749	50,2	792	51,0	0,002
Sí	17	28,3	743	49,8	760	49,0	
Total	60	100,0	1492	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.15

h) Necesidad medidas seguridad:

Observando el p-valor=0,096 (>0,05) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad se objetiva que no existe asociación entre la necesidad de medidas de seguridad y presentar comorbilidad. (Tabla 4.16)

Comorbilidad	Necesidad medidas seguridad						Significación Chi-cuadrado
	No necesario		Sí		Total		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
No	654	50,1	138	56,1	792	51,0	0,096
Sí	652	49,9	108	43,9	760	49,0	
Total	1306	100,0	246	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.16

i) Influencia-limitación de la enfermedad médica o psiquiátrica en el proceso actual:

Se ha visto que el grupo sin influencia-limitación se asocia al grupo sin comorbilidad, y el grupo con Influencia-limitación se asocia al grupo con comorbilidad. (Tabla 4.17)

Comorbilidad	Influencia-limitación						Significación Chi-cuadrado
	No		Sí		Total		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
No	789	53,6	3	3,7	792	51,0	0,000
Sí	682	46,4	78	96,3	760	49,0	
Total	1471	100,0	81	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.17

4.2.4.VARIABLES RELACIONADAS CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

a) Resistencia al tratamiento médico:

Observando el p-valor=0,337 (>0,05) de la prueba de Chi-cuadrado se objetiva que no existe asociación entre resistencia al tratamiento médico y presentar comorbilidad. (Tabla 4.18)

Comorbilidad	Resistencia tto. médico										Significación Chi-cuadrado
	Interesado en recibir tto y deseando colaborar activamente (0)		Algunas ambivalencias aunque deseando colaborar (1)		Resistencia considerable (no adhesión, hostilidad o indif hacia sanitarios) (2)		Resistencia activa hacia los cuidados médicos (3)		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
No	445	50,5	171	49,0	168	54,2	7	70,0	791	51,0	0,337
Sí	437	49,5	178	51,0	142	45,8	3	30,0	760	49,0	
Total	882	100,0	349	100,0	310	100,0	10	100,0	1551	100,0	

Tabla 4.18

b) Índice de gravedad:

Existen diferencias significativas en el Índice de gravedad según la comorbilidad, con el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la Prueba U de Mann-Whitney. Observando el gráfico de cajas (gráfico 4.11) y la tabla de resultados (tabla 4.19) vemos que el grupo con comorbilidad presenta valores más bajos en el n° de Índice de gravedad que el grupo sin comorbilidad. Esto se debe a que el denominador del índice de gravedad incluye el número (n°) de sistemas afectados, por lo que a mayor n° de sistemas afectados, el índice saldrá menor, pero no quiere decir que sea menos grave o tenga menos comorbilidad, sino al revés, cuantos más sistemas afectados, mayor comorbilidad.

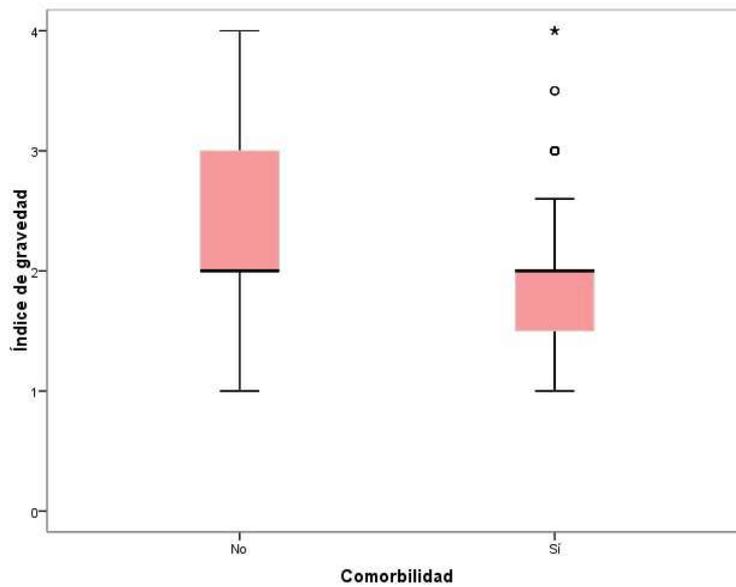


Gráfico 4.11

Tabla 4.19

Comorbilidad	Índice de gravedad					Significación U Mann-Whitney
	n	Media	D.T.	Mediana	RIC	
No	792	2,48	0,55	2,00	1,00	0,000
Sí	760	1,86	0,43	2,00	0,50	
Total	1552	2,18	0,58	2,00	1,00	

b.1.) Nº de categorías con gravedad nivel 3:

Teniendo en cuenta el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad, objetivando que existe asociación entre el nº de categorías con gravedad nivel 3 y la comorbilidad. De acuerdo con los porcentajes, se objetiva que el grupo de 0-1 en nº de categorías con gravedad nivel 3 se asocia al grupo sin comorbilidad, y el grupo de 2-3 se relaciona en mayor medida con el grupo de comorbilidad. (Tabla 4.20)

Comorbilidad	Nº categorías con gravedad nivel 3						Significación Chi-cuadrado
	0-1		2-3		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	792	51,6	0	0,0	792	51,0	0,000
Sí	742	48,4	18	100,0	760	49,0	
Total	1534	100,0	18	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.20

b.2) Nº de categorías con gravedad nivel 4:

Observando el p-valor=0,012 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad, existe asociación entre nº de categorías con gravedad nivel 4 y comorbilidad. Teniendo en cuenta los porcentajes, se aprecia que el grupo de 0 en nº de categorías con gravedad nivel 4 se asocia al grupo sin comorbilidad, mientras que el grupo 1-2 se asocia al grupo de comorbilidad. (Tabla 4.21)

Comorbilidad	Nº categorías con gravedad nivel 4						Significación Chi-cuadrado
	0		1-2		Total		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
No	783	51,5	8	26,7	791	51,0	0,012
Sí	738	48,5	22	73,3	760	49,0	
Total	1521	100,0	30	100,0	1551	100,0	

Tabla 4.21

c) Significado del total de gravedad psiquiátrica:

Se observa asociación entre el significado del total de gravedad psiquiátrica y comorbilidad, con el p-valor=0,010 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado. Se objetiva que el grupo que presenta afectación leve se asocia al grupo sin comorbilidad; los grupos con afectación moderada, grave y extremadamente grave se relacionan con el grupo de comorbilidad, observándose una ligera tendencia ascendente a mayor afectación. (Tabla 4.22)

Comorbilidad	Significado del total de gravedad psiquiátrica										Significación Chi-cuadrado
	afectación leve		afectación moderada		afectación grave		afectación extremadamente grave		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
No	18	78,3	410	53,3	359	47,9	5	45,5	792	51,0	0,010
Sí	5	21,7	359	46,7	390	52,1	6	54,5	760	49,0	
Total	23	100,0	769	100,0	749	100,0	11	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.22

d) Tipo de unidades médico-psiquiátricas (Kathol) según gravedad:

Objetivando el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado, existe asociación entre Tipo unidades med-psiq (Kathol) según gravedad y Comorbilidad. Observamos que el grupo “No/ I-Unidad Psiquiátrica/II-Unidad Médico-Quirúrgica” de Tipo unidades médico-psiquiátricas (Kathol) según gravedad se asocia al grupo sin comorbilidad; mientras que el grupo de “III-Psiquiátrica moderada-grave+Médica moderada/IV-Psiquiátrica grave+Médica grave/Dudoso III-IV” se asocia al grupo de comorbilidad. (Tabla 4.23)

Tabla 4.23

Comorbilidad	Tipo unidades med-psiq (Kathol) según gravedad						Significación Chi-cuadrado
	No- I-Unidad Psiquiátrica- II-Unidad Médico-Quirúrgica		III-Psiquiátrica moderada-grave+Médica moderada- IV-Psiquiátrica grave+Médica grave- Dudoso III-IV		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	784	57,6	8	4,2	792	51,0	0,000
Sí	578	42,4	182	95,8	760	49,0	
Total	1362	100,0	190	100,0	1552	100,0	

e) Criterios de Kathol:

Se observan diferencias significativas en lo criterios de Kathol según comorbilidad, viendo el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la Prueba U de Mann-Whitney . De acuerdo con el gráfico de cajas (gráfico 4.12) y la tabla de resultados (tabla 4.24) vemos

que el grupo con comorbilidad presenta valores más altos en los criterios de Kathol que el grupo sin comorbilidad.

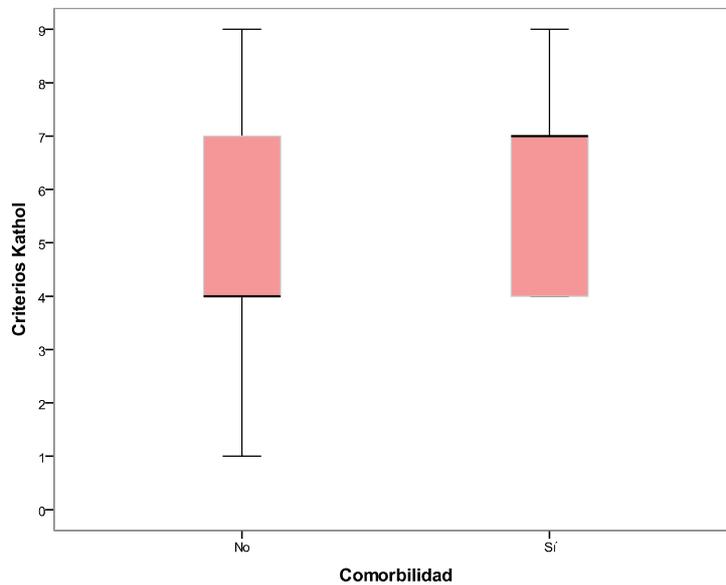


Gráfico 4.12

Comorbilidad	Criterios Kathol					Significación U Mann-Whitney
	n	Media	D.T.	Mediana	RIC	
No	792	5,45	1,54	4,00	3,00	0,000
Sí	760	5,90	1,68	5,00	3,00	
Total	1552	5,67	1,63	7,00	3,00	

Tabla 4.24

4.2.5.VARIABLES RELACIONADAS CON EL ALTA HOSPITALARIA

a) Derivación al alta:

Viendo el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de Chi-cuadrado corregida por continuidad, existe asociación entre la derivación al alta y comorbilidad. Fijándonos en los porcentajes, se aprecia que el grupo que es derivado a control por el médico de Atención Primaria (AP) se relaciona con el grupo de comorbilidad, sin embargo, el resto

se asocia al grupo sin comorbilidad. (Tabla 4.24).

Comorbilidad	Derivación al alta						Significación Chi-cuadrado
	Control médico de AP		Resto		Total		
	n	%	n	%	n	%	
No	91	21,6	701	62,0	792	51,0	0,000
Sí	331	78,4	429	38,0	760	49,0	
Total	422	100,0	1130	100,0	1552	100,0	

Tabla 4.24

b) Nº de psicofármacos al alta:

Viendo el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la Prueba U de Mann-Whitney se observa que existen diferencias significativas en el nº de psicofármacos al alta según la comorbilidad. Objetivando el gráfico de cajas (gráfico 4.13) y la tabla de resultados (tabla 4.25) vemos que el grupo con comorbilidad presenta valores más altos que el grupo sin comorbilidad.

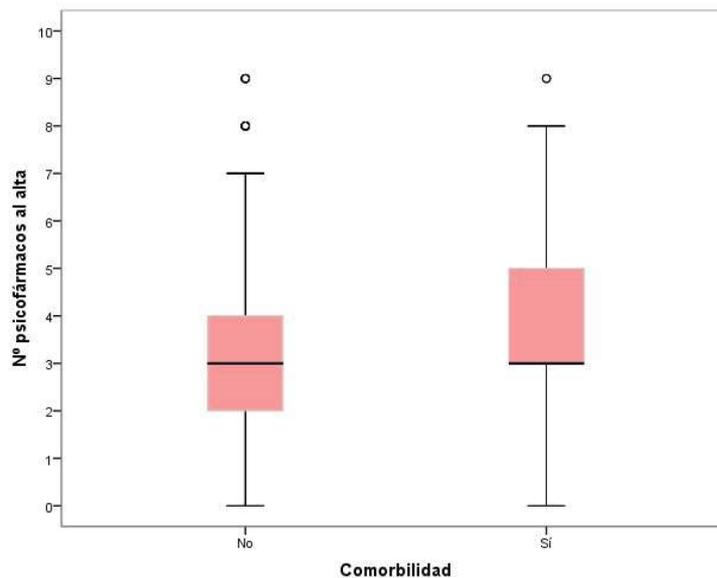


Gráfico 4.13

Comorbilidad	Nº psicofármacos al alta					Significación U Mann-Whitney
	n	Media	D.T.	Mediana	RIC	
No	792	3,23	1,62	3,00	2,00	0,000
Sí	760	3,63	1,54	3,00	2,00	
Total	1552	3,43	1,60	3,00	2,00	

Tabla 4.25

c) Diferencia entre el nº de psicofármacos previo al ingreso y al alta:

Para el grupo de comorbilidad se va a estudiar si hay diferencias en el número de psicofármacos al alta y el nº de psicofármacos previo al ingreso. (Gráfico 4.14)

Para el análisis creamos la variable Diferencia N° Psicofármacos (Alta-Previo), para ver si se cumple la hipótesis de normalidad.

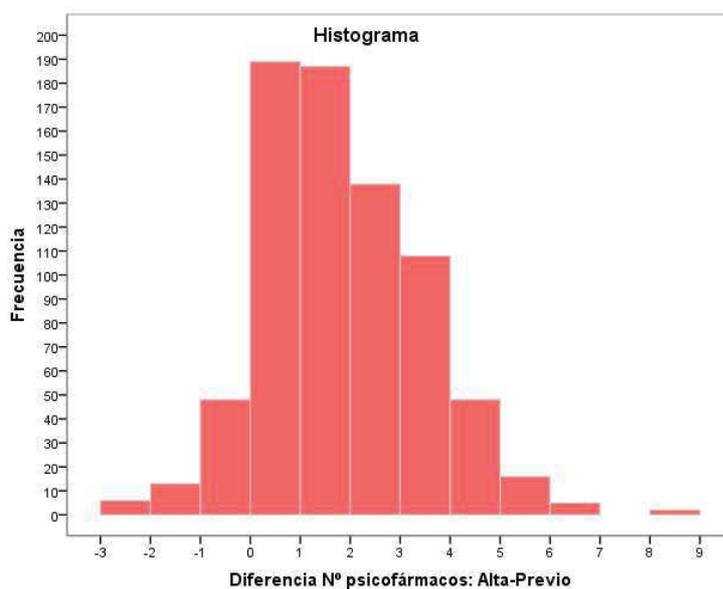


Gráfico 4.14

A continuación se muestra la tabla resumen del contraste de hipótesis, al no cumplirse normalidad, se aplica la Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.(Tabla 4.26)

	n	Media	D.T.	Mediana	RIC	Significación Wilcoxon
Nº psicofármacos previo ingreso	760	2,30	1,86	2,00	3,75	0,000
Nº psicofármacos al alta	760	3,63	1,54	3,00	2,00	
Diferencia N° psicofármacos	760	1,33	1,62	1,00	2,00	

Tabla 4.26

Teniendo en cuenta el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, se observa que existen diferencias significativas en el n° de psicofármacos previos al ingreso y el n° de psicofármacos al alta. Se puede concluir que el n° de psicofármacos al alta es mayor que el previo al ingreso.

5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

5.1. DE LA METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

5.1.1. DE LA MUESTRA

La muestra procede de pacientes consecutivos, ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría.

El tamaño de la muestra del presente estudio (n=1552) es mayor que el utilizado en varios estudios locales de comorbilidad médico-psiquiátrica en el Hospital General y con los encontrados en la bibliografía existente. Además, proporciona suficiente poder estadístico para documentar la mayoría de las hipótesis planteadas. Por ello, pensamos que podrán utilizarse los datos de prevalencia y comorbilidad hallados para diseñar un posible estudio de intervención que continúe el estudio descriptivo presentado aquí.

5.1.2. SESGO DE INFORMACIÓN.

El sesgo de información depende fundamentalmente de la validez y fiabilidad del instrumento de medida utilizado y de los errores sistemáticos debidos a los entrevistadores.

En algunos estudios publicados hasta el momento en la bibliografía internacional, acerca de los resultados de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica atendidos en una UMP, no se considera un aspecto fundamental que dicha comorbilidad sea aguda y de gravedad de moderada a alta. Por lo tanto, podrían minimizar los resultados y, con ello, el beneficio que suponen dichas UMP. El uso de diferentes procedimientos de cribado diagnóstico, de instrumentos no validados en poblaciones específicas, etc., impiden, a menudo, comparaciones directas, y, como consecuencia, al contrastar resultados hay diferencias⁽²⁶⁾.

En este estudio se han utilizado instrumentos en lo posible estandarizados y validados en castellano para documentar la gravedad médica, psiquiátrica, conductual y social; y los criterios de la CIE-10 para el diagnóstico somático y psiquiátrico, tal y como se describe en el apartado de “Metodología”. Como se utilizan a nivel clínico, se espera que los resultados del estudio puedan ser relevantes en la práctica clínica. En nuestro conocimiento, es el primer estudio que utiliza conjuntamente estos instrumentos para documentar la gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica en una Unidad de Hospitalización de adultos (UHA) de Psiquiatría.

La recogida retrospectiva de los datos permite tener información de todo el ingreso. Las limitaciones propias de los datos derivados de fuentes documentales, como las historias clínicas, informes de alta, etc., se atenúan en este estudio ya que:

- al realizarse en pacientes atendidos en la práctica diaria de una UHA, la información sobre la enfermedad psiquiátrica, situación social y conductual era recogida siempre por los psiquiatras de la Unidad y los MIR rotantes supervisados por ellos.
- se creó una base de datos específica para el propósito de este estudio.

5.1.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, sin grupo control, realizado en un único lugar. Aunque el HCU-Lozano Blesa de Zaragoza es un buen ejemplo de hospital de tercer nivel del Sistema Nacional de Salud, los resultados obtenidos son sólo representativos de un área de salud, en particular del área III de Zaragoza, lo que dificulta la generalización de los resultados. No obstante, la muestra ha sido bien definida para proporcionar a otros investigadores información completa para comparar en futuros estudios.

Hay que considerar las limitaciones derivadas de un diseño retrospectivo de la recogida de datos, referida tanto a la realización de entrevistas clínicas no estructuradas

como a la procedencia de fuentes documentales ya existentes, si bien se ha intentado minimizar como se indicó previamente.

Debido a la cantidad de variables incluidas en este estudio descriptivo, junto a los análisis realizados cabría la posibilidad de futuras investigaciones con la finalidad de estimar el beneficio de programas de tratamiento integral, tipo UMP, que proporcionen más datos para desarrollar estudios de intervención.

Otras limitaciones del estudio serían que:

- a) En la actualidad, no existen en la bibliografía estudios publicados realizados sobre comorbilidad médico-psiquiátrica en Unidades de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría con los que se pueda realizar una comparativa o de los que se pueda extraer información;
- b) la implantación de las UMP se ha hecho sobre observaciones empíricas y, en este estudio, se hace un trabajo preliminar en el que se proporcionan indicadores, a partir de datos obtenidos en la práctica diaria de una Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría, para recomendar el desarrollo de programas de tratamiento integral, UMP; y
- c) las UMP ya establecidas son bastante heterogéneas en base a su organización, población que atienden, criterios de admisión (unas se enfocan a determinadas patologías y otras abarcan una mayor variedad de problemas médico-psiquiátricos; diferencias en el nivel de agudeza de la enfermedad), criterios administrativos, y tipo de centros en las que funcionan⁽¹⁹⁹⁾.

5.2. DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

El **perfil sociodemográfico** de la muestra del presente estudio evidencia ligero predominio de hombres (53,7%); edad adulta (edad media $45,85 \pm 16,37$); en situación de desempleo (33,9%); junto con mayor frecuencia de solteros (52,06%) Más de un cuarto conviven con familiares, y entorno a la mitad tienen estudios primarios.

En cuanto al subgrupo de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, también se observa un ligero predominio de hombres (51%) con una edad media de $53,12 \pm 16,19$.

Como se documenta a continuación, estos resultados presentan similitudes y diferencias con respecto a otros estudios. Probablemente se expliquen por variaciones locales, metodológicas, culturales, e incluso por el tipo de patología predominante (por ejemplo, los pacientes con conductas suicidas suelen ser más jóvenes que los remitidos por otros motivos)⁽³⁴⁾.

- En el estudio de Lyketsos en el que también se estudió la comorbilidad médica en pacientes psiquiátricos ingresados, se vio una edad media inferior a la de nuestro estudio ($39,7 \pm 14,6$), y se observó ligera mayoría de mujeres (51%).⁽¹⁷⁾

- En el *ECLW (European Consultation Liaison Workgroup)* en Italia⁽³³⁾ la edad media fue más baja ($50,8 \pm 18,8$ años), y predominaron las mujeres (60,1%). A diferencia con nuestro estudio, hubo porcentaje superior de casados (50,8%); la frecuencia de divorciados fue inferior (aproximadamente entre un 6-7,5%). También la mayoría (87%) tenían estudios primarios, completos o no. Predominaron los jubilados (35%), los trabajadores en activo fueron más frecuentes (28,6% *versus* 16,7%), y el desempleo fue inferior (en torno al 8,4%, a diferencia con nuestro estudio que fue de un 33,9%). Algunas de las diferencias descritas podrían explicarse, en parte, porque la muestra del estudio italiano en general fue más mayor en edad, con las características asociadas que ello conlleva.

- En el estudio europeo del *ECLW* (1990-94), cerca de un 30% tenían 65 o más años. Predominaron ligeramente las mujeres (55%)⁽³⁴⁾.

- En el estudio de Grant (EEUU, hospital público universitario)⁽³⁵⁾, la edad media fue inferior (44,6±18 años), y predominaron las mujeres (54,4%). A diferencia de nuestro estudio, hubo mayor porcentaje de casados (33,3%); se objetivó mayor frecuencia de divorciados que en estudios anteriores, alcanzando el 26,7%. El nivel cultural fue mayor, el 63,3% tenía estudios medios.

- Diefenbacher y Strain (Monte Sinaí de Nueva York), en su estudio de seguimiento a 10 años⁽³⁶⁾ documentan que las variables sociodemográficas se mantuvieron constantes; la edad media fue superior a nuestro estudio (52,2±18,8) y predominaron las mujeres (54,1%).

- En el estudio de Hernández (en servicios de medicina interna de dos hospitales públicos en Santiago de Chile)⁽³⁷⁾, la edad media es inferior, en torno a 40 años, y predomina la comorbilidad psiquiátrica en mujeres (57,3 %). Hay un predominio de casados (45,5%), variando los demás grupos, en orden decreciente, solteros, divorciados y viudos. En un porcentaje superior, un 60% vivían con familiares. Llama la atención que más del 60% estaban en desempleo.

- En un estudio sobre las UHA de Psiquiatría en España, ⁽¹⁴⁵⁾el porcentaje de ingresos de población mayor de 65 años se sitúa de media en un 15%.

- En el estudio de Farragher en una unidad médico-psiquiátrica de Dublín (n=89), la media de edad era de 33 años (39 años en hombres y 50 en mujeres); había ligera superioridad de mujeres (56%); y la mayoría eran solteros (65%), seguido en orden decreciente de casados (21%), separados (11%) y viudos (3%).⁽²²⁷⁾

- Bourgeois y cols (EEUU, hospital universitario, 901 pacientes)⁽²³⁰⁾, encuentran que un 52% son hombres, similar a nuestro estudio, y la edad media fue ligeramente superior ($48,59 \pm 17$ años).

En la bibliografía, hay variaciones en la influencia de factores sociodemográficos en la gravedad de la enfermedad. En general, la edad de los pacientes en una UMP suele ser intermedia entre aquellos ingresados en unidades de psicogeriatría y unidades médico-quirúrgicas sin comorbilidad psiquiátrica (de mayor edad), y aquellos ingresados en unidades psiquiátricas convencionales (de menor edad). Entre los factores a tener en cuenta hay que considerar qué edad y grado de afectación de determinadas patologías (demencia, delirium) se marca como criterio de admisión a la UMP⁽¹⁹⁾.

. En el estudio de Kishi y Kathol (UMP IV-Hospital Iowa)⁽¹⁸⁶⁾ también se documenta que los pacientes con mayor agudeza y gravedad de la comorbilidad son más jóvenes. Refieren diferencias significativas en la edad media de los pacientes ingresados en medicina interna y en una UMP IV (54 ± 19 vs 47 ± 17 ; $p = 0.005$). Por lo tanto, son más jóvenes en el programa tipo IV. Ello podría sorprendernos, ya que los pacientes de mayor edad a menudo presentan síntomas psiquiátricos en el curso de una enfermedad médica. Varios factores podrían influir en estos hallazgos: 1) la demencia, *per se*, no es razón para el ingreso en un programa tipo IV; debe asociarse delirium, depresión u otro problema psiquiátrico agudo y grave en adición a una enfermedad médica activa, y 2) muchas enfermedades psiquiátricas tienen su inicio en pacientes jóvenes, entre los 20 y 40 años y, a menudo, se complican con problemas médicos graves que requieren intervención aguda (como politraumatismos en intentos de suicidio en la depresión, hiponatremia en polidipsia en la esquizofrenia, desnutrición grave en la anorexia nerviosa) que los hacen candidatos a ingresar en estas UMP.

Los datos anteriores difieren de nuestro estudio en el que los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica presentan edades medias más elevadas que aquellos que no la tienen ($53,12$ vs $38,88$).

-En el estudio de Gertler y cols (UMP-Australia)⁽⁹⁵⁾ los pacientes con comorbilidad grave tienen en media $43,7 \pm 17,7$ años; que, si bien tienden a ser de mayor edad que en una

unidad psiquiátrica convencional, suele ser inferior a los pacientes médicos que no tienen comorbilidad psiquiátrica. Predominaron ligeramente los hombres (hombres 53%; mujeres 47%).

- Swenson y Mai⁽¹⁶¹⁾, comparan una UMP-Canadá con una unidad psiquiátrica general y con una unidad de psicogeriatría. No hubo diferencias significativas en la proporción de sexos en los tres grupos, con ligera predominancia de mujeres. La edad media, como era esperable, fue significativamente superior en el grupo de gerontopsiquiatría con respecto a los otros dos; entre la UMP y la unidad de psiquiatría general no hubo diferencias significativas en edad siendo ligeramente superior en la UMP ($39,5 \pm 14,7$ vs $36,1 \pm 13,0$).

- Hay que tener en cuenta a qué población va dirigida el estudio, lo que puede condicionar los resultados sociodemográficos. Así, en el estudio de Hanna⁽²³¹⁾, al realizarse en una UMP para población geriátrica la edad media fue de 81 años y predominaron las mujeres. En el estudio de Alberque, en una UMP que progresivamente se fue acondicionando para pasar de tipo I a IV⁽¹⁹⁾, en general se admitía a pacientes entre 16-65 años y la edad media fue de 40 años.

- En la UMP- *St. Mary's Hospital and Medical Center*, EEUU, descrita por Hoffman, más del 60% de los pacientes tenían sobre 60 años⁽⁶⁶⁾. Señala la importancia de tener cuidado con los pacientes que se remiten, para evitar el ingreso de pacientes en edad geriátrica que precisen cuidados crónicos pero no presenten una patología aguda activa.

–Varios autores mencionan edades medias más altas, lo que refleja la mayor prevalencia de problemas médicos en pacientes ancianos con patología psiquiátrica^(180,195).

A continuación, se realiza una tabla comparativa resumen de los resultados de variables sociodemográficas descritas previamente (Tabla 5.2):

Tabla 5.2

Estudios	Lyketsos ⁽¹⁷⁾	ECLW ⁽³³⁾	Farragher ⁽²²⁷⁾	Kishi y Kathol (UMP IV-Hospital Iowa) ⁽¹⁸⁶⁾	Gertler (UMP-Australia) ⁽⁹⁵⁾	Swenson y Mai (UMP-Canadá) ⁽¹⁶¹⁾	Alberque ⁽¹⁹⁾	Hoffman (UMP-EEUU) ⁽⁶⁶⁾	Nuestro estudio
Perfil Sociodemográfico gráfico	Edad: 39,7 ±14,6 Mujeres (51%)	Edad: 50,8±18,8 Mujeres (60,1%). Casados (50,8%) Estudios primarios (87%) Jubilados (35%),	Edad:33 Mujeres (56%) Solteros (65%)	Edad: 47±17	Edad: 43,7±17,7 Hombres (53%)	Edad: 39,5 Predominio mujeres	Edad:19 Predominio mujeres	Edad:60 años (60%)	Edad: 53,12 ± 16,19. Hombres (51%)

VARIABLES RELACIONADAS CON EL INGRESO HOSPITALARIO

Estancia media hospitalaria

En el presente estudio, la estancia media hospitalaria es de 18,63 días y de 21,46 días en el subgrupo de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica.

- De Jonge y cols⁽¹¹⁸⁾ tras clasificar a los pacientes utilizando Intermed en tres clústers: “estándar, crónico y complejo”, determinan que la estancia hospitalaria es significativamente mayor ($p= 0,01$) en los pacientes complejos que en los crónicos y estándar ($23,1\pm 5,1$ vs $11,4\pm 1,7$ vs $11,7\pm 1,8$ días respectivamente), con las implicaciones que ello tiene en la asistencia.

- En el estudio español,⁽¹⁴⁵⁾ la estancia media se mantiene estable en los últimos tres años (2015-2017), en torno a 16 días, inferior a la media de nuestra muestra.

- Buckley y cols⁽¹⁸³⁾, en la UMP-*St. Vicent's Hospital*, Irlanda, documentaron estancias muy inferiores con respecto a otros estudios. La estancia media fue de 7 días (rango de 1-24) y los motivos más frecuentes fueron psicosis orgánica, demencia, depresión, anorexia nerviosa. Sólo un paciente presentó somatización y otra esquizofrenia.

- Fava y cols⁽¹⁷⁷⁾, en la UMP-*Erie County Medical Center*, Búfalo (Nueva York), documentan que la estancia hospitalaria en la UMP es similar a la de una unidad de psiquiatría convencional e inferior a la de pacientes médico-quirúrgicos atendidos por el servicio de Psiquiatría de Enlace ($13,2\pm 12,3$ vs $13,5\pm 9,9$ vs $22,1\pm 40,8$ respectivamente). Sugieren, como otros autores, que los pacientes en una UMP no parecen requerir hospitalizaciones más largas que en unidades de psiquiatría convencional y que la salud física se asocia significativamente con la duración de la hospitalización psiquiátrica, ya que los pacientes médicamente enfermos tienen estancias más prolongadas comparados con los físicamente sanos.

- En un programa médico-psiquiátrico desarrollado en EEUU en el sector privado, Bruns señala que la duración de la estancia hospitalaria media fue de unos 21,5 días⁽¹⁶⁴⁾.

- Young y cols⁽¹⁷¹⁾ compararon las UMP con unidades psiquiátricas y unidades médicas convencionales en términos de duración de la estancia, diagnósticos y agudeza de los problemas tratados. La duración de la estancia en la UMP fue de 15 días, si bien fue superior a la de la unidad de medicina general (5,9 días) y psiquiatría (12,9 días) convencionales. Consideran que una comparación directa de la eficiencia entre UMP y unidades convencionales no debería valorar sólo la duración de la estancia, ya que los pacientes con trastornos comórbidos son una población seleccionada.

- Fogel⁽¹⁷⁹⁾ objetivó que cuando una unidad psiquiátrica llega a ser una UMP el promedio de edad de los pacientes aumenta de 46 a 56 años, la proporción de pacientes mayores de 65 años de 19% a 35%, y el promedio de estancia hospitalaria de 19 a 23 días⁽¹⁶¹⁾.

- Alberque y cols⁽¹⁹⁾ en su estudio describen el acondicionamiento progresivo de una UMP I a una UMP IV y objetivan también cómo, al aceptar pacientes más agudos y graves, la media de estancia hospitalaria en un periodo de 5 años aumentó de 16,6 a 25,5 días.

- En la UMP-Países Bajos, Leu y cols⁽¹⁷⁰⁾, documentan una estancia hospitalaria media de 24,1±11,3 días frente a los 8,2±13 días de una planta de medicina interna convencional.

- Gertler y cols, refieren que la duración de la estancia de los pacientes en una UMP en Australia era similar a la de los pacientes de una unidad psiquiátrica convencional (22±22,5 vs 25±21,6 días, respectivamente), alcanzándose objetivos clínicos y de coste-efectividad⁽⁹⁵⁾.

- En el estudio de Kishi y Katho⁽¹⁸⁶⁾ se señala que en pacientes con comorbilidad médico- psiquiátrica la estancia hospitalaria en una UMP IV era significativamente mayor que en una planta de medicina interna convencional (17,5 vs 12,5 días; p=

0.01). En apariencia, el programa tipo IV al tener estancias mayores que otras unidades del hospital parecería caro, pero los datos del estudio no lo confirmaron así. Por un lado, se objetivó que esta diferencia era debida, casi por completo, a los días de estancia gastados en otras unidades del hospital antes de ser trasladados (4,5 vs 1,5 días; $p=0.005$), de modo que si se descuentan estos días del total de la duración de la estancia, las diferencias entre el programa tipo IV y la planta de medicina interna dejan de ser significativas (13 vs 11 días). En conclusión, los resultados psiquiátricos, incluida la estancia hospitalaria, fueron mejor en la UMP tipo IV; en contraste, los resultados médicos fueron similares en ambas unidades. Teniendo en cuenta estos argumentos, los cuidados integrales en una UMP IV permiten acortar la duración total de la estancia para estos pacientes complejos, en comparación con el ingreso en una planta médica con un abordaje convencional secuencial.

Por lo tanto, al valorar la estancia hospitalaria en las UMP ya establecidas hay que tener en cuenta diferentes factores como las características de los pacientes que atienden (entre ellas la edad y la agudeza y gravedad de la patología), la experiencia de la unidad y del staff, el retraso en la derivación, entre otros. Es esperable que conforme aumente la eficiencia de las UMP el promedio de estancia disminuya más^(66,171). Hay autores que señalan que en la última década la duración de la estancia en las UMP III y UMP IV ha disminuido de 20 a alrededor de 10 días⁽¹⁶⁵⁾.

Complejidad diagnóstica

Hay que tener en cuenta la importancia de realizar una adecuada orientación diagnóstica, ya que la impresión inicial puede ser diferente si no se sigue una adecuada valoración médico-psiquiátrica:

- Hoffman⁽⁶⁶⁾ señala que en más de un tercio de pacientes en la UMP-*St. Mary's Hospital and Medical Center*, EEUU, se realizó un cambio de diagnóstico para su trastorno del comportamiento; un 34% de diagnósticos funcionales fueron cambiados a orgánicos, y un 12% de orgánicos a funcionales.

- Gertler y cols ⁽⁹⁵⁾ en la UMP-Australia, encuentran que un 32% de pacientes que tenían clínica psiquiátrica estaba relacionada con problemas médicos primarios; por ejemplo, psicosis en mujer con panhipopituitarismo en tratamiento con corticoides, trastorno afectivo maniforme y demencia en un hombre con VIH.

- Goodman⁽¹⁶⁰⁾ destaca que entre los pacientes admitidos en la UMP-*Mount Sinai Medical Center*, Nueva York, un 29% al ingreso sólo tenía diagnóstico psiquiátrico (por ejemplo, depresión mayor) y, en un quinto de estos, se encontró posteriormente enfermedad médica grave (por ejemplo, carcinoma de vías biliares).

En nuestra muestra se objetivó asociación entre aquellos pacientes que presentaron complejidad diagnóstica y el grupo de comorbilidad médico-psiquiátrica.

Número de pruebas diagnósticas

A más de la mitad de la muestra (68%) se le realizaron dos o más pruebas diagnósticas, a diferencia de lo obtenido en un estudio sobre patología somática en pacientes ingresados en Psiquiatría ⁽⁸⁷⁾ en el que a sólo un tercio de los pacientes se les realizaban exploraciones.

En cuanto al subgrupo de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, a casi la mitad de los pacientes se les realizó alguna prueba diagnóstica. Además, en este estudio, se observa una asociación entre aquellos a los que se les realizaban más pruebas diagnósticas y aquellos con comorbilidad médico-psiquiátrica.

Levenson y cols al investigar la psicopatología en pacientes médicamente enfermos encontraron que en los que tenían mayor psicopatología las cargas hospitalarias eran más altas, y se utilizaban más procedimientos durante la hospitalización con respecto a los que tenían niveles más bajos de psicopatología⁽⁶⁹⁾.

Tratamiento médico-quirúrgico específico

En nuestro estudio, se observa una relación entre los pacientes que precisaron tratamiento médico-quirúrgico específico y los que presentaban comorbilidad médico-psiquiátrica. En el subgrupo de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, el 93,8% precisaron tratamientos médicos específicos.

De Jonge y cols ⁽¹¹⁸⁾ determinan que la necesidad de cuidados de enfermería específicos es significativamente mayor ($p= 0,01$) en los pacientes complejos que en los crónicos y estándar ($43,6\pm 10,2$ vs $16,2\pm 3,6$ vs $16,8\pm 4,3$ respectivamente).

Se estima que más del 60% de los pacientes requerirán algún tratamiento intravenoso o necesitarán atención médica activa pero no urgente. Aproximadamente un tercio de las unidades psiquiátricas convencionales aceptan pacientes que son totalmente dependientes para las actividades de la vida diaria⁽¹⁸⁰⁾.

En un estudio de Farragher,⁽²²⁷⁾ se observó que el 12% de la muestra precisaron tratamiento por causas médicas, superior a nuestro estudio (3,1%).

Traslado intrahospitalario

De la muestra del estudio, el 10% pacientes precisaron durante el ingreso traslado intrahospitalario, y éstos se asocian significativamente con los que presentan comorbilidad. Del subgrupo de pacientes con comorbilidad precisaron traslado el 62,6%.

– En el estudio de Lyketsos,⁽¹⁷⁾ dos de los pacientes ingresados ($n=950$) fueron trasladados a una planta médica debido a la comorbilidad somática, y tres pacientes fueron remitidos desde una planta médica a la unidad de Psiquiatría.

- Alberque y cols ⁽¹⁹⁾, UMP-Suiza, documentan al alta un 14,2% de traslados a hospitalización psiquiátrica.
- En el estudio de Hanna y cols ⁽²³¹⁾, en una UMP-geriátrica, la tasa de traslado a psiquiatría fue del 4% del total de pacientes ingresados.
- En la UMP-*Mount Sinai Medical Center*, Nueva York, los traslados intrahospitalarios fueron del 15% ⁽¹⁶⁰⁾, superior a nuestra muestra.
- En la UMP IV-hospital de Iowa, un 30% eran traslados internos, principalmente de salas de medicina interna, UCI, y también de cirugía, neurología, psiquiatría y oftalmología⁽¹⁸⁶⁾.
- En la UMP-Suiza se observó que los pacientes procedían de otros servicios del hospital general (de un 7 a un 24,5%), así como de hospitales psiquiátricos (de un 0,3 a un 24,5%)⁽¹⁹⁾.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE INTERCONSULTA

Servicio al que se solicita la Interconsulta

De la muestra descrita, se obtiene que se solicitó interconsulta al 36,5% de los pacientes, la mayoría de ellas a servicios médicos, y que el grupo de comorbilidad presenta valores más altos en el nº de Interconsultas solicitadas que el grupo sin comorbilidad.

La necesidad de consulta a otros especialistas es considerada como un indicador de complejidad en los cuidados⁽¹¹¹⁾. De Jonge y cols ⁽¹¹⁸⁾ tras clasificar a los pacientes utilizando Intermed en tres *clústers*: “estándar, crónico y complejo”, determinan que la necesidad de al menos una consulta a otro especialista es significativamente mayor ($p=0,02$) en los pacientes complejos que en los crónicos y estándar (87% vs 71% vs 45% días respectivamente) con las implicaciones que ello tiene en la asistencia.

La coordinación más habitual observada en el estudio sobre UHA de Psiquiatría españolas ⁽¹⁴⁵⁾ se mantiene con los Servicios de Medicina Interna (60,7%), seguido de Neurología (52,1%) y en menor medida con Anestesia (46,2%). La asistencia compartida con los Servicios de Medicina Interna es clave para un buen funcionamiento de las UHA y por ello, se están incorporando para atender al paciente en el ingreso realizando un abordaje integral.

En nuestra muestra, los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica reciben un mayor número de solicitud de interconsultas.

VARIABLES RELACIONADAS CON DATOS CLÍNICOS: ANTECEDENTES MÉDICOS Y PSIQUIÁTRICOS

El 55,5% de los pacientes del presente estudio tenían antecedentes médicos y éstos se asocian de forma significativa con el grupo de pacientes con comorbilidad. Del subgrupo de paciente con comorbilidad médico-psiquiátrica, el 76,1% tenían antecedentes médicos y más del 90% tenían tratamiento médico.

En nuestra muestra los antecedentes psiquiátricos están presentes en porcentaje superior al estudio *ECLW-Italia* (cerca del 88% vs 54%, respectivamente)⁽³³⁾; y al de Kishi, que registra un 74%⁽¹²²⁾. En el estudio de Farragher,⁽²²⁷⁾ la mitad de la muestra (52%) tenían antecedentes psiquiátricos.

En relación al subgrupo de paciente con comorbilidad médico-psiquiátrica, en torno a la mitad tenían antecedentes y tratamiento psiquiátricos.

La prevalencia de tratamiento psicofarmacológico previo al ingreso en el presente estudio es superior a la del estudio de Valdés y Cortina (66% vs 42,2% vs 51%

respectivamente)^(228,). En cuanto a los ingresos previos en psiquiatría, nuestro porcentaje es superior al estudio *ECLW* (65% vs 14,8% ^(34,232), y al de Valdés (13,7%). Asimismo, el antecedente de conducta suicida también es superior en nuestro estudio (24,9% vs 14,7% en el de Valdes)⁽²²⁸⁾. Además, en nuestra muestra, existe asociación entre los pacientes con riesgo elevado de suicidio y aquellos con comorbilidad.

Los antecedentes de tratamiento farmacológico médico al ingreso, en la muestra, son del 31% donde la mayoría tomaban entre 1 y 3 fármacos; y de tratamiento psiquiátrico previo en el 66%. Los pacientes con tratamiento farmacológico médico y psiquiátrico a la vez suponen mayor riesgo de precisar cuidados complejos con respecto a los que no llevan tratamiento. A su vez, ambos grupos se asocian con los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica. Tabla 5.3.

Estudios	<i>ECLW- Italia</i> ⁽³³⁾	Kishi ⁽¹²²⁾	Farragher ⁽²²⁷⁾	Cortina ⁽²⁰⁵⁾	Nuestro estudio (subgrupo comorbilidad)
Antecedentes psiquiátricos	54%	74%	50%	51% tratamiento psicofarmacológico previo	53% 55,4% tratamiento psicofarmacológico previo

VARIABLES RELACIONADAS CON DATOS CLÍNICOS: ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnóstico somático

De la muestra, se objetiva un diagnóstico somático principal en el 22,6% de los pacientes, mientras que el 38,1% presentan diagnóstico somático secundario y terciario en un 12,3%, siendo el diagnóstico principal más frecuente, enfermedades del sistema nervioso (diferenciando de otros estudios en el que era el sistema digestivo⁽⁸⁷⁾ y donde la mayoría de la interconsulta se enviaba al servicio de Digestivo en un 30% de los casos). En cuanto a los diagnósticos somáticos secundarios más frecuentes se encontraron enfermedades del sistema endocrino seguido de enfermedades del sistema circulatorio y del sistema nervioso; y en relación a los terciarios: enfermedades del sistema circulatorio y endocrinas (en otro estudio se documentó que casi la mitad de los pacientes presentaban alteraciones endocrinológicas)⁽²³³⁾.

En la bibliografía, en general, los diagnósticos somáticos más frecuentes son similares al presente estudio, variando el predominio de unos u otros.

- Alberque y cols ⁽¹⁹⁾, UMP Suiza, identifican como más frecuentes las enfermedades neurológicas y digestivas, seguidas de endocrinas (diabetes mellitus), cardiovasculares (HTA), y traumatológicas (estas últimas experimentan un aumento con los años).
- Goldman ⁽²⁰⁾ describen que en un estudio de Kamara et al. (179 pacientes ingresados en una unidad de Psiquiatría) la mayoría de la muestra tenían de media ocho enfermedades médicas, sobre todo cardiovasculares y pulmonares.
- En el estudio *ECLW-Italia*⁽³³⁾, los más frecuentes fueron los trastornos gastrointestinales; seguidos, en orden decreciente, por trastornos cardiovasculares, síntomas generales, y endocrinometabólicos.

- Gertler y cols⁽⁹⁵⁾, UMP-Australia, señalan como diagnósticos más frecuentes: neurológico, cardiovascular, musculoesquelético (16,9% en cada caso), endocrino (15,6%), infeccioso (9,1%), y respiratorio (6,5%), entre otros.
- Goodman⁽¹⁶⁰⁾ destaca que entre los pacientes admitidos en la UMP-*Mount Sinai Medical Center, New York*, al ingreso un 35% tenían enfermedades médicas que causaban o contribuían a trastornos psiquiátricos. El diagnóstico médico más frecuente fue neurológico (demencia), endocrino (diabetes) y circulatorio (hipertensión).
- Swenson y Mai⁽¹⁶¹⁾, UMP-Canadá, refieren como diagnósticos médicos más frecuentes por sistemas: neurológico (39,0%), gastrointestinal (12,2%), musculoesquelético y sistema reproductor (8,5% cada uno), pulmonar y cardiovascular (7,3% cada uno), y endocrino (6,2%). Un gran porcentaje de los pacientes de la UMP tenían trastornos neurológicos, similar a nuestro estudio, coexistiendo con trastornos psiquiátricos (frecuentemente trastornos afectivos, abuso de sustancias, síndromes mentales orgánicos, trastornos somatomorfos).
- Bruns y Stoudemire⁽¹⁶⁴⁾, UMP-EEUU, señalan como diagnóstico médico más frecuente enfermedades del sistema circulatorio (41,2%), seguido por endocrino- metabólicas (15,6%), del tracto urinario (14,5%), musculoesqueléticas y del tejido conectivo (12,6%), digestiva (10,7%), y neurológica (10,3%).
- En el estudio de Leue y cols⁽¹⁷⁰⁾, UMP-Países Bajos, los diagnósticos somáticos más frecuentes son, a diferencia de otros estudios, enfermedades menores como cataratas, óticas (20%), seguidos por enfermedades circulatorias (15%), digestivas (14%), genitourinarias (8%), respiratorias (6%), metabólicas y enfermedades mayores, como el cáncer (4% en cada caso).
- Nomura y cols⁽¹⁸²⁾, UMP-Japón, destacan como diagnóstico más frecuente las neoplasias malignas (36,2%), seguido de patología traumatológica (18,1%), digestiva (14,1%), vascular y oftalmológica (11,4% en cada caso), y respiratoria (6%).
- Bourgeois⁽²³⁰⁾ documenta como diagnósticos médicos más frecuentes las enfermedades infecciosas; seguidas, en orden decreciente, por diagnóstico traumatológico (que en

nuestro estudio es el más prevalente), cardiovascular, gastrointestinal y ginecológico. El resto están en porcentaje inferior a 5%.

- Felker⁽²³⁴⁾ en una revisión vio que los diagnósticos médicos más frecuentes fueron la afectación del sistema cardiovascular, endocrino, hipertensión y diabetes. Sin embargo, también se observaron afectaciones en otros sistemas como el neurológico, pulmonar y gastrointestinal.

Diagnóstico psiquiátrico

Los resultados del presente estudio reflejan que, el diagnóstico psiquiátrico principal más frecuente fueron Esquizofrenia en un 33,2% seguido de los trastornos del humor en un 31,4%, (en el estudio mencionado anteriormente de Bensa⁽⁸⁷⁾ se encontraron menos del 10% de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia). Además, el diagnóstico psiquiátrico secundario con mayor prevalencia fueron los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas; y el terciario, los trastornos de la personalidad.

- En el estudio de Lyketsos, el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el de abuso de sustancias en el 48,5%, seguido de trastorno adaptativo en un 28,8%, trastorno depresivo en 28,3%, trastorno de personalidad (24,4%), trastorno bipolar (15,9%) y esquizofrenia (15,6%).⁽¹⁷⁾

- En el mapeo realizado en las UHA de España,⁽¹⁴⁵⁾ la causa de la mayoría de los ingresos sigue siendo los trastornos psicóticos, aunque con una tendencia decreciente. El porcentaje de personas con problemas de salud mental atendidas en unidades de hospitalización con deterioro cognitivo asociado a la edad se sitúa en el 8%.

- En el estudio de Farragher,⁽²²⁷⁾ el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno depresivo (46%), seguido en orden decreciente por trastorno de personalidad (19%),

esquizofrenia (9%), alcoholismo (8%), trastornos orgánicos (4,5%) y trastorno por abuso de sustancias (4,5%). En un 39% de la muestra presentaron ideación autolítica al ingreso, porcentaje superior al de nuestro estudio (23,5%), esto se debería a que en dicha unidad ingresan sobre todo pacientes que han realizado intentos autolíticos.

- En el estudio de Rivelli los ingresos por consumo de tóxicos fueron del 3,3% en el año 2005, y estos pacientes permanecían una media de un día más hospitalizados ⁽⁶¹⁾.

En general, en diferentes estudios realizados en UMP III o IV ya establecidas, dos diagnósticos son los más frecuentes, variando la predominancia de uno u otro: trastornos del humor y trastorno mental orgánico.

- En el estudio de Alberque y cols⁽¹⁹⁾ (UMP-Suiza que pasa de UMP I a UMP IV en cinco años); documentan que los trastornos del humor son los más prevalentes. El abuso de sustancias oscilan entre 11,4 y 16%.

- Gertler y cols⁽⁹⁵⁾ en la UMP-Australia, señalan que el 58,9% presentan múltiples diagnósticos psiquiátricos.

- Swenson y Mai⁽¹⁶¹⁾ refieren que, en comparación con otros servicios de psiquiatría general, en la UMP-Canadá los diagnósticos de drogodependencia, trastorno somatomorfo y TMO fueron significativamente más frecuentes.

- Bruns y Stoudemire⁽¹⁶⁴⁾ indican que, a lo largo de la evolución del programa médico-psiquiátrico desarrollado en el *Richard Young Hospital* (sector privado), EEUU, se observan cambios en las características de los pacientes, objetivándose un incremento de pacientes con TMO, una mayor agudeza de la enfermedad, y un aumento en la gravedad de su situación médica.

- En la UMP-Japón indican como más frecuente la esquizofrenia (60,9%)⁽¹⁸²⁾.

- En el estudio de Kishi y Kathol⁽¹⁸⁶⁾ los motivos psiquiátricos más frecuentes de ingreso y tratamiento en una UMP IV fueron los trastornos del humor y psicosis.
- Wulsin y cols⁽¹⁶⁵⁾ refieren que, en la práctica, los trastornos psiquiátricos más prevalentes tratados en las UMP III y UMP IV son los TMO, la depresión e intento de suicidio.
- Buckey y cols⁽¹⁸³⁾, en la UMP III-Irlanda, documentan que, por encima de lo esperado, el 82% fueron conductas autolesivas.
- Hanna y cols⁽²³¹⁾, en una UMP-geriátrica, EEUU, refieren que los diagnósticos psiquiátricos más comunes fueron: TMO y depresión.

Tratamiento psiquiátrico

El tipo de psicofármaco más prescrito al ingreso en nuestra muestra fue la combinación de antidepresivo+ansiolítico+antipsicótico(21,3%), seguido de ansiolítico+neuroléptico (18,4%), ansiolítico/antidepresivo (15,7%) y neuroléptico (14%). En el estudio *ECLW*-Italia y Cortina predominan las benzodiazepinas en combinación con otros fármacos (antidepresivo, neuroléptico, o ambos)^(33,205).

En el estudio de Farragher,⁽²²⁷⁾ se administró tratamiento psicofarmacológico al 45% de los pacientes.

En cuanto a la psicoterapia. el bajo porcentaje, en general, puede explicarse: a) por la influencia de la contención de costes, al considerarla menos coste-efectiva que la medicación, a pesar de estudios en los que se ha asociado con disminución en las hospitalizaciones, estancia y uso de medicaciones caras⁽²³⁵⁾, b) por no haber psicólogo, y c) por preferir realizarse a nivel ambulatorio⁽³⁵⁾.

Stoudemire y cols señalan que las terapias psicosociales no son menos importantes para los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, sobre todo los más complejos. Son frecuentes los temas de dificultad de adaptación a la enfermedad, discapacidad, conflictos sobre la dependencia, reacciones de duelo, enfado, culpa, etcétera.⁽¹⁷³⁾

Young y cols⁽¹⁷¹⁾ comparan las UMP con unidades psiquiátricas y unidades médicas convencionales en términos de agudeza de los problemas tratados. Las medidas preventivas de suicidio y las horas de cuidados de enfermería requeridas por paciente y día fueron mayores en la UMP que en las unidades convencionales⁽¹⁵⁾.

En la bibliografía se refiere que, dado que la estancia hospitalaria tiene sus limitaciones como indicador único de complejidad, otros indicadores objetivos, tales como medicaciones, pueden usarse para detectar de forma precoz y válida la necesidad de cuidados interdisciplinarios⁽¹¹¹⁾. De Jonge y cols⁽¹¹⁸⁾ objetivan que el número de medicaciones prescritas durante la hospitalización es significativamente mayor ($p= 0,01$) en los pacientes complejos con respecto a los crónicos y estándar ($13,3\pm 1,9$ vs $10,0\pm 1,0$ vs $7,5\pm 1,1$ respectivamente).

Comorbilidad médico-psiquiátrica

En la muestra del estudio se evidencia un 49% de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, lo que apoya la primera hipótesis general planteada acerca de la alta prevalencia de la patología médica comórbida.

En el estudio de Hernández⁽³²⁾, predomina la comorbilidad psiquiátrica en mujeres (57,3 %), a diferencia con nuestra muestra en la que no hay diferencias significativas entre comorbilidad médica y sexo.

En un estudio reciente de Douzenis y cols⁽²³⁶⁾ el 50% de pacientes con enfermedad mental ingresados presentaron comorbilidad médica que precisó una o más interconsultas, con repercusión en la estancia media, hasta 3,25 días de media⁽²³⁴⁾.

En el estudio de Lyketsos⁽¹⁷⁾, entorno al 50% de los pacientes no tenían comorbilidad médica al ingreso; sin embargo, el 15% al ingreso y el 12% al alta sí que la tenían. La comorbilidad médica fue atendida en el 20,6% de los pacientes, dato inferior al de nuestro estudio.

Por otra parte en UMP ya establecidas, como la de Suiza, a lo largo de cinco años documentan un incremento en el número de casos de comorbilidad, así como en la complejidad de los casos, pasando de un 67,2% en el año 2000, a un 90,6% en el 2004⁽¹⁹⁾.

Felker⁽²³⁴⁾ en una revisión observaron que los pacientes ancianos, con síndromes orgánicos cerebrales, las mujeres y personas con abuso de sustancias, constituían grupos de riesgo de presentar comorbilidad médica. Asimismo, personas con neurosis tenían más problemas médicos, aunque aquellos diagnosticados de esquizofrenia tenían problemas más graves.

En el estudio de Leue y cols⁽¹⁷⁰⁾ en el que se compara una muestra de pacientes complejos ingresados en una UMP en una ocasión o en una unidad médica convencional en otra, se documenta una diferencia importante en la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos y de comorbilidad médico-psiquiátrica que se realizan. En el caso de la UMP, se diagnostica trastorno psiquiátrico en un 89% de los casos y comorbilidad en un 41%. Sin embargo, cuando ingresan en planta médica sólo se diagnostica trastorno psiquiátrico en un 6% y comorbilidad en un 4%. Podría argumentarse que cuando son admitidos en la planta médica estuvieran menos enfermos desde el punto de vista psiquiátrico y más médicamente que cuando ingresan en la UMP; sin embargo, parece que en las UMP se produce una mejor detección de los casos, teniendo en cuenta además que muchos de éstos son crónicos o reagudizaciones, y que la infradetección es frecuente en unidades médicas⁽⁷¹⁾. Por otra parte, entre la UMP y la unidad de medicina convencional hay menor diferencia en la detección de patología somática (44% vs 69%) y apenas hay diferencia en los diagnósticos funcionales (29% vs 25%). Esto indica que

un enfoque integral en la UMP puede garantizar una adecuada detección de casos tanto psiquiátricos como somáticos.

Pacientes con grave comorbilidad en el ingreso, se asociaba con peores resultados en los síntomas psiquiátricos y mayor deterioro psicosocial⁽¹⁷⁾. Este hecho también se ha visto reflejado en este estudio, ya que los pacientes con comorbilidad médica se asociaban más con aquellos con afectación psiquiátrica moderada, grave y muy grave, observándose una ligera tendencia ascendente a mayor afectación.

Sloan y cols. objetivaron que la comorbilidad médica prolongaba la duración del ingreso en pacientes con depresión.

El mecanismo de esta asociación es desconocido. Uno de ellos puede ser que la comorbilidad médica incrementa la cantidad de cuidados durante el ingreso, y por ello, la estancia media. Otra explicación sería que tanto la comorbilidad médica como la psiquiátrica tienen un efecto sinérgico, y al concepto de “amplificación del síntoma” (se trata de la amplificación de síntomas médicos en presencia de síntomas psiquiátricos)⁽¹⁷⁾.

La unión entre la comorbilidad médica y los resultados psiquiátricos sugiere que los equipos de psiquiatría en las Unidades deberían redoblar sus esfuerzos en detectar y tratar la enfermedad médica de sus pacientes. Por ello, pacientes psiquiátricos con complejidad médica deberían recibir cuidados en unidades subespecializadas con especial destreza en la comorbilidad médico-psiquiátrica⁽¹⁷⁾.

La mayoría de los estudios documentan que la estancia hospitalaria de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica es mayor que la de los pacientes con uno u otro diagnóstico⁽²³⁷⁾.

En el estudio de Lyketsos,⁽¹⁷⁾ los pacientes con comorbilidad tenían una media de 5,4 días más de hospitalización, cifra similar a la de nuestro estudio en el que los pacientes con comorbilidad tienen una media de 6 días más.

En la revisión de 26 estudios internacionales realizada por Saravay y Lavin⁽⁷²⁾, en el

89% de los casos documentan un aumento de la duración de la estancia hospitalaria o de la tasa de reingresos médicos en pacientes con comorbilidad psiquiátrica. Por lo tanto, dicha comorbilidad supone mayor complejidad e incrementa significativamente los costes, tanto al aumentar la estancia como un mayor uso del hospital y otros recursos sanitarios tras el alta^(71.238).

En el estudio de De Jonge⁽¹¹⁸⁾ se evalúa en pacientes ingresados en medicina interna y clasificados en tres grupos (estándar, crónicos y complejos): la estancia hospitalaria, número de fármacos prescritos durante la hospitalización y consultas realizadas a especialistas médicos. Se concluye que los pacientes complejos tienen más riesgo de precisar cuidados complejos y una estancia hospitalaria más prolongada, siendo importante la gestión integral y precoz de dichos pacientes. Young⁽¹⁷¹⁾ refiere que aunque los datos de la duración de la estancia hospitalaria no son por sí solos medida precisa de la eficiencia, pueden estar relacionados razonablemente con la ineficiencia en los cuidados.

En algunas ocasiones, de forma sorprendente, la estancia de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica es baja. Puede ocurrir que si los pacientes son “molestos”, se tienda a darles el alta prematuramente o sin una adecuada planificación⁽⁶⁶⁾.

Se documenta que, en general, es frecuente la presencia de dos o más diagnósticos psiquiátricos, y la alta comorbilidad suele presentarse en los casos más graves⁽⁵⁰⁾. Así, en pacientes médico-quirúrgicos varios autores evidencian dos o más diagnósticos psiquiátricos; como Hernández en un 42%⁽³⁷⁾, y otros inferior como Arbabi en cerca del 11%⁽²³⁹⁾, y Bourgeois en un 25%⁽²³⁰⁾.

En el estudio de Kishi⁽¹⁸⁶⁾ los antecedentes personales de tratamiento psiquiátrico son significativamente mayores en los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica ingresados en una UMP IV que en una planta convencional de medicina interna (87% vs 70%; p= 0,01); como sucede en este estudio, en el que hay asociación significativa entre los pacientes con antecedentes y tratamiento psiquiátricos y aquellos con comorbilidad.

En este contexto, la asistencia compartida está presentando un auge, mostrándose como una modernización de los programas de psiquiatría de enlace y una oportunidad para poder

realizar tratamientos simultáneos de las comorbilidades.

En un reciente mapeo sobre la situación de las UHA de Psiquiatría en España, ⁽¹⁴⁵⁾ la coordinación se señala como un importante punto de mejora tanto a nivel interno en las propias unidades de hospitalización, identificándose dificultades de coordinación entre los equipos médicos y de enfermería especialmente, como entre niveles asistenciales. Se observó que la coordinación con los Servicios de Medicina Interna es clave para un buen funcionamiento de las unidades de hospitalización. Por ello, en algunas unidades se está empezando a integrar la figura de un internista en el equipo multidisciplinar para atender a los pacientes durante su ingreso.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Gravedad médica: Escala IAE

EL IAE nos ha permitido analizar el número de categorías-aparatos, de los sistemas orgánicos afectados y su gravedad. En nuestra muestra, los valores, en media, son los siguientes:

Un 50,7% de los pacientes presentan afectación de categoría con gravedad de nivel 3 y un 2% en la categoría con gravedad de nivel 4.

En el subgrupo de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica, casi la mitad presentaron afectación de nivel 3 y en torno al 70% se asociaba al nivel 4.

- Levenson y cols al investigar la psicopatología en pacientes médicamente enfermos encontraron que los que tenían mayor psicopatología también tenían más diagnósticos al alta⁽⁶⁹⁾.

En la bibliografía se documenta que los pacientes complejos puntúan más alto en medidas de complejidad de cuidados⁽¹¹¹⁾, como el IAE. Este hecho se ratifica en este estudio, ya que los pacientes más complejos, con comorbilidad médico-psiquiátrica se asocian con aquellos con puntuaciones más elevadas de esta escala.

Gravedad psiquiátrica: Escala GEP

La escala GEP nos ha permitido analizar la puntuación total de la gravedad psiquiátrica (PT-GEP) y de cada una de las cuatro dimensiones consideradas (dimensiones-GEP) definidas en el apartado de “Metodología”. En nuestra muestra, en cuanto a las categorías que presentan mayores porcentajes de afectación (nivel 2-gravedad moderada y nivel 3-gravedad alta) en los pacientes del presente estudio se encuentran:

- en la dimensión 1-GEP: la gravedad de los síntomas psiquiátricos
- en la dimensión 2-GEP: la dificultad de autocuidado
- en la dimensión 3-GEP: los problemas médicos y problemas de toxicomanías, y
- en la dimensión 4-GEP: la disfunción premórbida y oposición al tratamiento.

En general, puntuaciones más altas en la escala de gravedad psiquiátrica indican mayor gravedad de los síntomas psiquiátricos⁽¹⁷⁾. Creemos que como sucede con el IAE, en la GEP una misma puntuación global no siempre implica situaciones de la misma gravedad pronóstica o funcional. Incluso el máximo nivel de afectación, según la categoría/s o dimensión implicada, puede tener diferentes consecuencias, de allí que también se halla analizado las puntuaciones de la GEP por dimensiones. En la dimensión 1=razones para el ingreso, se objetiva un nivel de gravedad moderado-alto para riesgo potencial de suicidio en el 20,9% de los pacientes y para síntomas psiquiátricos en un 98,6% (casi la totalidad de la muestra).

En nuestro estudio, los pacientes con mayor riesgo de suicidio y mayor afectación psiquiátrica, se relacionan de forma significativa con aquellos que presentan comorbilidad médico-psiquiátrica.

Gravedad médico-psiquiátrica: UMP

En relación a la bibliografía existente, la implantación de las UMP mixtas se ha realizado sobre observaciones empíricas. En este estudio, partiendo de la muestra descrita, pretendemos documentar, siguiendo criterios de Kathol⁽¹⁶²⁾ qué pacientes tienen la suficiente agudeza y gravedad de la comorbilidad médica y psiquiátrica para recomendar la creación de UMP, beneficiándose de un tratamiento integral.

En relación a una de las hipótesis planteadas, encontramos que un 11,3% de los pacientes serían candidatos a ingresar en una UMP tipo III o UMP tipo IV. En una UMP III, el 9,5% de los pacientes, al ser en ellos la gravedad psiquiátrica media-alta y médica media y en una UMP IV, el 2,6% de los pacientes, los más complejos de todos al ser en ellos la gravedad psiquiátrica y médica altas. Swenson señala que en la UMP-Canadá tuvieron 100 ingresos al año⁽¹⁶¹⁾, lo que supone de media unos 8-9 ingresos al mes aproximadamente. Buckey indica que en la UMP-Irlanda tuvieron 139 ingresos, en media unos 11-12 pacientes/mes⁽¹⁸³⁾.

En relación al subgrupo de pacientes con comorbilidad, casi la totalidad hubieran precisado de una UMP III o IV.

- Alberque y cols⁽¹⁹⁾, UMP-Suiza, señalan un incremento progresivo de pacientes con traumatismo físico en contexto de conductas suicidas por precipitación.
- Gertler indica que en la UMP-Australia, el porcentaje de ingresos es del 29,7% de pacientes que presentaban patología psiquiátrica aguda grave⁽⁹⁵⁾.

- Khisi y Kathol señalan que la UMP IV establecida en el hospital de Iowa dispone de 12 camas, que representan en torno al 1% de los ingresos anuales del hospital. Sugieren que más de un 1% de pacientes ingresados en un hospital general puede beneficiarse de programas integrales médicos y psiquiátricos tipo IV⁽¹⁸⁶⁾. En un estudio posterior, Kathol y Stoudemire⁽¹⁸⁹⁾ indican que sobre un 2-5% de todos los pacientes ingresados en un hospital general tendrán comorbilidad somática y psiquiátrica de suficiente complejidad para justificar la atención en una UMP IV.

– Goodman refiere que entre las razones que motivaron el establecimiento de la UMP en el *Mount Sinai Medical Center; New York*, fue el alto porcentaje, 45%, de pacientes psiquiátricos hospitalizados con enfermedad médica en el hospital⁽¹⁶⁰⁾.

Los siguientes autores, Harsch⁽¹⁷⁸⁾, Bruns⁽¹⁶⁴⁾, Swenson⁽¹⁶¹⁾, y Kathol⁽¹⁶²⁾ señalan que es esencial establecer claramente los criterios de ingreso en la UMP para su adecuado funcionamiento, tanto desde el punto de vista clínico como económico.

- En el estudio de Kishi y Kathol⁽¹⁸⁶⁾, atendiendo a la presentación conductual o emocional más que al subtipo de diagnóstico, los pacientes con agitación (49,5%), alteración del humor (48,8%), no colaboradores (41%), psicosis (31,4%), y con conductas suicidas (29,5%) fueron tratados más frecuentemente, de forma significativa, en la UMP IV.

A los pacientes en riesgo de ser complejos se les aplicaría un *cribado* al ingreso para detección y cuantificación del nivel de complejidad, estableciendo los pasos a seguir para modificar los resultados⁽⁹³⁾. En el estudio de Lobo y cols⁽²⁴⁰⁾, que documenta la utilidad de Intermed en pacientes neumológicos para valorar la complejidad del caso en el momento del ingreso hospitalario, se objetiva que un 24,7% de esta población de pacientes se clasifican con dicho método como complejos. Se comprueba, además, que estos pacientes puntúan más alto en medidas de complejidad de cuidados, también valoradas en el presente estudio (IAE, número de consultas durante el ingreso y número de diagnósticos) y también se asocia con la duración de la estancia hospitalaria.

Gravedad conductual y social: INTERMED.

Como se ha indicado en el apartado de “Metodología”, se utilizaron ítems de Intermed para valorar la conducta y situación social. En el presente estudio, cerca del 45% presentan dificultades de adaptación a la enfermedad y/o ingreso; y casi un cuarto resistencia al tratamiento y/o cuidados médicos. En cuanto a la dificultad en el apoyo social, está presente en más del 70% de los pacientes de la muestra, en los que en la mayoría de ellos esta disfunción es de origen psiquiátrico. Sin embargo, no se observó asociación entre presentar resistencia al tratamiento y comorbilidad médico-psiquiátrica.

Del subgrupo de comorbilidad, entre el 30 y 40% presentaban resistencia al tratamiento. El 43,9% precisaron medidas de seguridad. En cuanto a la conducta suicida, el 63,1% tenían riesgo alto de suicidio. Además, el 21,7% presentaban afectación psiquiátrica leve, el 46,7% moderada, el 52,1% grave y el 54,5% extremadamente grave.

– En el estudio de Farragher,⁽²²⁷⁾ el 26% de los pacientes tuvieron problemas de adaptación al ingreso, como pobre adherencia al tratamiento, episodios de agresividad...

- En otros estudios se documentan también prevalencias superiores al 50% en relación con presencia de estresores socio-económicos, familiares y problemas psicosociales; en el *ECLW-Italia* en un 72,4%⁽³³⁾, en el de Grant un 76,7% (con incremento de casi el 40% en los últimos diez años)⁽³⁵⁾, y en el de Kishi un 58%⁽¹²²⁾. Valdes y cols encuentran que el 45,1% tenía problemas psicosociales importantes⁽²²⁸⁾.

Hay autores que señalan que los acontecimientos de la vida se asocian con la psicopatología, así como con el número de días de discapacidad⁽²⁶⁾, y que es posible que los factores socioculturales propios de cada zona de estudio puedan relacionarse con mayores tasas de trastornos del humor y de abuso de sustancias, como sugiere Bourgeois en su estudio⁽²³⁰⁾.

En la bibliografía se señala la influencia de los factores socioculturales en la clínica, pudiendo aumentar el riesgo de determinadas patologías psiquiátricas como los trastornos del humor y el trastorno por consumo de sustancias, particularmente en contexto de enfermedades médicas y desarraigo cultural⁽⁵²⁾.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ALTA HOSPITALARIA.

En nuestro estudio, la derivación ambulatoria a salud mental, casi la mitad de la muestra, es superior a algunos estudios como el de Hengeveld⁽²⁴¹⁾, cerca del 30%; e inferior a otros como el de Gala, sobre un 74%⁽³³⁾. Un 26,9% de los pacientes precisan control ambulatorio médico y psiquiátrico. Aquellos que son derivados a control médico se relacionan con los que tienen comorbilidad médico-psiquiátrica.

Del subgrupo de pacientes con comorbilidad, más de dos tercios fueron derivados a control por parte de Atención Primaria.

- En el estudio de Alberque y cols⁽¹⁹⁾, en una UMP-Suiza la derivación al alta para la mayoría de los pacientes fue a los servicios psiquiátricos ambulatorios.
- En el estudio reciente realizado en España,⁽¹⁴⁵⁾ las altas voluntarias se mantenían constantes en los últimos tres años representando en torno al 6% del total de altas, de media. Además, al alta, los pacientes son derivados, en el 72,15% de los casos, a Centros de Salud Mental. En nuestro estudio, solo el 3,6% fueron altas voluntarias y casi la mitad de los pacientes fueron derivados a control ambulatorio en Salud Mental.
- Swenson y Mai⁽¹⁶¹⁾, UMP-Canadá, refieren que al alta el 32% de los pacientes recibieron seguimiento médico-psiquiátrico ambulatorio, un 55 % sólo fueron derivados a psiquiatría ambulatoria, pública o privada, y un 13% no recibieron seguimiento psiquiátrico.

– En el estudio de Farragher ⁽²²⁷⁾ que se trata de una unidad con camas que abordan la comorbilidad médico-psiquiátrica, el 45% de los pacientes fueron derivados a tratamiento psiquiátrico ambulatorio, similar a nuestro estudio.

El grupo de pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica tenían mayor número de psicofármacos prescritos al alta, y además este número se incrementaba con respecto a los prescritos al ingreso.

Debido al incremento de complejidad en los diagnósticos, tratamientos, y la demanda por parte de los pacientes de una mejor calidad de cuidados, se están incorporando modelos de atención compartida ~~colaborativa~~ en las unidades de hospitalización de Psiquiatría. En la actualidad, hay escasa bibliografía al respecto ⁽²⁴²⁾, por lo que sería interesante el poder realizar futuros estudios de intervención y de medición del impacto de la instauración de este tipo de modelos de atención en las UHA de Psiquiatría.

Este modelo de atención sería un paso intermedio a las Unidades de Medicina y Psiquiatría propuestas en los Hospitales Americanos y estarían en la línea del nuevo paradigma propuesto por Sharpe y cols. ⁽⁶³⁾ acerca de una Psiquiatría Proactiva e Integrada con Servicios Médicos diseñada para pacientes ingresados con multimorbilidad, en donde también se incluyen pacientes adultos mayores. La información que procede de nuestro estudio puede facilitar la implantación de los mismos en donde se deben precisar los detalles acerca de su implementación, el nivel de competencias de los equipos de profesionales sanitarios (incluyendo enfermería) médicos y psiquiátricos, su apuesta por la proactividad (y detección temprana de complejidad a través de INTERMED como en nuestra experiencia), su nivel de responsabilidad compartida al mismo nivel así como su coste efectividad. ⁽⁶⁵⁾ En este sentido, los estudios de intervención serían el principal desarrollo de investigación que este estudio de documentación de necesidades para pacientes con alta comorbilidad médico-psiquiátrica abre como línea de mejora e innovación clínico-asistencial de las Unidades de Hospitalización de Adultos en Psiquiatría.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

1. Un 11,3% de los pacientes cumple criterios de agudeza y gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica de Kathol para justificar su ingreso en una Unidad mixta de Medicina y Psiquiatría (**UMP**) **tipo III** en el 9,5% de los casos o **tipo IV** en el 2,6%.
2. Entre los pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría, la tasa de realización de **interconsultas** a otros servicios médicos es del 36,5%, y el **perfil sociodemográfico** de la muestra evidencia mayoría de sexo masculino, edad adulta, estudios primarios, solteros y viven solos.
2. Se encontró **comorbilidad médico-psiquiátrica** en un 49% de los pacientes de la muestra. El **diagnóstico psiquiátrico principal** más frecuente fueron los trastornos del espectro de la Esquizofrenia seguido de trastorno del humor; y el **diagnóstico somático** más frecuente fueron enfermedades del sistema nervioso, endocrinas y circulatorio.
3. Con respecto al grupo de pacientes con **comorbilidad médico-psiquiátrica**, se han analizado las siguientes **características indicativas de complejidad como son**: Mayores estancias medias, edad más elevada, asociación con la presencia de antecedentes y tratamiento médicos previos, mayor gravedad de los síntomas psiquiátricos, mayor riesgo de suicidio, pautas de mayor número de psicofármacos, mayor número de solicitud de interconsultas a otros servicios médicos y mayor complejidad diagnóstica, requieren más cuidados médico-quirúrgicos y pruebas diagnósticas y son más subsidiarios de ser trasladados a/desde otras unidades.
5. Este estudio debe tenerse en cuenta para mejorar la detección, abordaje precoz y valoración adecuada de la gravedad de la comorbilidad médico-psiquiátrica. Para los casos más agudos y graves, estaría la incorporación de sistemas de asistencia integral y coordinada, siguiendo el modelo de las Unidades mixtas de Medicina y Psiquiatría (UMP), que no existen en nuestro entorno y cuyo coste efectividad deberá ser analizado

en estudios locales de intervención.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Chronic Dis.* 1970;23:455-68.
2. Lilienfeld SO, Waldman ID, Israel AC. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clin Psychol Sci Pract.* 1994;1:71-103.
3. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol.* 2001;110(4):585-99.
4. World Health Organization. <http://www.euro.who.int/ppt/mnh/Nilson.pdf>.
5. Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):2.
6. Ávila D. ¿Qué es la comorbilidad? *Revista chilena de epilepsia.* 2007;8(1):49-51.
7. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006;2:111-33.
8. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med.* 2009:357-63.
9. Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. *Psychosom Med.* 1967;29(2):153-71.

10. Swenson JR, Mai FM. A Canadian medical-psychiatric inpatient service. *Can J Psychiatry*. 1992;37(5):326-34.
11. Pérez-Echeverría MJ. Correlaciones entre trastornos endocrinológicos, niveles hormonales en sangre, variables de personalidad y alteraciones psicopatológicas. Universidad de Zaragoza: Facultad de Medicina; 1985.
12. Lobo A, Folstein M. Incidencia, prevalencia y detección de morbilidad psíquica en un hospital oncológico. *Folia Neuropsiquiatrica*. 1979;14:270-84.
13. Campos R, Marco C, Lobo A. Psiquiatría psicósomática y de enlace. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de Psiquiatría 2ª ed*. Barcelona: Ars Medica; 2010; 2640-60.
14. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Slaets JPJ, Fink P, et al. Detection and treatment of mental disorders in general health care. *European Psychiatry*. 1997;12, Supplement 2(0):70s-8s.
15. Young LD, Harsch HH. Inpatient unit for combined physical and psychiatric disorders. *Psychosomatics*. 1986;27(1):53-60.
16. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
17. Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics*. 2002;43(1):24-30.
18. Hoffman RS, Koran LM. Detecting physical illness in patients with mental disorders. *Psychosomatics*. 1984;25(9):654-60.

19. Alberque C, Gex-Fabry M, Whitaker-Clinch B, Eytan A. The Five-Year Evolution of a Mixed Psychiatric and Somatic Care Unit: A European Experience. *Psychosomatics*. 2009;50(4):354-61.
20. Goldman LS. Comorbid medical illness in psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep*. 2000;2(3):256-63.
21. Dickey B, Normand SL, Weiss RD, Drake RE, Azeni H. Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2002;53(7):861-7.
22. Harter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Hofler M, Bengel J, et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom*. 2007;76(6):354-60.
23. Zolnierok CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009;65(8):1570-83.
24. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):1964-72.
25. Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, et al. The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics*. 1998;39(4):S8-30.
26. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, et al. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med*. 1999;29(4):823-32.
27. Crespo D, Gil A, Porrás Chavarino A. Prevalence of depressive disorders in consultation-liaison psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001;29(2):75-83.

28. Rothenhausler HB. Mental disorders in general hospital patients. *Psychiatr Danub*. 2006;18(3-4):183-92.
29. Denney D, Quass RM, Rich DC, Thompson JK. Psychiatric patients on medical wards. I. Prevalence of illness and recognition of disorders by staff personnel. *Arch Gen Psychiatry*. 1966;14(5):530-5.
30. Wallen J, Pincus HA, Goldman HH, Marcus SE. Psychiatric consultations in short-term general hospitals. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(2):163-8.
31. Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, Fahs M, Lebovits A, Paddison PL, et al. Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry*. 1991;148(8):1044-9.
32. Clarke DM, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995;29(3):424-32.
33. Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. Italian C-L Group. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21(4):310-7.
34. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General Hospital Psychiatry*. 2001;23(3):124-32.
35. Grant JE, Meller W, Urevig B. Changes in psychiatric consultations over ten years. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(5):261-5.
36. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *General Hospital Psychiatry*. 2002;24(4):249-56.

37. Hernandez G, Gallardo-Zurita P, Sepulveda R, Morales de Setien P. Liaison psychiatry in two public hospitals of Santiago. *Rev Med Chil.* 2004;132(6):725-32.
38. Lobo A. Gestión del Servicio de Psiquiatría. In: Asenjo MA, Bohigas L, Prat A, editors. *Gestión Diaria del Hospital.* 3ª ed. Barcelona: Masson, S.A; 2006; 241-55.
39. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M, Sondergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res.* 2001;50(4):199-204.
40. Feldman E, Mayou R, Hawton K, Ardern M, Smith EB. Psychiatric disorder in medical in-patients. *Q J Med.* 1987;63(241):405-12.
41. Ormel J, Tiemens B. Recognition and treatment of mental illness in primary care: Towards a better understanding of a multifaceted problem. *General Hospital Psychiatry.* 1995;17(3):160.
42. Zimmerman M, Mattia JJ. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry.* 1999;40(3):182-91.
43. Lowe B, Grafe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B, et al. Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosom Med.* 2003;65(5):764-70.
44. Hall RC, Gardner ER, Popkin MK, Lecann AF, Stickney SK. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 1981;138(5):629-35.
45. Koranyi EK. Undiagnosed physical illness in psychiatric patients. *Annu Rev Med.* 1982;33:309-16.

46. Thomas M, Giese AA, Waxmonsky JA. Transitioning to Psychiatric Service Delivery in the Medical Setting. En: Summergrad P & Kathol RG editores. *Integrated Care in Psychiatry: Redefining the Role of Mental Health Professionals in the Medical Setting*. Nueva York: Springer. 2014. pp. 183-196.
47. Wiechers IR, Freudenreich O. The Role of Consultation-Liaison Psychiatrists in Improving Health Care of Patients with Schizophrenia. *Psychosomatics*. 2013;54(1):22-7.
48. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res*. 2006;86(1-3):15-22.
49. Carta MG, Patten S, et al. Mental health and chronic diseases: a challenge to be faced from a new perspective. *International Review of Psychiatry*. 2017;29:5, 373-376.
50. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
51. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2001;110(4):585-99.
52. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
53. Bulbena A, Jáuregui JV, Torrens M, Castillo C. Medición de la enfermedad somática en enfermos psiquiátricos y en toxicómanos. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa PP. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2000;55-60.

54. Quail JM, Lix LM, Osman BA, Teare GF. Comparing comorbidity measures for predicting mortality and hospitalization in three population-based cohorts. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:146.
55. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2003;56(3):221-9.
56. Zelada Rodriguez MA, Gomez-Pavon J, Sorando Fernandez P, Franco Salinas A, Mercedes Guzman L, Baztan JJ. The interrater reliability of four common comorbidity indexes used in elderly patients. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(2):67-70.
57. Harboun M, Ankri J. Comorbidity indexes: review of the literature and application to studies of elderly population. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2001;49(3):287-98.
58. Lobo A, Campos R. The contribution of epidemiology to psychosomatic medicine. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 1997;6(1):40-7.
59. Shepherd M. Epidemiological perspective: psychosomatic medicine. *Int J Epidemiol.* 1978;7(3):201-5.
60. Hosman C. Prevention of Comorbid Mental and Physical Disorders. En: Sartorius N, Holt RIG, Maj M editors. *Comorbidity of Mental and Physical Disorders.* Basel: Karger, 2015. pp 165-177.
61. Rivelli S, Shirey KG. Prevalence of Psychiatric Symptoms/ Syndromes in Medical Settings. En: Summergrad P & Kathol RG editores. *Integrated Care in Psychiatry: Redefining the Role of Mental Health Professionals in the Medical Setting.* Nueva York: Springer. 2014. pp. 5-27.
62. Raney L, Kathol R, Summergrad P. Collaborative Care Models for Comorbid Medical and Behavioral Health Conditions. *FOCUS.* 2013;11: 501-508.

63. Sharpe M, Toynbee M, Walker J. Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry: a new service model for the psychiatric care of general hospital inpatients. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2020; 66: 9-15.
64. Saravay SM, Pollack S, Steinberg MD, Weinschel B, Habert M. Four-year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. *Am J Psychiatry*. 1996;153(3):397-403.
65. Walker J, Burke K, Toynbee M, Van Niekerk M, Frost C, Magill BN et al. The Home Study: study protocol for a randomized controlled trial comparing the addition of proactive psychological medicine to usual care, with usual care alone, on the time spent in hospital by older acute hospital inpatients. *Trials*. 2019; 20: 483.
66. Hoffman RS. Operation of a medical-psychiatric unit in a general hospital setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1984;6(2):93-9.
67. Huyse FJ, Strain JJ, Hammer JS. Psychiatric comorbidity and length of hospital stay. *Am J Psychiatry*. 1988;145(10):1319.
68. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Arch Intern Med*. 1988;148(9):1929-36.
69. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry*. 1990;147(11):1498-503.
70. Fulop G, Strain JJ. Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in medically ill inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(4):389-94.
71. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric Comorbidity and Length of Stay in the General Hospital: A Critical Review of Outcome Studies. *Psychosomatics*. 1994;35(3):233-52.
72. Saravay SM. Psychiatric interventions in the medically ill. Outcome and effectiveness research. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19(3):467-80.

73. Sloan DM, Yokley J, Gottesman H, Schubert DS. A five-year study on the interactive effects of depression and physical illness on psychiatric unit length of stay. *Psychosom Med.* 1999;61(1):21-5.
74. Hosaka T, Aoki T, Watanabe T, Okuyama T, Kurosawa H. Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 1999;53(4):491-5.
75. Beekman ATF, Deeg DJH, Braam AW, Smit JH, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine.* 1997;27(06):1397-409.
76. Cole MG, Bellavance F. Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. *CMAJ.* 1997;157(8):1055-60.
77. Clarke DM. Psychological factors in illness and recovery. *N Z Med J.* 1998;111(1076):410-2.
78. Tennen GB, Rundell JR, Stevens SR. Mortality in medical-surgical inpatients referred for psychiatric consultation. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(4):341-6.
79. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med.* 2002;162(4):457-63.
80. Papaioannou AI, Bartziokas K, Tsikrika S, Karakontaki F, Kastanakis E, Banya W, et al. The impact of depressive symptoms on recovery and outcome of hospitalised COPD exacerbations. *Eur Respir J.* 2012; 41: 815-823.
81. Lobo A, Saz P, Marcos G, Campos R, García-Campayo J, Orozco F, et al. Depressive co-morbidity in medical in-patients at hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up. I. Rational and design of the project *Eur J Psychiat.* 2005;19(3):172-92.

82. Konnopka A, Lobner M, Lippa M, Heider D, Heinrich S, Riedel-Heller S, et al. Psychiatric comorbidity as predictor of costs in back pain patients undergoing disc surgery: a longitudinal observational study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13(1):165.
83. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry*. 1986;149:172-90.
84. Camacho EM, Davies LM, Hann M, Small N, Bower P, Chew-Graham C, Baguely C et al. Long-term clinical and cost-effectiveness of collaborative care (versus usual care) for people with mental-physical multimorbidity: cluster-randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2018;213(2):456-463.
85. Goldberg RJ, Stoudemire A. The future of consultation-liaison psychiatry and medical-psychiatric units in the era of managed care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17(4):268-77.
86. Ormont MA, Weisman HW, Heller SS, Najara JE, Shindlecker RD. The timing of psychiatric consultation requests. Utilization, liaison, and diagnostic considerations. *Psychosomatics*. 1997;38(1):38-44.
87. Bensa Q, Auxéméry Y. Somatic treatments in psychiatry: A descriptive study of laboratory tests and systematic involvement in terms of overall care. *Encephale*. 2016; 43(3):205-211.
88. Stiebel V, Schwartz CE. Physicians at the medicine/psychiatric interface: what do internist/psychiatrists do? *Psychosomatics*. 2001;42(5):377-81.
89. Gask L. The Challenge of Developing Person-Centred Services to Manage Comorbid Mental and Physical Illness. En: Sartorius N, Holt RIG, Maj M editors. *Comorbidity of Mental and Physical Disorders*. Basel: Karger, 2015. pp 157-164.

90. Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders. A Biosocial Model*. Routledge and Kegan Paul. London 1992.
91. Smith G, Clarke D. Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. *Med Clin North Am*. 2006;90(4):533-48.
92. Lattimer C. Working with Integrated Case Managers to Improve Health Outcomes and Reduce High Cost in Patients with Health Complexity. En: Summergrad P & Kathol RG editores. *Integrated Care in Psychiatry: Redefining the Role of Mental Health Professionals in the Medical Setting*. Nueva York: Springer. 2014. pp. 87-102.
93. Kathol RG, Kunkel EJ, Weiner JS, McCarron RM, Worley LL, Yates WR, et al. Psychiatrists for medically complex patients: bringing value at the physical health and mental health/substance-use disorder interface. *Psychosomatics*. 2009;50(2):93-107.
94. De Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin North Am*. 2006;90(4):679-92.
95. Gertler R, Kopec-Schrader EM, Blackwell CJ. Evolution and evaluation of a medical psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17(1):26-31.
96. Lyketsos CG. Psychosomatic medicine: A new psychiatric subspecialty in the U.S. focused on the interface between psychiatry and medicine. *Eur J Psychiat*. 2006;20(3):165-71.
97. Kathol R, Perez R, Cohen JS. Overview of health complexity and the interaction between physical health and mental conditions. En: Zuccarini M, Lee G. *The Integrated case management manual: assisting complex patients regain physical and mental health*. New York: Springer; 2010. p. 10-28.
98. Kathol R, Saravay SM, Lobo A, Ormel J. Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am*. 2006;90(4):549-72.

99. Zuvekas SH, Cohen JW. Prescription drugs and the changing concentration of health care expenditures. *Health Aff.* 2007;26(1):249-57.
100. Kathol RG, McAlpine D, Kishi Y, Spies R, Meller W, Bernhardt T, et al. General medical and pharmacy claims expenditures in users of behavioral health services. *J Gen Intern Med.* 2005;20(2):160-7.
101. Stiefel FC, Huyse FJ. Reflections and perspectives. *Med Clin North Am.* 2006;90(4):759-60.
102. Kathol R, Gatteau S. *Healing Body and Mind: A Critical Issue for Health Care Reform.* Westport: Praeger; 2007.
103. Stiefel F, Zdrojewski C, Bel Hadj F, Boffa D, Dorogi Y, So A, et al. Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2008;77(4):247-56.
104. Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 1999;340(9):669-76.
105. Naughton BJ, Saltzman S, Ramadan F, Chadha N, Priore R, Mylotte JM. A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(1):18-23.
106. Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(2):CD005563.
107. Whitebird RR, Solberg LI, Crain AL, Rossom RC, Beck A, Neely C, Dreskin M, Coleman KJ. Clinician burnout and satisfaction with resources in caring for complex patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017;44:91-95.

108. Schwartz B, Blackmore MA, Wetzler S, Chung H. Psychiatrist's Changing Role in a Reformed Delivery System: Adding Value in Accountable Care Organizations. *Integrated Care En: Summergrad P & Kathol RG editores. Integrated Care in Psychiatry: Redefining the Role of Mental Health Professionals in the Medical Setting.* Nueva York: Springer. 2014. pp. 69-85.
109. Slaets JPJ. Vulnerability in the Elderly: Frailty. *Medical Clinics of North America.* 2006;90(4):593-601.
110. Lyons JS. The complexity of communication in an environment with multiple disciplines and professionals: communimetrics and decision support. *Med Clin North Am.* 2006;90(4):693-701.
111. De Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. Care complexity in the general hospital: results from a European study. *Psychosomatics.* 2001;42(3):204-12.
112. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, de Jonge P, Huyse FJ. Complexity of care and mental illness in medical inpatients. *General Hospital Psychiatry.* 2001;23(6):319-25.
113. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP, de Jonge P, Fink P, et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999;21(1):39-48.
114. Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JP, Lyons JS, et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999;21(1):49-56.
115. Lobo E, Bellido M, Campos R, Saz P, Huyse F, de Jonge P, et al. Primera validación en español del método INTERMED: Un sistema de temprana detección de problemas biopsicosociales y de consumo de servicios en pacientes médico-quirúrgicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace.* 2003; 67-68: 89.

116. Lobo E, Rabanaque MJ, Bellido ML, Lobo A. Reliability of INTERMED Spanish version and applicability in liver transplant patients: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:160.
117. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel F, Slaets J, de Jonge P, Latour C. Operationalizing the biopsychosocial model: the intermed. *Psychosomatics.* 2001;42(1):5-13.
118. De Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC, Slaets JP, Gans RO. INTERMED--a clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics.* 2001;42(2):106-9.
119. Koch N, Stiefel F, de Jonge P, Franssen J, Chamot AM, Gerster JC, et al. Identification of case complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001; 45(3):216-21.
120. De Jonge P, Latour C, Huyse FJ. Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous somatic population. *J Psychosom Res.* 2002;2(1):25-7.
121. De Jonge P, Latour CH, Huyse FJ. Implementing psychiatric interventions on a medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. *Psychosom Med.* 2003;65(6):997-1002.
122. Kishi Y, Meller WH, Kathol RG, Swigart SE. Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. *Psychosomatics.* 2004;45(6):470-6.
123. Latour CH, Huyse FJ, de Vos R, Stalman WA. A method to provide integrated care for complex medically ill patients: the INTERMED. *Nurs Health Sci.* 2007;9(2):150-7.
124. De Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC. Measuring care needs and case-mix by means of the INTERMED. *General Hospital Psychiatry.* 2001;23(1):43-4.

125. De Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Sollner W, Stiefel FC. Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(9):795-9.
126. Huyse FJ, Stiefel FC, de Jonge P. Identifiers, or "red flags," of complexity and need for integrated care. *Med Clin North Am*. 2006 Jul;90(4):703-12.
127. Bulbena A, Pompei S, Ollé L, Coletas J. Medida de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica: hacia el case-mix psiquiátrico. *Arch Neurobiol* 1997;60(2):69-79.
128. McFarland BH, Kovas AE, Haugan SL, Pollack DA, Mahler JM. Validity and reliability of an inpatient severity of psychiatric illness measure. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2005;14(2):102-8.
129. Casas M. Los Grupos Relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson.1991.
130. Bulbena A, Zúñiga A, Martín M, Ballesteros J. Gravedad clínica en psiquiatría. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa PP. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 61-7.
131. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care*. 1980;18(2 Suppl):iii, 1-53.
132. Albarracín A. Sistemas de clasificación de pacientes: los grupos relacionados por el diagnóstico como herramienta de gestión clínica. *Jano*. 2008;1713:49-51.
133. Mozes B, Easterling J, Sheiner LB, Melmon KL, Kline R, Goldman ES, et al. Case-mix adjustment using objective measures of severity: The case for laboratory data. *Health Services Research*. 1994;28:689-712.
134. Arce Obieta JM, Andrés Molinero MA, Sanz Sanz M, Polo Ordoqui M, Villalobos

Martínez-Pontremuli E, Díaz Fernández JL. Asignación de presupuesto, facturación y coste por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). *Todo hospital*. 1996;127:25-36.

135. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Comunidad Autónoma de Aragón, Año 2001.

136. Fornieles Y, Goicoechea JA, Díaz A, Carmona G, Mendoza OJ, Valcárcel MC. Manual de auditoría. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Escuela andaluza de salud pública. Granada; 2009.

137. Ochoa C, Brezmes MF, Eiros JM. Sistemas de clasificación de pacientes Jano. 1998;1276:114-21.

138. Fogel BS, Stoudemire A. Organization and development of combined medical-psychiatric units: Part 2. *Psychosomatics*. 1986;27(6):417-20, 25-8.

139. Freiman MP, Mitchell JB, Rosenbach ML. An analysis of DRG-based reimbursement for psychiatric admissions to general hospitals. *Am J Psychiatry*. 1987;144(5):603-9.

140. Koran LM. Funding consultation-liaison psychiatry via Medicare screening. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992;14(1):7-14.

141. Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, Lowe B. [Elevated costs of treatment in medical inpatients with psychiatric comorbidity are not reflected in the German DRG-system]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2007;57(2):70-5.

142. Lyons JS, Colletta J, Devens M, Finkel SI. Validity of the Severity of Psychiatric Illness Rating Scale in a Sample of Inpatients on a Psychogeriatric Unit. *International Psychogeriatrics*. 1995;7(03):407-16.

143. Bulbena A, Jáuregui JV, Zabalo MJ. Índice Acumulativo de Enfermedad. Adaptación

castellana del del Cumulative Illness Rating Scale en población psicogerítrica. *Rev Gerontol.* 1996;6:313-8.

144. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc.* 1968 May;16(5):622-6.

145. Campos R. Las unidades de hospitalización de adultos: por un futuro más brillante. En: Cuevas J. Hospitalización psiquiátrica breve: manual clínico. Ed. med. Panamericana; 2019. p. 9-12.

146. Huang H, Meller W, Kishi Y, Kathol RG. What is integrated care?. *Int Rev Psychiatry.* 2014;26(6):620-8.

147. Muskin PR, Skomorowsky A, Shah RN. Co-managed Care for Medical Inpatients, C-L vs C/L Psychiatry. *Psychosomatics.* 2016;57(3):258-63.

148. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, Chisholm D, Collins PY, Docrat S et al. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(2):174-186.

149. Pudalov LR, Swogger MT, Wittink M. Towards integrated medical and mental healthcare in the inpatient setting: what is the role of psychology? *International Review of Psychiatry.* 2019;30(6):1-14

150. Everett A, Benjamin HL. Integration of behavioural and medical care: what was old is new again. *Int Rev Psychiatry.* 2014;26(6):617-9.

151. Damian J, Gallo J. Models of care for populations with chronic conditions and mental/behavioral health comorbidity. *International Review of Psychiatry.* 2019 ;30(6):157-169.

152. Joo JH, Platt R. The promise and challenges of integrating mental and physical health. *International Review of Psychiatry.* 2018;30:6,155-156.

153. Azrin S, Chambers DA, Sung-En Wang P. Access to and Engagement in Evidence-Based Integrated Care. *Integrated Care in Psychiatry*. En: Summergrad P & Kathol RG editores. *Integrated Care in Psychiatry: Redefining the Role of Mental Health Professionals in the Medical Setting*. Nueva York: Springer. 2014. pp. 29-53.
154. Coventry P, Lovell K, Dickens C, Bower P, Chew-Graham C, McElvenny D et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ*. 2015;16;350:h638.
155. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;169(8):790-804.
156. Coleman KJ, Magnan S, Neely C, Solberg L, Beck A, Trevis J et al. The COMPASS initiative: description of a nationwide collaborative approach to the care of patients with depression and diabetes and/or cardiovascular disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;44:69-76.
157. Chwastiak L, Vanderlip E, Katon W. Treating complexity: collaborative care for multiple chronic conditions. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(6):638-47.
158. Huffman JC, Niazi SK, Rundell JR, Sharpe M, Katon WJ. Essential articles on collaborative care models for the treatment of psychiatric disorders in medical settings: a publication by the academy of psychosomatic medicine research and evidence-based practice committee. *Psychosomatics*. 2014 Mar-Apr;55(2):109-22.
159. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, Allan S, Caneo C, Carney R, Carvalho AF, Chatterton ML, Correll CU. *The Lancet Psychiatry*

Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(8):675-712.

160. Goodman B. Combined psychiatric-medical inpatient units: The Mount Sinai model. *Psychosomatics*. 1985;26(3):179-89.

161. Swenson JR, Mai FM. A Canadian medical-psychiatric inpatient service. *Can J Psychiatry*. 1992;37(5):326-34.

162. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, Shakespeare A, Cowart T. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics*. 1992;33(4):376-86.

163. Kathol RG, Clarke D. Rethinking the place of the psyche in health: toward the integration of health care systems. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(9):816-25.

164. Bruns W, Stoudemire A. Development of a medical-psychiatric program within the private sector. Potential problems and strategies for their resolution. *Gen Hosp Psychiatry*. 1990;12(3):137-47.

165. Wulsin LR, Sollner W, Pincus HA. Models of integrated care. *Med Clin North Am*. 2006;0(4):647-77.

166. Denes D, Gohier B, Richard-Devantoy S, Marie PL, Allano R, Roquelaure Y et al. Medical-psychiatric units: shared care in mental health. *Sante Publique*. 2011;23 Suppl 6:S167-74.

167. Honig A, Visser I, Heller H, Kieviet N, Boenink AD. A medical-psychiatric unit in a general hospital: effective combined somatic and psychiatric care? *Ned Tijdschr Geneesk*. 2014;158(5):A6520.

168. Eytan A, Bovet L, Gex-Fabry M, Alberque C, Ferrero F. Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur Psychiatry*. 2004;9(8):499-501.
169. Markoff RA, Yano BS, Hsu J, Wright DH. The mixed medical-psychiatric unit: an alternative approach to inpatient psychiatric care. *Hosp Community Psychiatry*. 1981 ;32(8):561-4.
170. Leue C, Driessen G, Strik JJ, Drukker M, Stockbrügger RW, Kuijpers PM, Masclee AA, van Os J. Managing complex patients on a medical psychiatric unit: an observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention. *J Psychosom Res*. 2010;68(3):295-302.
171. Young LD, Harsch HH. Length of stay on a psychiatry-medicine unit. *Gen Hosp Psychiatry*. 1989 Jan;11(1):31-5.
172. Jansen L, Hunnik F, Busschbach JJV, Lijmer JG. Measuring outcomes on a Medical Psychiatric Unit: HoNOS, CANSAS and costs. *Psychiatry Res*. 2019 ;280:112526
173. Stoudemire A, Fogel BS. Organization and development of combined medical-psychiatric units: Part 1. *Psychosomatics*. 1986;27(5):341-5.
174. Molnar G, Fava GA, Zielezny MA. Medical-psychiatric unit patients compared with patients in two other services. *Psychosomatics*. 1985;26(3):193-5, 9-200, 8-9.
175. Morgan CD, Kremer E, Gaylor M. The behavioral medicine unit: a new facility. *Compr Psychiatry*. 1979;20(1):79-89.
176. Shemo JP, Withersty DJ, Spradlin WW, Waldman RH. Psychiatry as an internal medicine subspecialty: an educational model. *J Med Educ*. 1980;55(4):354-61.
177. Fava GA, Wise TN, Molnar G, Zielezny M. The medical-psychiatric unit: a novel

psychosomatic approach. *Psychother Psychosom.* 1985;43(4):194-201.

178. Harsch HH, LeCann AF, Ciaccio S. Treatment in combined medical psychiatry units: an integrative model. *Psychosomatics.* 1989;30(3):312-7.

179. Fogel BS, Stoudemire A, Houpt JL. Contrasting models for combined medical and psychiatric inpatient treatment. *Am J Psychiatry.* 1985;142(9):1085-9.

180. Fogel BS. A psychiatric unit becomes a psychiatric-medical unit: administrative and clinical implications. *Gen Hosp Psychiatry.* 1985;7(1):26-35.

181. Stoudemire A, Brown JT, McLeod M, Stewart B, Houpt JL. The combined medical specialties unit: an innovative approach to patient care. *N C Med J.* 1983;44(6):365-7.

182. Nomura S, Shigemura J, Nakamura M, Hosaka T, Berger D, Takahashi Y. Evaluation of the first Medical Psychiatry Unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1996;50(6):305-8.

183. Buckley P, Freyne A, Walshe N. The medical-psychiatry unit. A pilot study of conjoint care within an Irish general hospital. *Psychosomatics.* 1994;35(6):515-9.

184. Fava GA. Medical-psychiatric service. *Psychother Psychosom.* 1987;48(1-4):96-100.

185. Oldenburg B, O'Neil A, Cocker F. A Public Health Perspectives on the Co-Occurrence of Non-Communicable Diseases and Common Mental Disorders. En: Sartorius N, Holt RIG, Maj M editors. *Comorbidity of Mental and Physical Disorders.* Basel: Karger, 2015. pp 15-22.

186. Kishi Y, Kathol RG. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics.* 1999;40(4):345-55.

187. Chandler JD, Gerndt JE. The role of the medical evaluation in psychiatric inpatients. *Psychosomatics.* 1988;29(4):410-6.

188. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, Shakespeare A, Cowart T. Quality assurance in a setting designed to care for patients with combined medical and psychiatric disease. *Psychosomatics*. 1992;33(4):387-96.
189. Kathol RG, Stoudemire A. A strategic integration of inpatient and outpatient medical-psychiatry services. In: Rundell JR, Wise MR, editors. *The text book of consultation-liaison psuchiary*. 2ª ed. Washington, DC: APPPI Press; 2002. p. 995-1014.
190. Harsch HH, Koran LM, Young LD. A profile of academic medical-psychiatric units. *Gen Hosp Psychiatry*. 1991;13(5):291-5.
191. Kathol RG, Krummel S, Shakespeare A. Psychiatry and internal medicine resident education in an acute care medical-psychiatry unit. *Gen Hosp Psychiatry*. 1989;11(1):23-30.
192. Hall RC, Kathol RG. Developing a level III/IV medical/psychiatry unit. Establishing a basis, design of the unit, and physician responsibility. *Psychosomatics*. 1992;33(4):368-75.
193. Stoudemire A. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. *Psychosomatics*. 2000;41(4):366-9.
194. Fogel BS. Med-psych units. Financial viability and quality assurance. *Gen Hosp Psychiatry*. 1989;11(1):17-22.
195. Fulop G, Strain JJ, Fahs MC, Hammer JS, Lyons JS. Medical disorders associated with psychiatric comorbidity and prolonged hospital stay. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40(1):80-2.
196. Kathol RG. Cost outcomes on a medical psychiatry unit. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;68(3):293-4.

197. Kathol R, Perez R, Cohen JS. Cross-disciplinary training for integrates case managers. *The Integrated case management manual: assisting complex patients regain physical and mental health*. New York: Springer.2010;59-73.
198. Institute of Medicine, (US). *Improving the quality of health care for mental and substance-use-conditions*. Quality Chasm Series. Washington (DC): National Academies Press; 2006.
199. Kathol RG. Medical psychiatry units: the wave of the future. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994;16(1):1-3.
200. Wise TN. Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(2):196-200.
201. Yeung A, Kung WW, Chung H, Rubenstein G, Roffi P, Mischoulon D, et al. Integrating psychiatry and primary care improves acceptability to mental health services among Chinese Americans. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):256-60.
202. Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, Simon G, Ludman E, Russo J, et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(10):1042-9.
203. Mayou R, Huyse F. Consultation-liaison psychiatry in western Europe. The European Consultation-Liaison Workgroup. *Gen Hosp Psychiatry*. 1991 May;13(3):188-208.
204. Huyse FJ. Consultation-liaison psychiatry: Does it help to get organized? *General Hospital Psychiatry*. 1991;13(3):183-7.
205. Cortina MT. Comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes ingresados en el hospital general y atendidos en una unidad de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace. Frecuencia, perfil de gravedad y necesidades asistenciales [tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza: Facultad de Medicina; 2013.

206. Gobierno de Aragón. Mapa sanitario de Aragón. Sector Zaragoza III.
207. OMS. La clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, Ginebra; 1992.
208. OMS. La clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación. OMS, Ginebra; 1993.
209. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosarios y criterios diagnósticos de investigación. CIE-10: CDI-10. Editorial Médica Panamericana SA, editor. Madrid 2000.
210. Mezzich JE, Ruippérez MA. Clasificaciones actuales en psicopatología y salud mental. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría I. Reimpresión 1ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2008. p. 639-48.
211. Rosenthal GE, Halloran EJ, Kiley M, Pinkley C, Landefeld CS. Development and validation of the Nursing Severity Index. A new method for measuring severity of illness using nursing diagnoses. Nurses of University Hospitals of Cleveland. Med Care. 1992 ;30(12):1127-41.
212. Conwell Y, Forbes NT, Cox C, Caine ED. Validation of a measure of physical illness burden at autopsy: the Cumulative Illness Rating Scale. J Am Geriatr Soc 1993;41(1):38-41.
213. Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J Am Geriatr Soc. 1995;43(2):130-7.
214. Nagaratnam N, Gayagay G, Jr. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in hospitalized nonagenarians. Arch Gerontol Geriatr. 2007;44(1):29-36.
215. Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, et al. A manual of

guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(10):1926-31.

216. Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res.* 1992;41(3):237-48.

217. Rochon PA, Katz JN, Morrow LA, McGlinchey-Berroth R, Ahlquist MM, Sarkarati M, et al. Comorbid illness is associated with survival and length of hospital stay in patients with chronic disability. A prospective comparison of three comorbidity indices. *Med Care.* 1996;34(11):1093-101.

218. Extermann M, Overcash J, Lyman GH, Parr J, Balducci L. Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. *J Clin Oncol.* 1998 ;16(4):1582-7.

219. Abizanda Soler P, Paterna Mellinas G, Martinez Sanchez E, Lopez Jimenez E. Comorbidity in the elderly: utility and validity of assessment tools. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(4):219-28.

220. Castillo C, Bulbena A, Serras E, Torrens M, Lopez-Colomes JL, Martinez MA, et al. Medical assessment in drug addicts: reliability and validity of the Cumulative Illness Rating Scale (Substance Abuse version). *Eur Addict Res.* 2004;10(3):112-7.

221. Holcomb EM, Millis SR, Hanks RA. Comorbid Disease in Persons With Traumatic Brain Injury: Descriptive Findings Using the Modified Cumulative Illness Rating Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2012;93(8):1338-42.

222. Fortin M, Steenbakkens K, Hudon C, Poitras ME, Almirall J, van den Akker M. The electronic Cumulative Illness Rating Scale: a reliable and valid tool to assess multi-morbidity in primary care. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(6):1089-93.

223. Lyons JS. "PSYMON, An Outcomes Management/Decision Support System for Acute Psychiatric Services". Mental Health Services and Policy Program Department of Psychiatry & Behavioral Sciences. Northwestern University Medical School; 1994.
224. Lyons JS, Stutesman J, Neme J, Vessey JT, O'Mahoney MT, Camper HJ. Predicting psychiatric emergency admissions and hospital outcome. *Med Care*. 1997;35(8):792-800.
225. Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *Am J Psychiatry*. 1997;154(3):337-40.
226. Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Ímaz ML, Navinés R, et al. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *The European Journal of Psychiatry*. 2006;20:147-56.
227. Farragher B, Walsh N. Joint care admissions to a psychiatric unit: a prospective analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20(2):73-7.
228. Valdes M, de Pablo J, Campos R, Farre JM, Giron M, Lozano M, et al. Multinational European project and multicenter Spanish study of quality improvement of assistance on consultation-liaison psychiatry in general hospital: clinical profile in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2000;115(18):690-4.
229. Herzog T, Huyse FJ, Malt UF, Cardoso G, Creed F, Lobo A, et al. Quality Assurance (QA) in Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics. Development and Implementation of an European QA System. In: Baert AE, editor. *European Union biomedical and health research The BIOMED 1 Program* Amsterdam: IOS Press; 1995. p. 525-6.
230. Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE. Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics*. 2005;46(1):47-57.

231. Hanna SJ, Woolley R, Brown L, Kesavan S. The coming of age of a joint elderly medicine–psychiatric ward: 18 years’ experience. *International Journal of Clinical Practice*. 2008;62(1):148-51.
232. Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A, ECLW. The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) collaborative study: I. General outline. *General Hospital Psychiatry*. 1996;18(1):44-55.
233. Munshi T, Patel A, Mazhar MN, Hassan T, Siddiqui EU. Frequency of metabolic syndrome in psychiatric patients, is this the time to develop a standardized protocol to reduce the morbidity from an acute care psychiatry unit. *J Pak Med Assoc*. 2015;65(1):54-8.
234. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv*. 1996;47(12):1356-63.
235. Kuhn WF, Bell RA, Frierson RL, Lippmann SB. Consultative psychiatry in both private and public general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8(4):236-40.
236. Douzenis A, Seretis D, Nika S, Nikolaidou P, Papadopoulou A, Rizos EN, et al. Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):166.
237. Dvoredsky AE, Cooley HW. Comparative severity of illness in patients with combined medical and psychiatric diagnoses. *Psychosomatics*. 1986;27(9):625-30.
238. Bressi S, Marcus S, Solomon P. The Impact of Psychiatric Comorbidity on General Hospital Length of Stay. *Psychiatric Quarterly*. 2006;77(3):203-9.
239. Arbabi M, Laghayeepoor R, Golestan B, Mahdanian A, Nejatisafa A, Tavakkoli A, et al. Diagnoses, requests and timing of 503 psychiatric consultations in two general hospitals. *Acta Med Iran*. 2012;50(1):53-60.

240. Lobo E, De Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Rabanaque MJ, Lobo A. Early detection of pneumology inpatients at risk of extended hospital stay and need for psychosocial treatment. *Psychosom Med.* 2007;69(1):99-105.
241. Hengeveld MW, Rooymans HG, Vecht-van den Bergh R. Psychiatric consultations in a Dutch university hospital: a report on 1814 referrals, compared with a literature review. *Gen Hosp Psychiatry.* 1984;6(4):271-9.
242. Montero E. Asistencia compartida (comanagement). *Rev Clin Esp.* 2016;216(1):27---33.

8. ANEXO

ANEXO

MANUAL DE PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE LA ESCALA DE GRAVEDAD DE
LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA (GEP)

GRAVEDAD de la ENFERMEDAD PSIQUIATRICA
Sistema de evaluación del caso - mix para pacientes psiquiátricos ingresados

J. S. Lyons Ph.D. 1991©

Adaptación castellana de A. Bulbena & S. Pompei
Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías Hospital del Mar Barcelona
Unidad Docente Municipal, Universidad Autónoma Barcelona

noviembre 1995

INTRODUCCION

Los sistemas de "case-mix" utilizados en la evaluación de las salas psiquiátricas hospitalarias se han basado generalmente en las formulaciones diagnósticas. Sin embargo, hay pocos datos que indiquen que el diagnóstico esté relacionado con la utilización real de los servicios y de hecho, la decisión de ingresar a un paciente puede ser relativamente independiente del diagnóstico psiquiátrico. Así, la depresión mayor no es necesariamente la que requiere ingreso, pero en cambio sí puede ser indicación de hospitalización el riesgo de suicidio o la incapacidad de la persona para cuidar de sí misma. Del mismo modo, no es la esquizofrenia per se la que indica la necesidad de hospitalización, sino más bien el peligro potencial para sí mismo o para los otros, (lo cual a veces es un síntoma de la esquizofrenia) pueden ser los determinantes de la decisión del ingreso.

El Sistema de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica se ha elaborado considerando las bases de la decisión clínica de indicación y necesidad del tratamiento en régimen de ingreso de un paciente. Las tres razones más características son: el peligro para sí mismo, el peligro para los demás, y que tenga graves problemas para cuidar de sí mismo. Sin embargo, en la práctica hay otros factores que intervienen. Así, la colaboración en el tratamiento ambulatorio, las complicaciones médicas y sociales, la gravedad de los síntomas, y los niveles premórbidos de adaptación, intervienen sin duda en la decisión de ingresar a un paciente psiquiátrico. El Sistema de Severidad de la Enfermedad Psiquiátrica se ha desarrollado sobre las siguientes dimensiones:

Razones para el ingreso:

- Riesgo potencial de suicidio
- Peligro para los demás
- Gravedad de la enfermedad psiquiátrica

Capacidad actual de cuidar de sí mismo

Complicaciones respecto a la enfermedad psiquiátrica

- De tipo médico
- Abuso de sustancias
- Sociales
 - Dificultades laborales
 - Dificultades familiares
 - Inestabilidad de vivienda

Complicaciones del tratamiento psiquiátrico

- Oposición al tratamiento
- Implicación familiar
- Grado premórbido de disfunción

A continuación se incluye un manual de puntuación para el Sistema de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica. Cada una de las diez dimensiones tiene una relación conocida con la indicación de ingreso y se ha construido siguiendo un sistema de cuatro niveles que permiten puntuar a cada paciente. Este método se puede utilizar de manera eficaz y eficiente para valorar a todo tipo de pacientes psiquiátricos tratados en régimen de ingreso, incluyendo adolescentes y adultos. Para ello se requiere un adiestramiento adecuado, así como establecer y mantener un grado suficiente de fiabilidad. Los evaluadores no requieren tener alta especialización o grado curricular, pero es necesario que tengan cierta experiencia en el trato con personas con trastorno mental.

GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD PSIQUIATRICA
DEFINICION DE LOS NIVELES DE PUNTUACION

Motivos de ingreso

Riesgo potencial de Suicidio

Nivel Definición

- 0 Se da este valor a un sujeto que: (a) en la actualidad no tenga ideas de suicidio, (b) no haya tenido intentos de suicidio recientes (es decir durante los últimos 30 días), (c) no tenga historia anterior conocida de ideas de suicidio ni de intentos de suicidio.
- 1 Este valor se da a un sujeto que: (a) en la actualidad no tenga ideas de suicidio, (b) no haya tenido intentos de suicidio recientes (esto es durante los últimos 30 días), (c) si tenga historia anterior conocida de ideas de suicidio o intentos de suicidio. También se incluyen aquí las ideas pasivas de muerte.
- 2 Este valor se da a un sujeto cuando: (a) exista evidencia de que tiene ideas de suicidio en la actualidad o bien de que le preocupe el tema: incluyendo el hecho de que hable de la muerte o de que amenace con matarse, (b) no haya intentos recientes de suicidio (esto es durante los últimos 30 días).
- 3 Este valor se da a un sujeto que haya tenido un intento reciente de suicidio (esto es durante los últimos 30 días) sea cual sea el potencial letal del intento.

Peligrosidad para los demás

Nivel Definición (se incluyen los 30 días previos al ingreso)

- 0 Este valor se da a un sujeto que: (a) no haya manifestado en la actualidad ninguna agresividad física hacia otras personas u objetos, (b) no haya manifestado en la actualidad ninguna agresividad a nivel verbal, (c) no tenga historia anterior conocida de actos agresivos hacia otras personas u objetos.
- 1 Valor otorgado a un sujeto que (a) no haya manifestado en la actualidad ninguna agresividad física, pero que o bien (b) haya manifestado agresividad verbal en la actualidad (pero no de tipo homicida), o bien (c) que si tenga una historia anterior conocida de agresiones hacia otras personas o hacia objetos. Conducir en estado de intoxicación entraría en este nivel. Irían también aquí las amenazas de denuncias.
- 2 Valor otorgado a un sujeto que actualmente muestra agresividad física hacia otras personas u objetos, independientemente de la agresividad verbal, pero todo ello sin que haya riesgo de lesión grave (hospitalización) o de muerte.
- 3 Valor otorgado a un sujeto que actualmente muestra agresividad física hacia otras personas hasta el punto de que exista el riesgo de causarles lesiones graves o la muerte, o bien un sujeto que exprese amenazas de tipo homicida o ideas homicidas. Las alucinaciones que ordenan matar o herir a alguien serían también codificadas aquí.

Gravedad de los Síntomas Psiquiátricos

Nivel Definición

- 0 Este nivel se otorga a un sujeto cuyos síntomas psiquiátricos positivos están actualmente en remisión. No se valoran aquí déficits residuales en el funcionamiento social o laboral, sino sólo síntomas de una exacerbación activa de la enfermedad mental.
- 1 Este nivel se otorga a un sujeto con leves síntomas psiquiátricos positivos. Esta evaluación debería ser específica para cada síndrome, de modo que los síntomas deben valorarse en función de las expectativas de evolución de la enfermedad. Así, se podrían considerar síntomas leves de la esquizofrenia algún tipo de idea delirante si la persona es capaz de diferenciar este pensamiento de la realidad. Se podrían incluir como síntomas leves de depresión el ánimo disfórico o alteraciones del sueño.
- 2 Este nivel se otorga a un sujeto con un nivel moderado de síntomas psiquiátricos positivos según se espera por su diagnóstico. Una vez más estas valoraciones deben hacerse dentro del contexto diagnóstico de cada paciente.
- 3 Este nivel se otorga a un sujeto con un nivel muy alto de síntomas psiquiátricos positivos de acuerdo con su diagnóstico. Se utilizaría este valor cuando una persona está en un grado extremo de su enfermedad y sólo si éste es consistente con la sintomatología psiquiátrica más grave. Ejemplos de ello sería un individuo con esquizofrenia que se halla en un estado delirante intenso o una persona con depresión que se halla en un estado de estupor o de agitación muy alto.

Capacidad actual de Autocuidado

Nivel Definición

- 0 Valor otorgado a un sujeto completamente capaz de satisfacer sus necesidades básicas incluyendo todas las actividades que se refieren a su vida diaria: cocinar, limpiar, higiene personal, administración del dinero, etc.
- 1 Valor otorgado a un sujeto con un grado leve o moderado de disfunción para atenderse a sí mismo, lo que incluye aspectos como una higiene deficiente o dificultades para administrar su dinero. A pesar de que estas dificultades afectan el funcionamiento de esta persona, no representan una amenaza significativa a largo plazo.
- 2 Valor otorgado a un sujeto que tiene una limitación extrema en una área concreta de su atención personal o limitaciones de moderadas a severas en más de una área. Esta dificultad para atenderse a sí mismo no representa una amenaza inmediata, pero puede llegar a crearle problemas importantes a largo plazo si no se le supervisa con cierta regularidad.
- 3 Valor otorgado a un sujeto cuya capacidad para autoatenderse está tan disminuida que ello representa un riesgo inmediato para sí mismo. Las personas que entran en esta categoría requieren de una supervisión de 24 horas al día con el fin de evitar cualquier riesgo.

Complicaciones enfermedad psiquiátrica

Problemas Médicos

Nivel Definición

- 0 Valor otorgado a un sujeto sin problemas médicos notables. Un problema médico leve, que no requiere tratamiento, y que no afecta el estado psiquiátrico de la persona será incluido aquí.
- 1 Valor otorgado a un sujeto con problemas médicos que pueden ser de intensidad ligera hasta moderada que requieren tratamiento, pero que son relativamente independientes de la enfermedad psíquica (Ej: artritis, hipertensión, diabetes).
- 2 Valor otorgado a un sujeto con un problema médico de intensidad moderada o grave, que requiere tratamiento y que además interactúa o exacerba la enfermedad psiquiátrica. (Ej: accidente vascular cerebral y depresión).
- 3 Valor otorgado a un sujeto con un trastorno médico de gravedad que puede amenazar su vida y que repercute significativamente en el manejo del caso en el ingreso.

Problemas de Toxicomanías y Abuso de Sustancias (no incluye tabaco)

Nivel Definición

- 0 Este valor se da en caso de que el individuo no esté abusando de forma notable de ninguna clase de sustancias o cuando no tenga dificultades de dependencia en el momento presente. Si la persona está en fase de recuperación desde hace más de un año también será codificada aquí.
- 1 Este valor se da a un sujeto con problemas en cuanto al uso de sustancias de carácter leve hasta moderado y que podrían a veces causar problemas en la vida de la persona (intoxicaciones ocasionales, pérdida de dinero, bajo rendimiento laboral o escolar). Este valor se utilizaría en caso de que la persona estuviese en fase de recuperación desde tiempo reciente (menos de un año), pero que actualmente todavía mantuviese la abstinencia.
- 2 Este valor se da a un sujeto con problemas moderados o graves de abuso de sustancias, que requieren tratamiento y que también interactúan y exacerban la enfermedad psiquiátrica. Aquí estaría codificada una persona con un problema de abuso de sustancias que interfiriese de forma consistente su rendimiento óptimo, pero que no impide un cierto funcionamiento.
- 3 Este valor se da a un sujeto con una dependencia extrema de sustancias lo cual representa una grave complicación para el control del paciente en régimen de ingreso hospitalario (necesidad de desintoxicación, abuso de sustancias en la unidad hospitalaria).

Problemas Sociales: Trabajo, Familia y Residencia

Trabajo (si no es ama de casa)

Nivel Definición

- 0 Valor que se da a un sujeto sin dificultades laborales significativas que trabaja y no se halla en riesgo de perder su trabajo por problemas relacionados con su rendimiento.
- 1 Nivel otorgado a un sujeto con dificultades laborales leves, como retrasos, absentismo, disminución reciente de productividad o conflictos con superiores o compañeros. Las personas obligadas a ser visitadas psiquiátricamente se incluyen en esta categoría. El subempleo crónico también se incluye aquí. (por ejemplo, una persona bien preparada profesionalmente que sólo encuentre trabajo en tareas muy elementales).
- 2 Nivel otorgado a un sujeto con situación de desempleo temporal. La persona debe tener historia de empleo (aunque sea a nivel de subempleo). Si su trastorno mental remitiera o estuviera controlado, esta persona podría trabajar.
- 3 Nivel otorgado a un sujeto con situación de desempleo crónico, definido por tres o más años sin trabajo. Este sujeto necesitaría rehabilitación o reeducación para lograr un nivel suficiente de capacitación para ser contratado.

Trabajo (si es ama de casa)

Nivel Definición

- 0 Valor que se da a una ama de casa que desarrolla sin dificultades sus actividades cotidianas.
- 1 Persona que presenta dificultades leves o parciales para desarrollar tareas del hogar. Por ej., sigue preparando la comida aunque sin motivación, pero que no consigue realizar las otras actividades con el mismo cuidado que antes.
- 2 Nivel otorgado a una persona con dificultades moderadas o intensas para ejercer sus actividades del hogar. Con frecuencia necesita que otros le ayuden, y puede incluso presentar incapacidad total transitoria durante el período más agudo de su trastorno (ej. no consigue cocinar, limpiar o ir de compras...). Si su problema mental remitiera o estuviera controlado, podría volver a desarrollar sus actividades previas. Requiere ayuda parcial.
- 3 Valor otorgado a una persona que crónicamente (un año) es incapaz de ejecutar cualquier tarea que anteriormente estaba acostumbrada a realizar en el hogar. Para poder volver a lograr algún nivel de actividad necesitaría ayuda y/o supervisión constantes. Requiere ayuda total.

Problemática Familiar

Nivel Definición

- 0 Valor que se da a un sujeto que mantiene buenas relaciones con la familia y las personas significativas. Si está o ha estado casado/a o tiene hijos, ésta sería la familia inmediata; en otro caso, se puntuaría la familia de origen.
- 1 Nivel otorgado a un sujeto con problemas familiares leves. Esto incluiría negligencias acerca de responsabilidades familiares y/o cierto aumento de conflictos o peleas.

- 2 Nivel otorgado a un sujeto con problemas familiares de grado moderado como peleas que terminan en separación física (ej. irse de la casa) durante períodos de tiempo superior a 24 horas, o bien tener mantener contactos mínimos o inexistentes con los otros miembros de la familia.
- 3 Nivel otorgado a un sujeto con una grave conflictiva familiar como ejemplo violencia familiar abierta o amenazas de violencia.

Inestabilidad de Residencia

Nivel Definición

- 0 Valor que se da a un sujeto con domicilio estable y con capacidad de mantener una vida independiente.
- 1 Nivel otorgado a un sujeto con domicilio estable pero que probablemente no sería capaz de mantener una vida independiente en el caso de que los individuos que viven actualmente con él/ ella no quieran o no puedan seguir viviendo con el paciente. Puntúan aquí aquellos que tienen dependencia económica total, aún con domicilio estable.
- 2 Nivel otorgado a un sujeto con domicilio inestable, como por ejemplo por traslados recientes por desalojo o deshaucio o problemas con la familia o el dueño de la casa.
- 3 Nivel otorgado a un sujeto sin domicilio o que ha estado sin domicilio durante el mes previo. Sin domicilio implica aquí vivir en la calle o en hogares públicos.

Complicaciones respecto al tratamiento

Oposición al tratamiento

Nivel Definición

- 0 Este nivel se otorga a aquel sujeto que está interesado en recibir tratamiento psiquiátrico y que participa activamente en esta asistencia.
- 1 Este nivel se otorga a aquel sujeto que muestra alguna ambivalencia de cara al tratamiento psiquiátrico. Es posible que a veces participe activamente y otras veces abandone o ponga resistencias al tratamiento. No se puntuarán con 1 o más de 1 las simples precauciones ante la fuga, a no ser que se basen en otras evidencias de resistencia.
- 2 Este valor se otorga a un sujeto que muestre una marcada resistencia al tratamiento. No se involucra activamente en el tratamiento y expresa poco interés en participar en el mismo. Sin embargo la resistencia es pasiva y no activa.
- 3 Este valor se otorga a un sujeto que se resiste activamente a recibir tratamiento psiquiátrico.

Implicación familiar

Nivel Definición

- 0 Este valor sería indicativo de un paciente que tiene miembros de su familia activamente implicados en su tratamiento (algo más que un papel de soporte). Por ejemplo, que se haya hecho terapia de familia o de pareja durante el mes anterior a la hospitalización o bien durante el tiempo de hospitalización.
- 1 Este nivel sería indicativo de un paciente cuya familia está activamente involucrada con los planteamientos terapéuticos. Esto incluiría implicarse en la planificación del alta o también las diferentes opciones de tratamiento. Ej. familia que acude a visitar el paciente y al médico y/o equipo terapéutico con interés activo por el ingreso, tratamiento y alta. También se incluirían aquellas situaciones en las que el paciente haya estado en tratamiento con otros miembros de su familia durante el año anterior a la hospitalización (pero no durante el pasado mes), así como en tratamientos de soporte familiar o implicación psicoeducacional.
- 2 Este nivel sería indicativo de un paciente que es visitado por uno o más miembros de la familia durante su hospitalización. Es un tipo de contacto a nivel social y ningún miembro de la familia está implicado en el tratamiento o en su planificación.
- 3 Este nivel sería indicativo de un paciente sin familia o bien que no tenga contacto con su familia. Familia se refiere aquí tanto a la de origen como a la nuclear.

Grado de Disfunción premórbido

Nivel Definición

- 0 Este nivel se otorga a un sujeto que durante el año anterior a la hospitalización no mostró ninguna evidencia de disfunción, hasta el episodio actual.
- 1 Este nivel se otorga a un sujeto que durante el año anterior a la hospitalización mostró cierta evidencia de disfunción, como problemas en el trabajo y/o en casa.
- 2 Este nivel se otorga a un sujeto con un grado de disfunción significativo durante el año anterior a su ingreso. Este periodo puede estar asociado con tratamiento ambulatorio, hospital de día o tratamiento de rehabilitación. Durante este periodo también pueden haber aparecido problemas graves en el hogar o en el rendimiento laboral.
- 3 Este nivel se otorga a un sujeto con un grado extremo de disfunción durante el año anterior a su hospitalización. Este periodo puede estar asociado a uno o más ingresos psiquiátricos o bien han existido déficits graves en el hogar y/o en el rendimiento laboral.

