



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Complejidad asistencial en la comorbilidad médico-psiquiátrica: traslados
bidireccionales entre Psiquiatría y otros servicios hospitalarios



Care Complexity in Medical-Psychiatric Comorbidity: Bidirectional
Transfers between Psychiatry and Other Hospital Wards

Autor/es

Mariana Presa Gutiérrez

Director/es

Ricardo Campos Ródenas
Amelia Campos Sáenz de
Santa María

Grado en Medicina

FACULTAD DE MEDICINA
2025

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
Abreviaturas	5
1. Introducción.....	6
1.1. Comorbilidad y complejidad: definición y relevancia	7
1.2. La psiquiatría de enlace como respuesta	8
1.3. El impacto de la comorbilidad médica y psiquiátrica	9
1.4. Unidad de Hospitalización de Adultos y Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace en el Sector III de Zaragoza	11
2. Marco metodológico	12
2.1. Hipótesis.....	12
2.2. Objetivos.....	12
2.3. Material y métodos	12
2.3.1. Búsqueda bibliográfica	12
2.3.2. Características del estudio	13
2.3.3. Muestra	13
2.3.4. Variables del estudio.....	14
3. Resultados	16
3.1. Descriptivo.....	16
3.1.1. Traslados UPPE-UHA	16
3.1.2. Traslados UHA-UPPE	19
3.2. Contraste de hipótesis.....	22
4. Discusión	23
5. Conclusiones	26
6. Bibliografía.....	27
7. Anexos.....	30

RESUMEN

Introducción: La comorbilidad médico-psiquiátrica incrementa la complejidad asistencial, requiriendo traslados entre distintos servicios y asociando mayores costes, estancias hospitalarias y complicaciones. Se describen y comparan los perfiles demográficos y clínico-asistenciales de los pacientes trasladados desde otros servicios en seguimiento por Psicosomática (UPPE) a la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) y viceversa, en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa entre 2020-2022.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal con 78 pacientes: 60 trasladados desde otras unidades a UHA y 18 desde UHA a unidades médicas. Se recogieron variables clínicas y sociodemográficas a partir de informes de alta para una base de datos. La búsqueda bibliográfica se realizó en Web of Science, ALCORZE y PubMed. El análisis estadístico en Jamovi incluyó t de Student, U de Mann-Whitney y χ^2 .

Resultados: En ambos grupos el perfil predominante fue el de varón adulto, de nacionalidad española, sin actividad laboral, soltero o con pareja, que convivía con familiares. La mayoría tenían antecedentes médico-psiquiátricos, estaban en seguimiento por Salud Mental, habían ingresado previamente en UHA y seguían tratamiento psicofarmacológico. El diagnóstico más prevalente fue el trastorno depresivo. En los trasladados desde otros servicios a psiquiatría, el principal motivo de ingreso fue el intento autolítico (38'3%), procediendo sobre todo de Medicina Interna (50%). En los trasladados desde psiquiatría, el motivo más frecuente de ingreso fueron los trastornos conductuales con origen en Urgencias y derivación a Medicina Interna (55'6%) por patología infecciosa (50%). Este grupo presentó una edad significativamente mayor, menor problemática social, menor estancia y menos indicación de tratamiento al alta ($p= 0,001$; $p= 0,034$; $p=0,033$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los perfiles de nuestra muestra son diferenciados y reflejan una complejidad asistencial más aguda y socialmente vulnerable y otra más somática y con tendencia geriátrica. La comorbilidad somática y psiquiátrica repercute sobre la calidad asistencial y de vida, exigiendo un enfoque multidisciplinar. La integración de la psiquiatría de enlace y la predicción de complejidad podrían optimizar el manejo y reducir reingresos y costes. Se precisan más estudios similares para profundizar en este tema.

Palabras clave: comorbilidad; psiquiatría de enlace; psiquiatría psicosomática; interconsultas; traslados; pacientes ingresados.

ABSTRACT

Introduction: Medical-psychiatric comorbidity increases care complexity, requiring transfers between hospital wards and associating higher costs, complications, and longer hospital stays. This study's aim is to describe and compare the sociodemographic and clinical-care profiles of patients transferred from other departments under liaison psychiatry (UPPE) to the Adult Hospitalization Unit (UHA) and vice versa at the Hospital Lozano Blesa University Clinic between 2020–2022.

Methods: It's an observational, retrospective, and cross-sectional study of 78 patients: 60 transfers from other units to UHA and 18 from UHA to medical units. Variables were gathered from discharge reports to create a database. For the literature search, Web of Science, ALCORZE, and PubMed were consulted. Statistical analysis in Jamovi included Student's t-test, Mann-Whitney U test, and χ^2 .

Results: In both groups, the predominant profile was that of an adult Spanish male, unemployed, single or in a relationship, living with relatives. Most had medical-psychiatric history, were under mental health follow-up, had prior hospitalizations in UHA, and were on psychopharmacological treatment. The most prevalent diagnosis was depressive disorder. Among those transferred from other departments to psychiatry, the main reason for admission was suicide attempt (38'3%) and were primarily referred from Internal Medicine (50%). In those transferred from psychiatry to other units, the most frequent admission reason was behavioural disorders, with origin in Emergency department and subsequent transfer to Internal Medicina (55'6%) due to infections (50%). This group was significantly older, had fewer social issues, shorter hospital stays, and lower rate of treatment prescription at discharge ($p= 0,001$; $p= 0,034$; $p=0,033$; $p= < 0,001$, respectively).

Conclusions: Somatic and psychiatric comorbidity impacts patients' quality of life and care, demanding a multidisciplinary approach. Integrating liaison psychiatry and predicting complexity factors could optimize management and reduce readmissions and costs. Further studies of similar nature are necessary to achieve these goals.

Key words: comorbidity; consultation-liaison psychiatry; psychosomatic psychiatry; consultation; transfers; inpatients.

ABREVIATURAS

CEICA: Comité de Ética de Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón

HCU-LB: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

TEP: tromboembolismo pulmonar.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UHA: Unidad de Hospitalización de Adultos

UME: Unidad de Media Estancia.

UPPE: Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace

USM: Unidad de Salud Mental

UTCA: Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria

1. Introducción

"Preoccupied with a single leaf, you won't see the tree. Preoccupied with a single tree, you'll miss the entire forest. Don't be preoccupied with a single spot. See everything in its entirety... effortlessly. That is what it means to truly see". - Takehiko Inoue.

La medicina que pone el enfoque en un solo aspecto no se puede llamar medicina. El ser humano es un sistema complejo donde se suceden varios procesos a nivel físico y psíquico, y donde también participa su entorno sociocultural. Es por esto por lo que el mejor aproximamiento médico es el biopsicosocial que tiene una visión holística e integral.

El reduccionismo, un vicio en el que comúnmente incurren los médicos, busca tratar una patología concreta, olvidando el resto de las interacciones. Es fácil pasar por alto las comorbilidades. Por ende, es importante escuchar y observar al paciente más allá de sus síntomas: ver más allá de la hoja, ver más allá del árbol. Y como dijo el filósofo José Ortega y Gasset: el hombre y sus circunstancias. De esta manera, podríamos intentar que las intervenciones sean más integradas, efectivas y humanas.

1.1. Comorbilidad y complejidad: definición y relevancia

La comorbilidad es un concepto creado por Feinstein en 1970 para denotar casos con una distintiva entidad clínica adicional durante el curso de una enfermedad índice en un paciente¹. No obstante, hoy en día hay una falta de consenso en cuanto a la definición y medición de la comorbilidad. Puede definirse desde 3 puntos de vista distintos pero similares: ya sea como la presencia de una afección que coexiste con otra sin que estén relacionadas directamente, como una condición médica que se vincula por causalidad a otra, o como la coexistencia de dos o más enfermedades en un paciente sin importar si hay existencia de una relación de causalidad. Dentro de estas definiciones cabe señalar la teoría de “*clustering*” o agrupamiento de morbilidades psíquicas y somáticas que propone que éstas se presentan con mayor frecuencia en grupos de personas vulnerables y no de forma aleatoria.

La comorbilidad se asocia a mayor carga económica tanto indirecta (asociada al uso de recursos médicos como pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, servicio farmacéuticos) como directa (por el cese o reducción de productividad laboral por morbilidad o mortalidad debida a una enfermedad). Es un factor determinante en el proceso de hospitalización y, en ocasiones, la solución encontrada es su traslado a otra unidad médica o de otra unidad médica a la planta de psiquiatría.

Los métodos de medición más frecuentes son la de Charlson y Elixhauser¹. El Índice de Comorbilidad de Charlson predice la mortalidad a los 10 años para un paciente en relación con un rango de condiciones comórbidas. La medición de Elixhauser consiste en una lista de 30 comorbilidades basadas en el código de enfermedades ICD-9CM. Son utilizadas tanto para predecir mortalidad en pacientes hospitalizados como para medir el uso de servicios sanitarios, el riesgo de recidiva y los costes de salud de pacientes ambulatorios. Existen otros índices, como el índice clínico READMIT para predecir readmisiones a los 30 días después de un alta en una unidad psiquiátrica de agudos, e incluye el índice de Comorbilidad de Charlson, por lo que confirma que la comorbilidad médica-psiquiátrica es un factor de riesgo significativo¹.

Con los años, hay ido aumentando el número de pacientes con multimorbilidad y, por tanto, comorbilidad. En el intento de su manejo, la medicina se ha dividido en superespecialidades, los pacientes se han fragmentado y se han incrementado las interacciones entre fármacos. Los pacientes complejos se definen como aquellos que tienen una enfermedad somática más morbilidad psíquica y/o problemática social y/o alto consumo de recursos sanitarios. En un estudio se documentó que más del 25% de los pacientes de Medicina Interna son complejos, por eso es importante tener una idea de su epidemiología y características para adecuar su manejo².

Según Lyketsos, los pacientes médicamente complejos se dividen en 4 grupos³. El primer grupo engloba a los enfermos con comorbilidades médica-psiquiátricas que se complican entre ellas. El segundo grupo abarca a los enfermos con trastornos psiquiátricos consecuencia de una condición médica o su tratamiento, como por ejemplo el delirium o demencia. En el tercer grupo pertenecen aquellos con conducta de enfermedad compleja, por ejemplo, los trastornos por

síntomas somáticos y funcionales. Finalmente, el cuarto grupo contiene a los enfermos con psicopatología aguda ingresados en plantas médico-quirúrgicas.

Los pacientes complejos son un grupo relevante debido a que su prevalencia en las interconsultas a psiquiatría es alta. Por esta razón, se creó el sistema COMPRI/INTERMED para detectarlos y plantear una intervención multidisciplinar precoz². El concepto de INTERMED proviene de “*interdisciplinary medicine*”. Es un instrumento bifásico de cribado y entrevista que valora los riesgos de salud desde un enfoque biopsicosocial y aporta de manera positiva a la comunicación interprofesional, al tratamiento de pacientes complejos, y a las demandas de la asistencia con disminución de la estancia hospitalaria.

1.2. La psiquiatría de enlace como respuesta

La psiquiatría de enlace o psicosomática es un campo que combina la psiquiatría con otras disciplinas e incluye servicio clínico, enseñanza e investigación. Se encarga del cuidado de la salud mental de pacientes enfermos que han sido ingresados por razones médicas pero que desarrollan trastornos o síntomas psiquiátricos durante su proceso de enfermedad. Tiene varios nombres: psiquiatría médica-quirúrgica, medicina psicológica, o cuidado de la salud mental de los enfermos médicamente complejos. De hecho, “*de enlace*” hace referencia al trabajo de los psiquiatras con otros equipos médicos. El profesor *Antonio Lobo* fue uno de los pioneros españoles en apoyar la psiquiatría de enlace afirmando que cada interconsulta es una excelente oportunidad para hacer un buen “enlace” con los equipos médico-quirúrgicos².

En 1818 surgió el concepto de “psiquiatría psicosomática” por Heinroth, que fue revivido por Deutsch en 1922, pero su verdadera historia comenzó en 1935 con la creación de unidades psicosomáticas por la fundación Rockefeller³. En la década de 1960, empezó a integrarse a la formación profesional de los residentes. A partir de 1990, se comenzaron a desarrollar prácticas y metodologías de psiquiatría psicosomática, con una integración más cercana de esta área y de los servicios de salud mental a otros departamentos somáticos buscando facilitar la cooperación interdepartamental y el manejo de los pacientes desde una perspectiva holística⁴.

Uno de los modelos de atención integral más usados es la psiquiatría de enlace y psicosomática. La atención integral busca fortalecer los sistemas de salud y responder a necesidades de poblaciones e individuos mediante la colaboración entre equipos multidisciplinarios⁵. Las características que forman parte de los modelos de atención integral son la aproximación multidisciplinaria, la colaboración con atención primaria, el seguimiento estructurado y longitudinal, y la mejora en la comunicación interprofesional con sistemas eficaces de derivación^{6,7}. A esto, la Asociación Americana de Psiquiatría ha añadido como parte de su modelo teórico de la psiquiatría de enlace: cribado de comorbilidades, intervenciones tempranas y sustentabilidad⁸. Estos modelos están asociados a mejoría funcional, disminución de días de discapacidad, aumento en los años de vida ajustados por calidad e incremento de la adherencia terapéutica⁹.

1.3. El impacto de la comorbilidad médica y psiquiátrica

La psiquiatría ha ido evolucionando a lo largo de los años de un modelo fundamentado en procesos psicológicos a uno basado en patologías médicas con cimientos neuronales y moleculares. En este recorrido, se han creado métodos diagnósticos más precisos y tratamientos más eficaces. No obstante, en ocasiones, estos trastornos psiquiátricos se ven infradiagnosticados o incluso interrelacionados con otras patologías de tipo somático.

Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del 2023, la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en la población es del 34%¹⁰. Según Šprah, más de dos tercios de las personas con algún problema de salud mental también enfrentan problemas médicos adicionales que coexisten con su condición psiquiátrica¹. Con estos datos, parece que la comorbilidad médico-psiquiátrica es más la regla que la excepción.

Se cree que la prevalencia de comorbilidad psíquica en pacientes ingresados en servicios generales hospitalarios oscila entre el 26% y el 39%, siendo entre el 40-60% de ellos no reconocidos por el equipo asistencial⁶. A pesar de su impacto negativo en el pronóstico de las enfermedades somáticas, no suelen detectarse ni tratarse correctamente, con solo el 0'7-10% de pacientes hospitalizados en plantas médico-quirúrgicos derivados a psiquiatría.

En el estudio de *Pezzia et al*, que analizó las consultas a psiquiatría por parte de equipos médicos, documentó que la principal razón por la que consultaban era reevaluación de una patología conocida y su tratamiento¹¹. También registró que había mayor derivación y precisión en el diagnóstico cuando se trataban de síntomas positivos como agitación o pánico. En el estudio de *García Cacho* sobre los perfiles de pacientes trasladados entre plantas por recomendación de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU-LB), se identificó que la mayoría, tanto de los ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) como de los trasladados desde allí a otras áreas, eran varones de nacionalidad española, desempleados y sin pareja¹². Además, la mitad de ellos afrontaba problemas sociales y una proporción significativa tenía antecedentes psiquiátricos para los cuales recibía tratamiento con psicofármacos.

En ambos grupos, los trastornos afectivos, especialmente la depresión, fueron los diagnósticos principales, mientras que el abuso de sustancias fue el diagnóstico secundario más habitual. Entre los pacientes derivados desde la UHA a otras plantas, la razón más frecuente fue la necesidad de tratamiento especializado, generalmente en Medicina Interna. Por otro lado, entre los pacientes transferidos a la UHA, la principal causa de ingreso fue el intento autolítico, siendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) la procedencia más común.

La prevalencia de síntomas psiquiátricos en la UCI oscila entre el 17% y el 44%¹³. La presencia de trastornos psíquicos es muy prevalente en los supervivientes de síndrome de distrés respiratorio agudo y además se asocia a una mayor mortalidad en los pacientes postquirúrgicos de la UCI.

Por otra parte, la senescencia se ve acompañada de un incremento en la multimorbilidad y, por tanto, de la comorbilidad. El profesor *Antonio Lobo* y su equipo realizaron la primera investigación que respalda, en la población geriátrica, la teoría de agrupamiento de morbilidades somáticas-psiquiátricas (*clustering*), identificando comorbilidad en el 44'5% de esta población, con tan solo el 9'4% libre de enfermedades somáticas o psíquicas¹⁴. Como en otros grupos etarios, las morbilidades psiquiátricas se mantenían subdiagnosticadas e insuficientemente tratadas. De forma similar, un estudio observacional del Hospital Clínico de Barcelona con pacientes mayores de 65 años referidos de otros servicios hospitalarios al servicio de psiquiatría encontró que la mayoría de las derivaciones provenían de plantas médicas sobre todo por delirio, depresión y demencia¹⁵.

Todo estos datos resultan relevantes puesto que se estima que las personas con trastornos mentales graves viven entre 10 y 20 años menos que la población general, concretamente por su mayor predisposición a padecer enfermedades crónicas de tipo respiratorias, metabólicas y cardiovasculares, que no se diagnostican o tratan adecuadamente¹⁶. Diversos estudios indican que entre el 25% y el 46% de las personas con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardíaca presentan síntomas compatibles con depresión⁶. A esto se añade que las causas más frecuentes de muerte en pacientes con enfermedad mental grave son el suicidio y las enfermedades físicas prevenibles¹⁷.

De igual forma, el índice de reingreso hospitalario es un indicador de calidad y de gasto económico. Los pacientes con comorbilidad psiquiátrica tienen mayor probabilidad de ser reingresados en un hospital con mayor estancia media y mayor coste de la hospitalización, lo cual empeora la calidad de vida y el consumo de recursos sanitarios¹⁸. Šprah documentó que, en los pacientes psiquiátricos, la comorbilidad física era más frecuente en aquellos que habían reingresado que en aquellos que solo habían ingresado una vez¹. Adicionalmente, en un 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, lo cual contribuye a pacientes más frágiles⁶. En el hospital europeo Georges-Pompidou, una investigación evidenció que las consultas psiquiátricas realizadas de forma temprana en paciente hospitalizados reducían significativamente el riesgo de reingreso tanto en el plazo de 7 días como en el de 30 días¹⁸. En otra publicación, los pacientes que tras intervención coronaria que fueron derivados a consulta psiquiátrica tuvieron un riesgo tres veces menor de fallecer comparado al resto de los pacientes de la unidad coronaria¹⁹. Hay evidencia de que la psiquiatría psicosomática y de enlace es coste-efectiva y reduce la estancia hospitalaria¹⁵.

1.4. Unidad de Hospitalización de Adultos y Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace en el Sector III de Zaragoza

El Servicio Aragonés de Salud se divide en ocho sectores que en total acumulan 123 zonas básicas de salud. Tiene 118 centros de salud y 17 hospitales, tres de ellos de tipo psiquiátrico. Según datos del Plan de Salud Mental Aragón 2022-2025, 12% de las camas hospitalarias en Aragón están en centros psiquiátricos¹⁶.

El Sector III de Zaragoza cuenta con 22 centros de salud, tres centros de especialidades y cuatro unidades de salud mental (Unidad de Salud Mental Cinco Villas, Unidad de Salud Mental-Consultas Externas Hospital Clínico Universitario, Unidad de Salud Mental Delicias y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario)²⁰. También opera sobre dos hospitales: el Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar y el HCU-LB. Su población se caracteriza por ser rural, dispersa, con una importante proporción de extranjeros (15'2% son inmigrantes), dependiente y sobrevenejecida (21'3% de la población son mayores de 65 años, y de éstos el 18'6% tiene 85 años o más)²¹.

La UHA es un servicio ubicado en la 3^a planta del HCU-LB. Dispone de 20 camas de hospitalización, constantemente ocupadas por los 400 ingresos que se documentan al año. Sus ingresos suponen el 1'5% del total del hospital²². Además, se responsabiliza de los 306.000 habitantes del Sector III y de los 55.866 habitantes del Sector de Calatayud.

El equipo está conformado por tres psiquiatras, 10 enfermeros, ocho auxiliares, ocho celadores, una secretaría y un trabajador social. Su función es asistir y tratar las descompensaciones agudas de los trastornos psiquiátricos mediante hospitalización, desintoxicación, estudios diagnósticos y conductas autolesivas o heteroagresivas. Trabajan en colaboración con otras plantas y servicios intrahospitalarios mediante interconsultas, y coordinan la continuidad asistencial con otras unidades de salud mental del área. La UHA tienen la capacidad y obligación de formar tanto a los residentes de psiquiatría como a profesionales de otras especialidades médicas que realizan rotaciones en ella, especialmente los de Atención Primaria, Geriatría y Neurología. También brindan formación a estudiantes de Medicina, Enfermería en salud mental y Trabajo social.

En 1977 se inauguró una nueva Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace (UPPE) siendo pionera en España. Se encarga de asistir a los pacientes ingresados en otras áreas fuera de la UHA. Su equipo está integrado por dos psiquiatras, un enfermero, un auxiliar y un trabajador social. En promedio, la UHA y la UPPE atienden diariamente a unos 50 pacientes activos, distribuidos en las diferentes plantas que necesitan seguimiento. Se caracteriza por ser empírica, humanista y pragmática, influida por las corrientes de la psiquiatría norteamericana.

El objetivo de este trabajo es analizar la complejidad asistencial determinada por la comorbilidad médico-psiquiátrica y la epidemiología de nuestra población para mejorar la asistencia médica a futuro.

Marco metodológico

1.5. Hipótesis

Hay una proporción importante de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría con necesidad de traslado bidireccional debido a su elevada complejidad asistencial atribuida a su comorbilidad somática.

1.6. Objetivos

1. Estudio y elaboración del perfil social, demográfico y clínico-asistencial de los pacientes ingresados en la UHA y que han requerido traslado a otras servicios intrahospitalarios, así como de los pacientes trasladados desde otros servicios a la UHA en colaboración con la UPPE, del año 2020 al 2022 en el HCU-LB.
2. Comparar y contrastar el perfil socio demográfico y clínico asistencial que presentan los pacientes de ambos grupos y cuantificar los pacientes que han requerido traslados bidireccionales.

1.7. Material y métodos

1.7.1. Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica para definir el marco teórico y situar el tema de la investigación en contexto según la literatura y otros estudios publicados con anterioridad. Se restringió la búsqueda a palabras clave “*(inpatient OR hospitalized patient OR adult patients) AND (somatic comorbidity OR psychiatric comorbidity OR psychosomatic psychiatry OR psychosomatic medicine) AND (transfer OR referral OR discharge OR consultation-liaison psychiatry OR consultation liaison psychiatry OR consultation psychiatry)*”, con publicación en los últimos 10 años, en inglés o español, de acceso abierto. En Web of Science se obtuvieron 361 artículos. Se seleccionaron nueve de ellos y se citaron siete. En ALCORZE se realizó la misma búsqueda cosechando 133 resultados, apartándose cuatro artículos y citándose dos de ellos.

En PubMed, se realizó una rastreo con los términos MeSH “*psychiatry AND comorbidity*” de artículos tipo texto libre completo, desde el 2014, en adultos, humanos. Se obtuvieron 50 resultados y se eligieron nueve artículos de los cuales sólo seis fueron referenciados. Por otra parte, también se seleccionaron Trabajos Fin de Grado y Trabajos Fin de Tesis de la Universidad de Zaragoza de tema semejante para servir de comparación.

En segundo tiempo, se solicitó la aprobación del CEICA y posteriormente se adquirió el permiso para el tratamiento del conjunto básico mínimo de datos del HCU-LB. Se procedió a la lectura de los informes para la creación de una base de datos. [Anexo II].

1.7.2. Características del estudio

Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, retrospectivo y de carácter transversal de los trasladados desde la Unidad de Psiquiatría a otros servicios intrahospitalarios y desde otros servicios a la Unidad de Psiquiatría.

1.7.3. Muestra

Los criterios de inclusión se consideraron: mayoría de edad, ingreso en Unidad de Hospitalización de enero de 2020 a diciembre de 2022, e informe de alta completo. Se han excluido los pacientes cuyo informe de alta no cuenta con los datos básicos. A cada uno se le asigna un código para proteger la confidencialidad de datos, como fue acordado en el compromiso de confidencialidad.

En este contexto, se obtuvo un tamaño muestral de 78: siendo 60 los ingresos en UHA procedentes de otra unidades (UPPE-UHA), y 18 siendo los ingresos trasladados de UHA a otras unidades (UHA-UPPE). Se han recogido un conjunto básico mínimo de datos que incorpora:

- Datos demográficos: edad, sexo, nacionalidad, estado civil, situación laboral, convivencia, problemática social.
- Antecedentes médico-psiquiátricos: diagnóstico psiquiátrico previo, seguimiento previo por otras unidades de salud mental, ingresos previos en plantas de hospitalización UHA, presencia de tratamiento psiquiátrico previo, antecedentes familiares de tipo psiquiátrico, antecedentes médico-quirúrgicos y seguimiento médico.
- Datos del ingreso índice: estancia hospitalaria y en UHA, motivo y voluntariedad del ingreso, necesidad de contención mecánica, número de servicios implicados en la atención, procedencia del ingreso, motivo del traslado, distribución según servicio, diagnóstico psiquiátrico principal según DSM-V, diagnóstico psiquiátrico secundario, diagnóstico médico principal, continuidad asistencial por salud mental al alta y tratamiento psiquiátrico al alta).
- Datos al alta hospitalaria: tipo de alta, continuidad asistencial al alta a otro servicio y tratamiento al alta a otro servicio.

El análisis estadístico se realizó con el programa Jamovi. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes. Se les aplicó la χ^2 de Pearson para comparar las diferencias estadísticas entre ellas. Se consideró significación estadística para $p < 0,05$. Por otro lado, las variables cuantitativas continuas se describen mediante las medidas de tendencia central y dispersión. Si cumple con los criterios de normalidad, se obtienen su media y desviaciones típicas. Si no es el caso, se utiliza la mediana como medida de tendencia central junto con el rango intercuartílico. Se verificó la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para evaluar las diferencias entre las variables cuantitativas continuas de ambos grupos, se empleó la prueba de t de Student para la edad y la U de Mann-Whitney para estancia en UHA (por no cumplir criterio de normalidad: $p < 0,01$ en la prueba de Shapiro-Wilk).

1.7.4. Variables del estudio

Demográficos

<i>Edad</i>	Variable cuantitativa continua. Analizada de forma categórica en 4 grupos: Adulto joven (18-39 años), Adulto (40-64 años), Adulto mayor (65-79 años), y Anciano (≥ 80 años).
<i>Sexo</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Hombre / Mujer.
<i>Nacionalidad</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal dicotómica en: España / Extranjero. Posteriormente se estudió cada nacionalidad foránea.
<i>Estado civil</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal politómica en: Casado / pareja, Divorciado, Viudo, y Soltero.
<i>Situación laboral</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal politómica en: Activo, Desempleado, Jubilado, Incapacitado, Labores del hogar, y Estudiante.
<i>Convivencia</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal politómica en: Padres / hermanos, Cónyuge / pareja, Cónyuge e hijos, Hijos, Institucionalizado, y Solo.
<i>Problemática social</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No.

Antecedentes médico-psiquiátricos

<i>Diagnóstico psiquiátrico previo</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No.
<i>Seguimiento por otras unidades de salud mental</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No. En "Sí" se han incluido los seguimientos en consultas externas, centros de salud mental y unidades psiquiátricas. Si el paciente ha tenido un seguimiento errático, se han incluido en "No".
<i>Ingresos previos en plantas de hospitalización de psiquiatría</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No.
<i>Presencia de tratamiento psiquiátrico previo</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No. Si el paciente no ha seguido tratamiento, aun teniéndolo pautado, se ha incluido en "No".
<i>Antecedentes familiares psiquiátricos</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No.
<i>Antecedentes médicos</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No.
<i>Seguimiento médico</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No.

Ingreso actual

<i>Estancia hospitalaria y en UHA</i>	Variable cuantitativa continua.
---------------------------------------	---------------------------------

<i>Motivo del ingreso</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal polítómica. Los traslados UPPE-UHA son por patología psiquiátrica, mientras que los traslados UHA-UPPE son por causa médica-quirúrgica (somática).
<i>Procedencia del ingreso (UPPE-UHA)</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal polítómica en: UCI, médica, quirúrgica, y médica-quirúrgica. Asimismo, se evaluó cada servicio de origen por separado.
<i>Procedencia del ingreso (UHA-UPPE)</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal dicotómica en: Urgencias / Otro servicio.
<i>Servicio al que se traslada (UHA-UPPE)</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal polítómica en: UCI, Médica, Quirúrgica, y Médica-quirúrgica. Asimismo, se evaluó cada servicio de origen por separado.
<i>Motivo del traslado</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal polítómica.
<i>Servicios implicados en el manejo</i>	Variable cuantitativa discreta. No se ha contado el servicio de psiquiatría al ser el de referencia. No obstante, todos han tenido al menos un servicio implicado: el de origen (UPPE-UHA) o el de destino (UHA-UPPE).
<i>Voluntariedad del ingreso</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Voluntario / Involuntario.
<i>Necesidad de contención mecánica</i>	Variable cualitativa categórica nominal dicotómica: Sí / No.
<i>Diagnóstico psiquiátrico principal y secundario</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal polítómica, clasificada según el DSM-V.
<i>Diagnóstico médico principal</i>	Variable cualitativa. Analizada de forma categórica nominal polítómica.

Alta hospitalaria

<i>Tipo de alta</i>	Variable categórica nominal polítómica: Mejoría / Curación, Voluntaria, Traslado.
<i>Continuidad asistencial al alta por Salud Mental (UPPE-UHA)</i>	Variable categórica nominal dicotómica: Sí / No. Analizada de forma categórica nominal polítómica.
<i>Continuidad asistencial al alta a otro servicio (UHA-UPPE)</i>	Variable categórica nominal dicotómica: Sí / No.
<i>Tratamiento psiquiátrico al alta (UPPE-UHA)</i>	Variable categórica nominal dicotómica: Sí / No. Posteriormente se analizó como polítómica en base a las distintas pautas y combinación de psicofármacos.
<i>Tratamiento al alta a otro servicio (UHA-UPPE)</i>	Variable categórica nominal dicotómica: Sí / No. Evaluada de igual manera anteriormente dicha.

2. Resultados

Se analizaron los dos grupos UPPE-UHA y UHA-UPPE por separado, estudiando tanto el contexto sociodemográfico como el clínico-asistencial, haciendo posteriormente el contraste de hipótesis. Puesto que hay pacientes que dentro de un mismo ingreso han sufrido múltiples traslados desde o hacia psiquiatría, se han contabilizado los episodios individualmente.

2.1. Descriptivo

Se obtuvo una muestra total de 78 pacientes: 76'9% de UPPE-UHA y 23'1% de UHA-UPPE. En el estudio, 11 episodios pertenecieron a pacientes que experimentaron traslados bidireccionales desde otras unidades a UHA y desde UHA a otras plantas hospitalarias. [Anexo I: tabla 1].

2.1.1. Traslados UPPE-UHA

Perfil sociodemográfico

Dentro de esta muestra de 60 pacientes, 53'3% eran hombres y 46'7% eran mujeres. Se resumen los hallazgos en Anexo I: tabla 2.

Asimismo, la edad media fue de $49,3 \pm 17,4$ años, habiendo sido la mínima 18 años y la máxima 84 años. Se distribuyeron en: 30% adultos jóvenes, 53'3% adultos, 11'7% adultos mayores y 5% ancianos. [Anexo I: tabla 3].

Respecto a la nacionalidad, 81'7% eran españoles y 18'3% extranjeros, que se organizaron según procedencia: 11'7% de Europa del este, 5% de Sudamérica y 1'7% de África del oeste.

Según el estado civil, 41'7% estaban casados o en pareja, 41'7% eran solteros, 13'3% eran divorciados y 3'3% viudos. En cuanto a la convivencia en el hogar, 31'7% vivían con sus padres y/o hermanos. 26'7% de ellos convivían con su cónyuge y/o pareja, y 5%, además de su cónyuge, vivían también sus hijos. 25% habitaban solos y 5% estaban institucionalizados.

En lo que concierne a la situación laboral, 16'7% estaban empleados, 40% estaban en desempleo, 18'3% eran jubilados, y 3'3 estudiantes. Del restante, 18'3% estaban incapacitados y 3'3% se dedicaban a labores del hogar.

Se reportó problemática social en 61'7% de los casos.

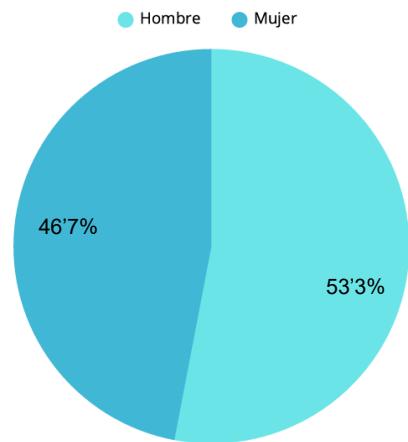


Gráfico 1. Distribución según sexo.

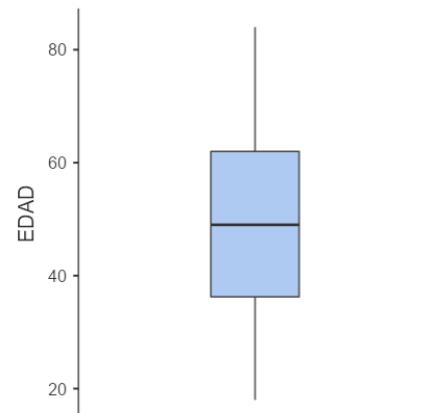


Gráfico 2. Distribución de la edad.

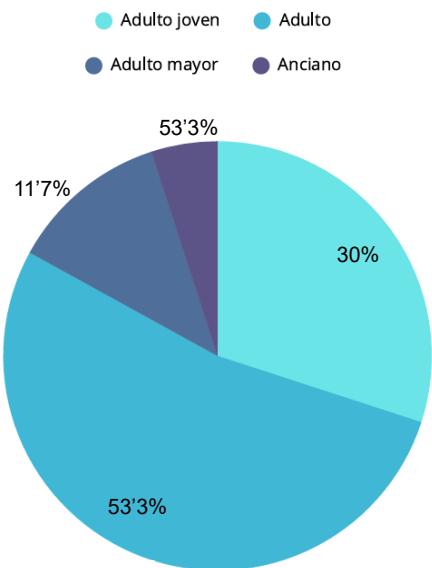


Gráfico 3. Distribución según grupos de edad.

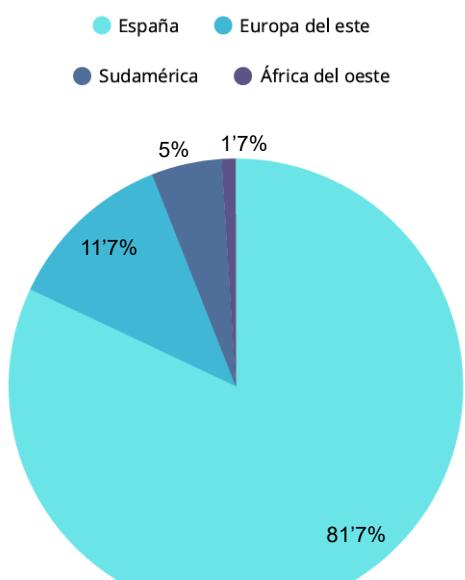


Gráfico 4. Distribución según origen de nacionalidad.

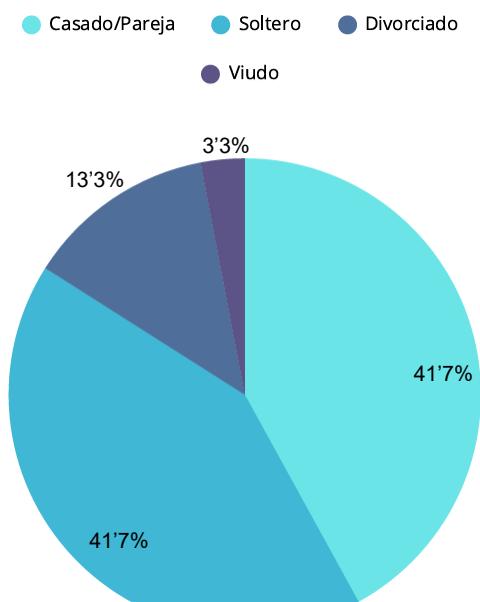


Gráfico 5. Distribución según estado civil.

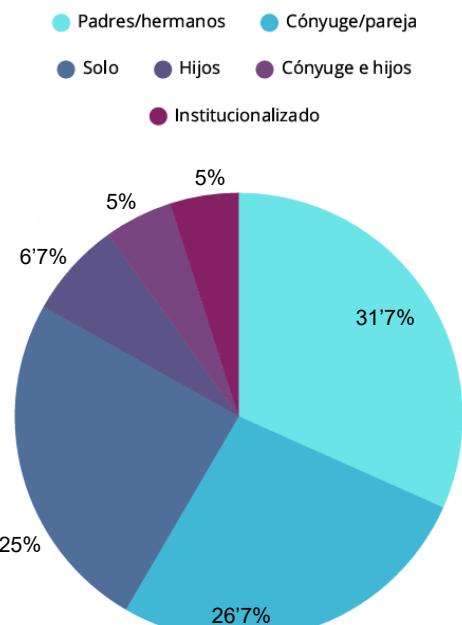


Gráfico 6. Distribución según convivencia en el hogar.

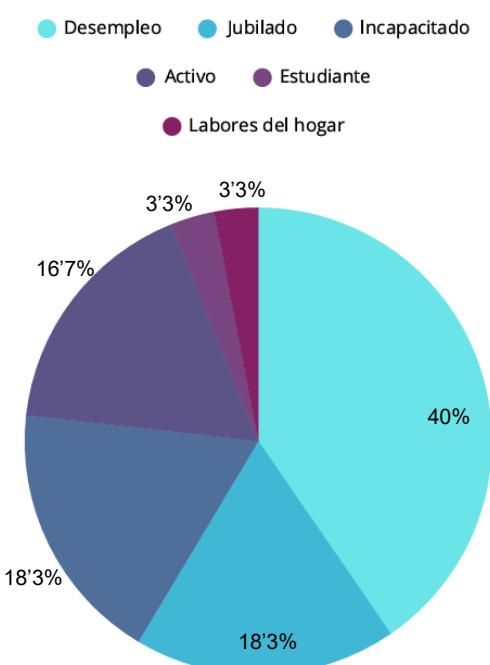


Gráfico 7. Distribución según situación laboral.

La estancia media hospitalaria fue de $44,6 \pm 54,2$ días, y en UHA de $28,9 \pm 31,6$ días, siendo el mínimo tres días y un día, y el máximo 333 días y 194 días respectivamente. [Anexo I: tabla 4].

De los ingresos totales de la muestra, 68'3% fueron voluntarios. Tan solo el 8'3% precisaron contención mecánica.

Los motivos de ingreso son variados, pero destacaron el intento autolítico (38'3%), la mayoría por sobreingesta de fármacos, así como los trastorno conductuales (13'3%) y la clínica confusional (10%).

En cuanto a sus antecedentes, en el 83'3% hubo constancia de un diagnóstico psiquiátrico previo. Previamente al episodio, 66'7% habían estado en seguimiento por alguna unidad de Salud Mental, 66'7% habían estado mínimo una vez ingresados en UHA, y 78'3% habían estado en tratamiento con psicofármacos. El 35% tenían antecedentes psiquiátricos conocidos. 80% tenían antecedentes médicos y 45% se encontraban en seguimiento médico.

Respecto a la unidad de origen del traslado, 68'3% provinieron de una planta médica, 20% de UCI, 6'7% de una planta médico-quirúrgica y 5% de una planta quirúrgica. Desglosándolas, la mayor parte eran derivaciones de Medicina Interna (50%). Los motivos de traslado se agruparon sobre todo en torno a la estabilización tras situación de riesgo vital (45%), necesidad de continuidad asistencial (16'7%) y presencia de ideas delirantes (8'3%).

En el manejo de los ingresos, 41'7% no requirieron la intervención de otro servicio aparte del de origen. Se implicaron dos servicios en el manejo del 26'7% de los casos, tres servicios en el manejo del 21'7%, cuatro servicios en el manejo del 5%, cinco servicios en el manejo del 1,7% y seis servicios en el manejo del 3'3%.

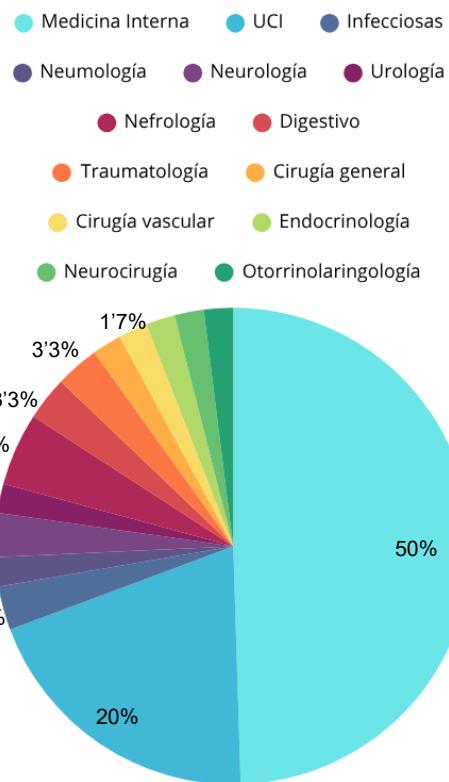


Gráfico 8. Distribución por desglose de los servicios de procedencia del traslado.

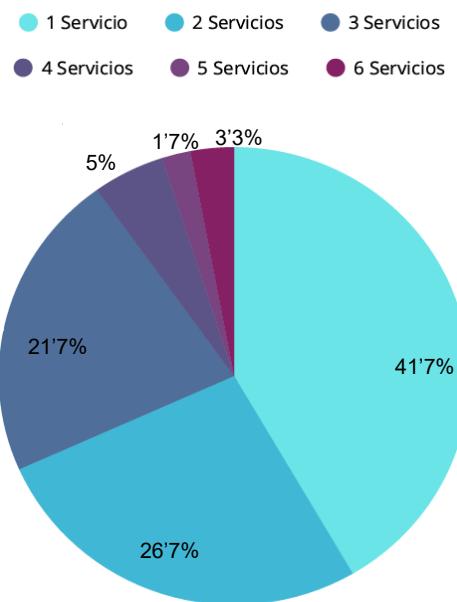


Gráfico 9. Distribución según número de servicios implicados en el manejo.

Los diagnósticos psiquiátricos principales más frecuentes fueron el trastorno depresivo (33'3%), el trastorno de adaptación (10%), el trastorno bipolar (10%) y el trastorno psicótico (10%). La mayoría no tuvo diagnóstico psiquiátrico secundario (36'7%), pero dentro de los que sí, los más documentados fueron trastorno por consumo de sustancias (18'3%) y trastorno de la personalidad (18'3%). Según el diagnóstico médico, la intoxicación con sustancias supuso la mayoría (43'3), mientras que en el 15% no constaba diagnóstico.

En lo que se refiere a las altas, 81'7% fueron por curación y/o mejoría, 6'7% por traslado a Unidad de Estancia Media (UME), 6'7% por traslado a otra planta, 3'3% por alta voluntaria y 1'7% por traslado a Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA).

Únicamente en 3'3% de los casos no se indicó seguimiento psiquiátrico al alta. El resto se ordenó seguimiento de la siguiente manera: 59'3% en Centro de Salud Mental, 15'3% en Consultas Externas, 6'8% en Hospital de Día, 6'8% en UME, 3'4% con su psiquiatra de referencia, 3'4% en su residencia, 3'4% en UPPE, y 1'7% en UTCA.

Al alta, se prescribió tratamiento en todos los casos. No obstante, las pautas fueron distintas, siendo las más indicadas: la combinación de antidepresivo con benzodiacepina y antipsicótico (26'7%) y la combinación de benzodiacepina con antipsicótico (21'7%).

2.1.2. Traslados UHA-UPPE

Perfil sociodemográfico

Dentro de esta muestra de 18 pacientes, 61'1% eran hombres y 38'9% eran mujeres. Se resumen los hallazgos en Anexo I: tabla 5.

La edad media fue de $64,2 \pm 14,8$ años, con un rango de 31 a 89 años cuya distribución se estableció en los siguientes grupos: 5'6% adultos jóvenes, 50% adultos, 27'8% adultos mayores y 16'7% ancianos. [Anexo I: tabla 6].

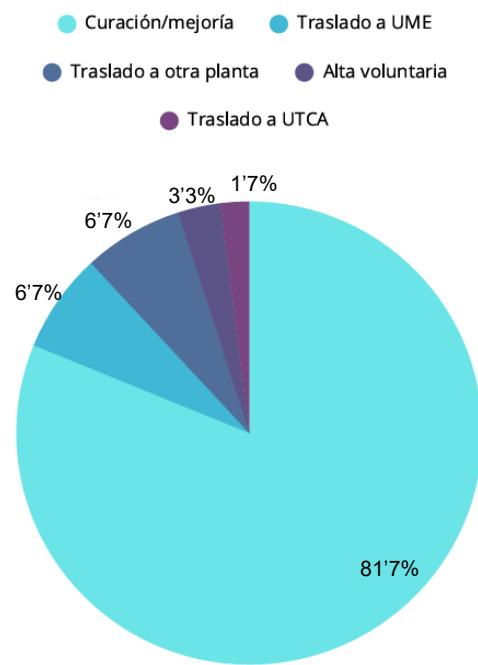


Gráfico 10. Distribución según tipo de alta.

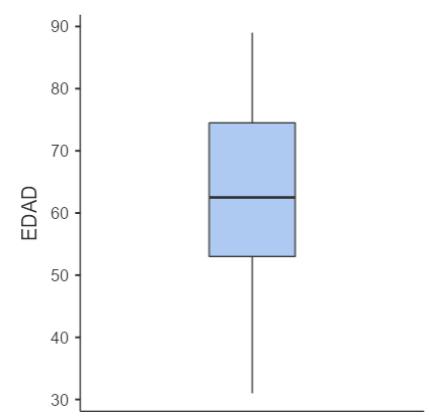


Gráfico 11. Distribución de la edad.

Respecto a la nacionalidad, el 88'9% eran españoles y 11'1% extranjeros. De estos últimos, ambos procedían de Europa del Este.

Según el estado civil, el 50% estaban casados o en pareja, 38'9% estaban solteros y 11'1% eran divorciados. En relación con la convivencia, el 50% vivían con su cónyuge o pareja, 11'1% vivían con sus padres y/o hermanos, 16'7% habitaban solos, y 22'2% estaban institucionalizados.

Respecto a la situación laboral, el 11'1% estaban empleados, 33'3% en desempleo, 16'7% incapacitados y 38'9% jubilados. Se detectó problemática social en 33'3% de los pacientes.

Perfil clínico asistencial

La estancia media en UHA fue de $26,9 \pm 40,1$ días. El mínimo fue de un día y el máximo de 118 días. [Anexo I: tabla 7].

De toda la muestra, 61'1% de los ingresos fueron voluntarios y 38'9% involuntarios. Sólo el 16'7% de los pacientes requirieron contención mecánica.

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron alteración de la conducta (27'8%), clínica depresiva (22'2%) y empeoramiento de su psicopatología de base (16'7%), seguidos de clínica confusional (11'1%), necesidad de continuidad asistencial (11'1%), intento autolítico (5'6%) y síndrome constitucional (5'6%).

Con anterioridad al ingreso, se documentó un diagnóstico psiquiátrico en 94'4% pacientes, seguimiento en alguna Unidad de Salud Mental en el 83'3%, al menos un ingreso en UHA en el 72'2% y tratamiento psicofarmacológico en el 83'3%. En el 33'3% de los casos constaban antecedentes psiquiátricos familiares. El 94'4% tenían antecedentes médicos.

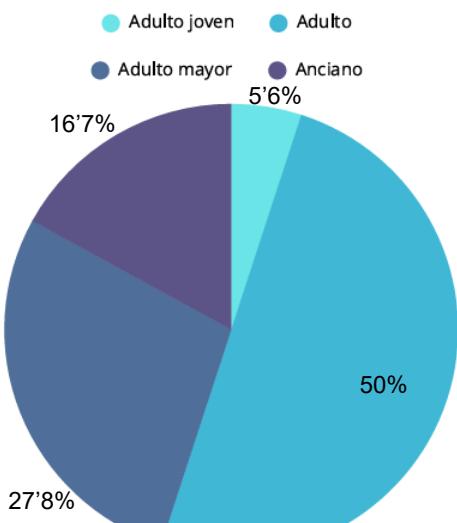


Gráfico 12. *Distribución según grupos de edad.*

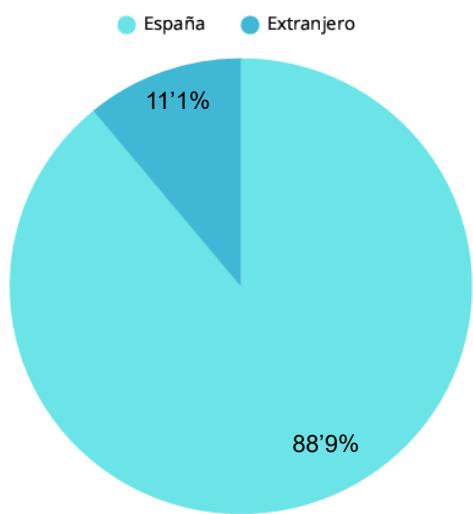


Gráfico 13. *Distribución según nacionalidad.*

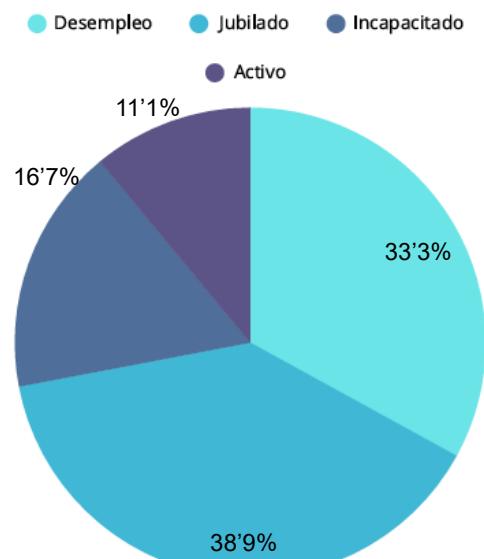


Gráfico 14. *Distribución según situación laboral.*

El origen de la mayoría de los ingresos fue Urgencias (55'6%), mientras que el resto provenían de otros servicios, principalmente Medicina Interna (16'7%). Los destinos de los trasladados se repartieron de la siguiente manera: 77'8% a una planta médica, 5'6% a una planta médico-quirúrgica y 16'7% a UCI. Desglosándolo, la mayoría fueron derivados a Medicina Interna (55'6%). El principal motivo de traslado a otra planta fue el tratamiento de una infección activa (50%), seguido de la necesidad de un tratamiento específico (27'8%) y de la precisión de completar un estudio diagnóstico (22'2%).

Para el manejo de los casos, 66'7% no requirieron la intervención de otro servicio, mientras que en 16'7% se hizo necesaria la implicación de tres servicios, y los restantes por dos, cuatro y seis servicios (5'6% cada uno). Posterior al traslado y durante el ingreso, 61'1% casos mantuvieron seguimiento por parte de UPPE.

Los diagnósticos psiquiátricos principales fueron trastorno depresivo (33'3%), delirium (16'7%), trastorno bipolar (11'1%), trastorno esquizofrénico (11'1%) y trastorno esquizaafectivo (11'1%). 72'2% de los casos no tuvieron diagnóstico psiquiátrico secundario; el resto fueron: trastorno por consumo de sustancias, esquizaafectivo, deterioro neurocognitivo, psicótico y depresivo (5'6% cada uno). La mayoría de los diagnósticos médicos fueron infecciones (50%), tumores (16'7%) y síndrome confusional (11'1%). Al alta, 72'2% recibieron tratamiento psicofarmacológico. La combinación más pautada fue benzodiacepina + antipsicótico (27'8%).

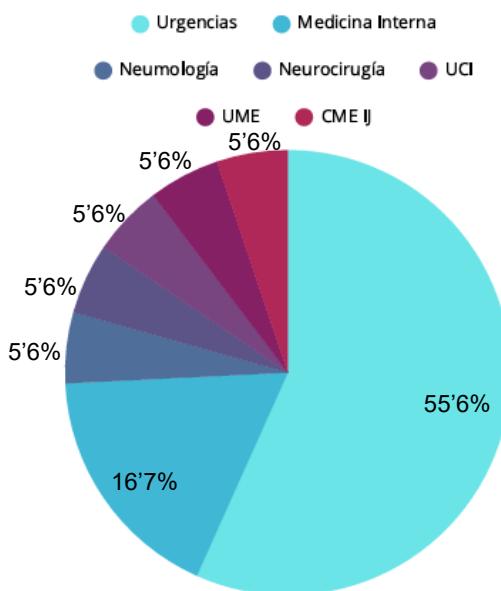


Gráfico 15. Distribución por desglose del servicio de origen del traslado.

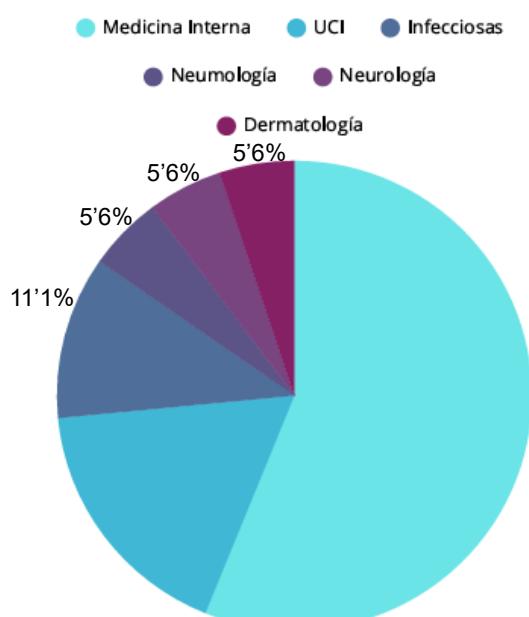


Gráfico 16. Distribución por desglose del servicio de destino del traslado.

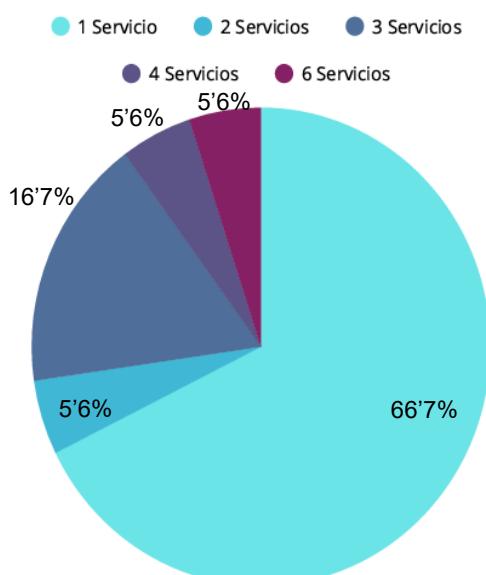


Gráfico 17. Distribución según número de servicios implicados en el manejo del caso.

2.2. Contraste de hipótesis

El grupo de traslado UHA-UPPE tuvo una edad significativamente mayor (49,3 años UPPE-UHA vs 64,2 años UHA-UPPE, $p = 0,001$). Asimismo, reunió más institucionalizados (5% UPPE-UHA vs 22'2% UHA-UPPE, $p = 0,040$) y menos casos de problemática social (61'7% UPPE-UHA vs 33'3% UHA-UPPE, $p = 0,034$).

Relativo al perfil clínico asistencial, en el grupo UPPE-UHA se vio reflejada una mayor estancia en UHA (28,9 UPPE-UHA vs 26,9 días UHA-UPPE, $p = 0,033$). Hubo gran disparidad en los motivos de ingreso y de traslado entre ambos grupos, con importante significación estadística ($p < 0,001$). También difirieron en la unidad de origen ($p = 0,044$): el grupo UHA-UPPE provino mayoritariamente de urgencias, mientras que el grupo UPPE-UHA de plantas médicas y UCI.

Los diagnósticos médicos son diferentes ($p = 0,010$), con mayor proporción de infecciones en UHA-UPPE y de intoxicaciones en UPPE-UHA. Al alta, difieren las indicaciones de tratamiento (100% UPPE-UHA vs 72'2% en UHA-UPPE, $p < 0,001$), así como de su pauta ($p = 0,024$). En el resto de las variables no se encuentra significación estadística ($p > 0,05$). Se resumen los hallazgos en Anexo I: tabla 8.

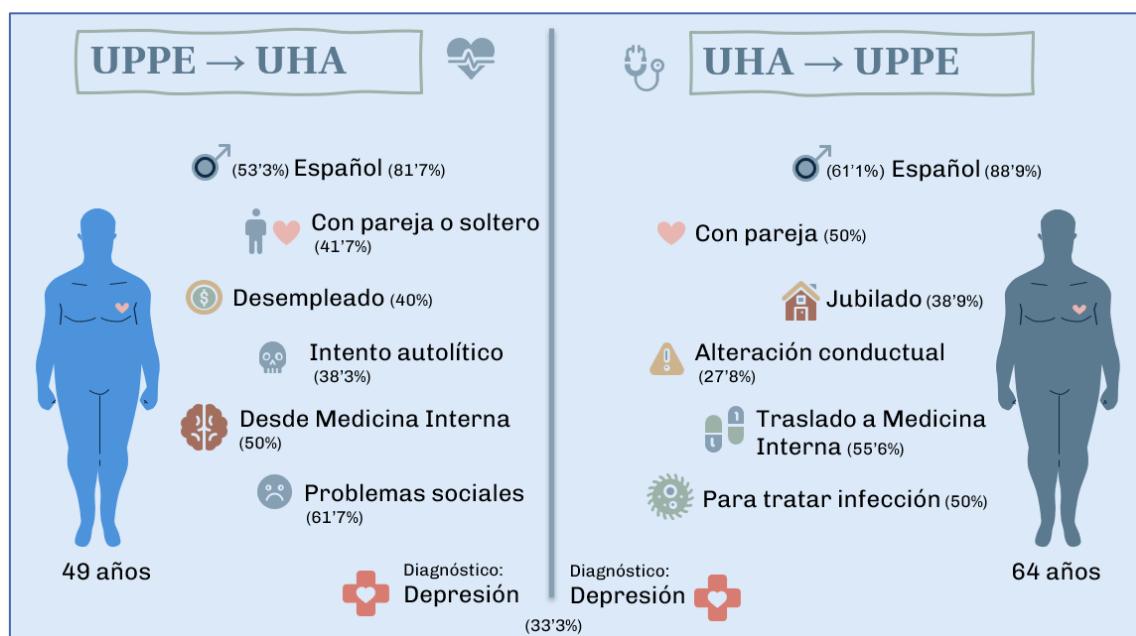


Gráfico 18. Infografía del perfil de paciente de cada grupo.

3. Discusión

En ambos grupos, nuestro perfil de paciente es el de un varón español de entre 40 y 65 años, sin actividad laboral y en pareja o soltero. Nuestros hallazgos concuerdan con lo descrito por *García Cacho*, siendo los pacientes que requieren ingreso en Psiquiatría aquellos con mayor tasa de antecedentes médico-psiquiátricos, mayor proporción de tratamiento psicofarmacológico previo al ingreso (lo cual es indicativo de cronicidad) y en seguimiento por Salud Mental¹². Los trastornos afectivos, en concreto la depresión, fueron los diagnósticos más habituales.

En el caso del paciente trasladado a psiquiatría desde otras plantas, nuestros datos resuenan tanto con los de *García Cacho* como con los de *Christodoulou y Mugdal*: los intentos autolíticos, sobre todo por sobreingesta medicamentosa, conforman el motivo más habitual de ingreso, en contexto de una alta incidencia de problemática social y con un diagnóstico médico relacionado con la intoxicación por sustancias^{12,23,24}. Tal como señala *Christodoulou*, ciertos factores como la pobreza, el desempleo, y la intervención de trabajo social conllevan mayor estancia en unidades psiquiátricas²³. La vulnerabilidad social que asocian podría ser la razón por la que, en nuestro estudio, este grupo tiene mayor frecuencia de indicación de seguimiento y tratamiento con respecto a su contraparte.

El perfil de pacientes global es similar a lo descrito por otros autores, con diferentes características cuando los analizamos por subgrupos. A diferencia del estudio de *García Cacho*, cuya muestra agrupa mayor cantidad de solteros y derivaciones desde UCI, nuestro estudio presenta mayor diversidad en el estado civil y origen del traslado (principalmente Medicina Interna), hallazgos que coindicen con los de *Mugdal*^{12,24}. Esto podría ser debido a actualización en protocolos de interconsulta y derivación, ya que muchos de nuestros pacientes de Medicina Interna habían pasado previamente por UCI. Además, los pacientes complejos y con más comorbilidades tienden a ser gestionados con más frecuencia por Medicina Interna.

No obstante, existen ciertas diferencias que apuntan a perfiles clínico-asistenciales distintos. Si analizamos a los pacientes derivados a otros servicios desde psiquiatría, encontramos que éstos son en general de mayor edad, con menor problemática social y relaciones sociofamiliares distintas, así como mayor frecuencia de jubilados e institucionalizados. También cuentan con un perfil de ingreso y traslado asociado más a complicaciones médicas, como es el caso de las infecciones y tumores, y que requieren un tratamiento que no es posible ofrecer desde UHA. Esto es un aspecto que se comparte con otros autores: la razón más frecuente de derivación del grupo es la necesidad de tratamiento especializado y se realiza generalmente hacia Medicina Interna¹².

Este estudio identifica a dos grupos diferenciados. El grupo que proviene de otros servicios consiste en pacientes más jóvenes, con alta carga de problemática socioeconómica y que asocian crisis agudas, relacionadas sobre todo a intentos de suicidio. Mientras tanto, el grupo que es trasladado de psiquiatría a otras unidades se basa en pacientes más envejecidos, con alta comorbilidad de infecciones/tumores y menor complejidad social. La menor indicación de

tratamiento en este grupo podría ser explicado por la priorización del diagnóstico y la estabilidad somática, pasando el tratamiento y seguimiento psiquiátrico a un segundo plano. Estos datos son sugestivos de una complejidad asistencial heterogénea entre ambos grupos y que, por tanto, precisa distinto manejo según sea el perfil del paciente.

Asimismo, se identifica un subgrupo relevante de pacientes particularmente complejos con traslados bidireccionales durante una misma hospitalización. Esto se atribuye a que requieren tanto atención por Psiquiatría como por otras plantas hospitalarias debido a comorbilidades que aparecen o se complican durante el ingreso, acompañándose de más días de estancia.

Šprah ya había señalado que más de dos tercios de las personas con algún problema de salud mental también se enfrenta a problemas médicos adicionales¹. En esta línea, Latorre *et al* encontraron que los pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica presentaban más solicitudes de interconsulta a otros servicios, mayor número de psicofármacos prescritos y diagnósticos más complejos⁶. Lanvin ya dijo que la presencia de comorbilidades incrementa la probabilidad de ser readmitido en un hospital asociando mayor consumo de recursos sanitario y deteriorando la calidad de vida¹⁸. En ese mismo estudio, afirma que las consultas psiquiátricas precoces al ingreso hospitalario reducen significativamente el riesgo de readmisión.

En nuestra investigación existe una asociación entre mayor edad y presencia de comorbilidad psíquica y somática que está en armonía con la bibliografía actual, sobre todo del profesor Antonio Lobo¹⁴. Debido al progresivo envejecimiento poblacional, inversión de la pirámide demográfica y cronicidad de las enfermedades, esta asociación de comorbilidades está convirtiéndose en la norma en hospitales, sin intención de detenerse.

Este tipo de pacientes, en concreto, no son entidades aisladas, sino sistemas biopsicosociales que siguen la Ley de entropía. No es recomendable separar el componente psíquico del físico en el enfermo, sino que el enfoque debería ir hacia una atención integral y abordaje multidisciplinar que implique tanto a la psiquiatría de enlace como a otras unidades de hospitalización. Resulta imprescindible la identificación temprana de pacientes complejos que comparten un perfil sociodemográfico y clínico asistencial similar a los descritos.

Sería importante considerar la realización de un seguimiento y análisis prospectivo para estudiar las repercusiones de la estancia hospitalaria en los pacientes con comorbilidad psíquica y somática. Además, ante la falta de estudios de la misma naturaleza y las consecuencias a nivel económico y social de estos pacientes, se recomienda continuar su investigación con el objetivo de optimizar el manejo y disminuir el número de complicaciones. Así, se podrá crear protocolos relacionados con los perfiles de pacientes que mejoren los dispositivos asistenciales y el uso de recursos. Para mejorar la generalización de ellos se requeriría realizarlos a nivel multicéntrico. Estos resultados pueden ser de interés al plantear factores de recaída. Los índices de readmisión en psiquiatría tienden a ser altos y se asocian a mayor comorbilidad, por lo que interesa predecir las recidivas^{1,18}.

Finalmente se debería trabajar en cómo mejorar la comunicación interprofesional para prevenir traslados innecesarios y optimizar el manejo de los pacientes y garantizar un seguimiento cercano tras el alta en las Unidades de Salud Mental. Podrían compararse y contrastar herramientas de medición de comorbilidad y, como sugiere *Latorre et al*, podrían implementarse Unidades Mixtas o Combinadas de Medicina y Psiquiatría o Unidades Médico-Psiquiátricas⁶. Según Kathol, las Unidades Médico-Psiquiátricas representan una posible solución a este problema al especializarse en niveles de complejidad asistencial. Se caracterizan por optimizar la gestión de recursos y contar con médicos, psiquiatras y equipo de enfermería coordinados en el manejo y tratamiento de los pacientes con comorbilidades. Hasta ahora, han demostrado reducciones en la estancia hospitalaria, disminución de la estigmatización de la enfermedad y mejores índices de satisfacción⁶. Adaptar este modelo a nuestro hospital o en otros hospitales con similar perfil, podría ser el puente que una lo somático con lo psíquico.

Limitaciones, fortalezas y consideraciones éticas

Las limitaciones del estudio son las propias de uno de carácter retrospectivo, unicéntrico y con información recogida de informes de alta. La muestra constaba tan solo de 78 traslados de un único hospital, lo que podría limitar la potencia estadística e impide la generalización de los resultados a otras poblaciones u hospitales. En este estudio tampoco se incluyeron medidas estandarizadas de complejidad o escalas como INTERMED ni resultados como calidad de vida o costos asociados, por lo que no es posible cuantificar las repercusiones de la comorbilidad.

Por otra parte, al ser un análisis retrospectivo basado en informes de alta, se depende de la calidad de ellos y puede haber sesgos de información por presencia de datos incompletos o inconsistentes. No es posible establecer causalidad ni desenlaces a largo plazo ya que no ha habido un seguimiento posterior longitudinal.

A esto se añade que hay pocos estudios sobre la colaboración de UPPE con otras especialidades en los traslados entre plantas. No obstante, esto también es una fortaleza ya que es novedoso en su campo de estudio, aporta un enfoque biopsicosocial que trasciende el reduccionismo médico y aborda un problema que es real, relevante y prevenible con las correctas herramientas.

De acuerdo con la declaración Helsinki 2013, el propósito principal de esta investigación médica es estudiar y comparar el perfil de pacientes que provienen trasladados de otros servicios a Psiquiatría y viceversa. El estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a los pacientes, proteger su salud y sus derechos individuales.

Para la realización del proyecto, se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación. No ha sido necesario el consentimiento informado individual puesto que no precisó la realización de pruebas complementarias ni exámenes y se trabajó con registros administrativos manteniendo la confidencialidad mediante la seudoanonymización de los datos (asignando un código numérico a cada paciente).

4. Conclusiones

1. El porcentaje de episodios de pacientes con traslado a Unidad de Hospitalización del total de ingresos global por año fue: 9'9% en 2020, 7% en 2021 y 6% en 2022. El de traslado de UHA a otras plantas fue: 3'4% en 2020, 1'8% en 2021 y 1'6% en 2022. Los que tuvieron ambos tipos de traslados en el mismo episodio fue: 2'1% en 2020, 1'1% en 2021 y 1% en 2022.
2. En ambos grupos, el perfil del paciente tipo es un varón entre 40 y 65 años, de nacionalidad española, sin actividad laboral, con o sin pareja, y residiendo con familiares y/o pareja. Se reportó problemática social en el 61'7% de los pacientes de UPPE-UHA y en 33'3% de los pacientes de UHA-UPPE.
3. En ambos grupos se describió alta prevalencia de antecedentes médico-psiquiátricos, en seguimiento en Salud Mental y con tratamiento psicofarmacológico.
4. En el grupo de pacientes trasladados desde otras plantas a Psiquiatría, gran parte fueron derivados desde plantas médicas (68'3%), en concreto Medicina Interna (50%), y UCI (20%), siendo el motivo de ingreso más frecuente el intento autolítico (38'3%) y la indicación de traslado la estabilización tras situación de riesgo vital (45%).
5. En el grupo de pacientes trasladados desde Psiquiatría a otras plantas, la mayoría provenían de Urgencias (55'6%) con traslado a plantas médicas (77'8%), sobre todo Medicina Interna (55'6%), con motivo de ingreso principal siendo trastorno de la conducta (27'8%) e indicación de traslado el abordaje de infecciones activas (50%).
6. El diagnóstico psiquiátrico principal con mayor prevalencia fue el trastorno depresivo (33'3%), mientras que los diagnósticos secundarios más habituales fueron el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de personalidad.
7. El grupo trasladado desde psiquiatría a otros servicios se caracterizó por tener una edad significativamente mayor ($p = 0,001$), más institucionalizados ($p = 0,040$) y menos problemática social ($p = 0,034$).
8. El perfil de alta complejidad asistencial sumado a la implicación de múltiples servicios en los traslados intrahospitalarios requiere de procesos bien definidos para asegurar mejor coordinación multidisciplinaria.

5. Bibliografía

1. Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2017;17(2):1-17. doi: 10.1186/s12888-016-1172-3
2. Lobo A. Psiquiatría psicosomática: la contribución desde la psiquiatría a una “medicina integral”. *Gac Med Bilbao*. 2018;115(1):20-30.
3. Lyketsos CG, Huyse FJ, Gitlin DF, Levenson JL. Psychosomatic medicine: A new psychiatric subspecialty in the U.S. focused on the interface between psychiatry and medicine. *Eur J Psychiatry*. 2006;20(3):165-71. doi: 10.4321/S0213-61632006000300004
4. Marchi M, Magarini FM, Mattei G, Pingani L, Moscara M, Galeazzi GM, Ferrari S. Diagnostic agreement between physicians and a consultation-liaison psychiatry team at a general hospital: An exploratory study across 20 years of referrals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):1-15. doi: 10.3390/ijerph18020749
5. Erickson JM, Ratzliff A. Integrated care. In: Lavakumar M, Rosenthal LJ, Tabinowitz T. *Fundamentals of consultation liaison psychiatry: Principles and practice*. Nova Medicine & Health; 2019. p. 51-64.
6. Latorre P, Campos R, Marco J. Comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de adultos de psiquiatría: Frecuencia, perfil de gravedad y necesidades asistenciales. [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Escuela de Doctorado; 2021.
7. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. *What is Integrated Care?* 2^a ed. Londres: Nuffield Trust; 2011.
8. Asuquo SE, Goodman MB, Gaynes BN, Nakamura ZM. A proactive consultation-liaison psychiatry implementation framework for the management of medical and surgical inpatients with psychiatric comorbidities. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022;74:149-51. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2021.09.010
9. Hussain M, Seitz D. Integrated models of care for medical inpatients with psychiatric disorders: A systematic review. *Psychosomatics*. 2014;55(4):315-25. doi: 10.1016/j.psym.2013.08.003
10. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Dep Salud. [Internet]. 2023;218-36. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
11. Pezzia C, Pugh JA, Lanham HJ, Leykum LK. Psychiatric consultation requests by inpatient medical teams: An observational study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):336. doi:

12. García M, Campos R. Complejidad asistencial en pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización de Psiquiatría (UHA): la comorbilidad somática. Perfil de ingresos realizados como trasladados de otras plantas por recomendación de Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de los pacientes trasladados a otras plantas una vez ingresados en UHA. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2020.
13. Wang S, Mosher C, Perkins A, Sujuan G, Lasiter S, Khan S, et al. Post-intensive care unit psychiatric comorbidity and quality of life. *J Hosp Med.* 2017;12(10):831-5. doi: 10.12788/jhm.2827
14. Lobo-Escolar A, Saz-Muñoz P, Lobo-Satué A. Morbilidad psíquica y somática en una población general geriátrica: distribución, características y estudio de asociación. [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Escuela de Doctorado; 2008.
15. Barra BJ, Varela LF, Maldonado JR, Calvo P, Bastidas A, Sánchez R, Pintor L. Clinical profile and length of hospital stay in a sample of psychogeriatric patients referred to consultation liaison psychiatric unit. *Med.* 2021;57(3):256. doi: 10.3390/medicina 57030256
16. Plan de Salud Mental 2022-2025. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad; 2022.
17. Yilmaz Karaman I, Agridag E, Dermican F. Medical consultations for the patients with severe mental illness: An evaluation in psychiatry inpatient service. *Eur Psychiatry.* 2021;64(S1):S652-S652. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.1731
18. Lanvin V, Vulser H, Vinant V, Chatellier G, Airagnes G, Hoertel N, Limosin F, Lemogne C. Early liaison psychiatry consultations and general hospital readmission: A retrospective cohort study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022;77:29-36. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2022.03.007.
19. Chen KY, Evans R, Larkins S. Why are hospital doctors not referring to consultation-liaison psychiatry? A systemic review. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):1-12. doi: 10.1186/s12888-016-1100-6
20. Zaragoza3.es: Mapa sanitario del sector 3 [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Servicio Aragonés de Salud. Disponible en: http://www.zaragoza3.es/Gerencia/Recursos/mapa_zaragoza3.htm
21. Plan de Salud de Aragón 2030. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad; 2014.
22. Campos R, Zapata M, Quintanilla M, Pérez V. Guía del residente: Guía docencia MIR del Servicio de Psiquiatría Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa";. Zaragoza; 2024.

23. Christodoulou C, Fineti K, Douzenis A, Moussas G, Michopoulos I, Lykouras L. Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7:1–7. doi:10.1186/1744-859X-7-1
24. Mudgal V, Rastogi P, Niranjan V, Razdan R. Pattern, clinical and demographic profile of inpatient psychiatry referrals in a tertiary care teaching hospital: A descriptive study. *Gen Psychiatry*. 2020;33(4):1–6. doi:10.1136/gpsych-2020-100201
25. The jamovi project. *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. 2022. Disponible en: <https://www.jamovi.org>.
26. R Core Team. *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.1) [Computer software]. 2021. Disponible en: <https://cran.r-project.org>.

6. Anexos

ANEXO I: TABLAS

Tabla 1. Descripción de traslados UPPE-UHA, UHA-UPPE y bidireccionales del total.

Año	Ingresos totales	Traslados a UHA	% a UHA	Traslados desde UHA	% desde UHA	Casos bidireccionales	% bidireccional
2020	231	23	9'9%	8	3'4%	5	2'1%
2021	268	19	7%	5	1'8%	3	1'1%
2022	298	18	6%	5	1'6%	3	1%

6.1.1. Tablas pertinentes a los traslados UPPE-UHA

Tabla 2. Resumen de las variables.

Variable		2020	2021	2022	Total	% Total
N		23	19	18	60	100%
Sexo	Hombre	11	9	12	32	53'3%
	Mujer	12	10	6	28	46'7%
Grupos de edad	Adulto joven	5	6	7	18	30%
	Adulto	13	11	8	32	53'3%
	Adulto mayor	3	2	2	7	11'7%
	Anciano	2	0	1	3	5%
Nacionalidad	España	19	12	13	49	81'7%
	Extranjero	4	2	5	11	18'3%
	- Rumanía	1	1	2	4	6'7%
	- Bulgaria	1	0	2	3	5%
	- Uruguay	1	0	1	2	3'3%
	- Brasil	0	1	0	1	1'7%
	- Nigeria	1	0	0	1	1'7%
Estado civil	Casado / Pareja	13	4	8	25	41'7%
	Soltero	6	9	10	25	41'7%
	Divorciado	2	6	0	8	13'3%
	Viudo	2	0	0	2	3'3%
Situación laboral	Activo	4	4	2	10	16'7%
	Desempleo	7	6	11	24	40%
	Jubilado	6	2	3	11	18'3%
	Incapacitado	5	4	2	11	18'3%
	Labores del hogar	1	1	0	2	3'3%
	Estudiante	0	2	0	2	3'3%
Convivencia	Cónyuge e hijos	2	0	1	3	5%
	Cónyuge / Pareja	7	4	5	16	26'7%
	Hijos	3	1	0	4	6'7%
	Institucionalizado	2	1	0	3	5%
	Padres / hermanos	5	7	7	19	31'7%
	Solo	4	6	5	15	25%
Problemática social	Sí	17	7	13	37	61'7%
	No	6	12	5	23	38'3%
Tipo de ingreso	Voluntario	14	16	11	41	68'3%
	Involuntario	9	3	7	19	31'7%
Contención mecánica	Sí	2	2	1	5	8'3%
	No	21	17	17	55	91'7%
	Clínica confusional	4	2	0	6	10%
	Clínica depresiva	1	0	0	1	1'7%
	Convulsiones	0	0	1	1	1'7%
	Disnea	0	1	0	1	1'7%
	Ideas delirantes	1	1	1	3	5%

Motivo de ingreso	Infeción	4	0	1	5	8'3%
	Insuficiencia cardíaca	0	1	0	1	1'7%
	Intento autolítico	6	8	9	23	38'3%
	Intervención	1	1	1	3	5%
	Intoxicación	1	2	1	4	6'7%
	Pérdida ponderal	0	1	0	1	1'7%
	Rabdomiolisis	2	0	0	2	3'3%
	Sínd. constitucional	0	0	1	1	1'7%
	Trastorno conductual	3	2	3	8	13'3%
	Diagnóstico psiquiátrico previo	Sí	22	15	13	50
Seguimiento previo USM	No	1	4	5	10	16'7%
	Sí	20	13	7	40	66'7%
Ingresos previos UHA	No	3	6	11	20	33'3%
	Sí	14	11	9	34	56'7%
Tratamiento psiquiátrico previo	No	9	8	9	26	43'3%
	Sí	22	15	10	47	78'3%
Antecedentes familiares psiquiátricos	No	1	4	8	13	21'7%
	Sí	8	7	6	21	35%
Antecedentes médicos	No	15	12	12	39	65%
	Sí	19	16	13	48	80%
Seguimiento médico	No	4	3	5	12	20%
	Sí	11	10	6	27	45%
Unidad de la que se traslada	Quirúrgica	12	9	12	33	55%
	UCI	2	6	4	12	20%
	Médica	19	11	11	41	68'3%
	Médica-quirúrgica	0	2	1	3	5%
Desglose de servicio al que se traslada	Medicina Interna	13	10	7	30	50%
	UCI	2	6	4	12	20%
	Nefrología	3	0	0	3	5%
	Digestivo	0	1	1	2	3'3%
	Infecciosas	2	0	0	2	3'3%
	Neurología	1	0	1	2	3'3%
	Traumatología	1	0	1	2	3'3%
	Cirugía general	0	0	1	1	1'7%
	Cirugía vascular	0	1	0	1	1'7%
	Endocrinología	0	0	1	1	1'7%
	Neumología	0	0	1	1	1'7%
	Neurocirugía	0	1	0	1	1'7%
	Otorrinolaringología	0	0	1	1	1'7%
	Urología	1	0	0	1	1'7%
Motivo del traslado	Estabilización tras situación de riesgo vital	9	9	9	27	45%
	Continuidad asistencial	6	3	1	10	16'7%
	Ideas delirantes	3	1	1	5	8'3%
	Clínica confusional	3	1	0	4	6'7%
	Tr conductual	2	1	1	4	6'7%
	Clínica psicótica	0	2	1	3	5%
	Necesidad tratamiento específico	0	2	1	3	5%
	Clínica depresiva	0	0	2	2	3'3%
	Empeoramiento psicopatológico	0	0	1	1	1'7%
	Intento autolítico	0	0	1	1	1'7%

Servicios implicados en el manejo	1 Servicio	10	7	8	25	41'7%
	2 Servicios	5	5	6	16	26'7%
	3 Servicios	8	4	1	13	21'7%
	4 Servicios	0	2	1	3	5%
	5 Servicios	0	0	1	1	1'7%
	6 Servicios	0	1	1	2	3'3%
Diagnóstico psiquiátrico principal	Trastorno depresivo	5	7	8	20	33'3%
	Trastorno de adaptación	2	2	2	6	10%
	Trastorno bipolar	5	1	0	6	10%
	Trastorno psicótico	2	0	4	6	10%
	Trastorno por ideas delirantes	2	1	2	5	8'3%
	Trastorno por consumo de sustancias	2	2	0	4	6'7%
	Trastorno esquizofrénico	3	0	1	4	6'7%
	Trastorno esquizoafectivo	0	3	0	3	5%
	Trastorno de personalidad	0	1	1	2	3'3%
	Anorexia nerviosa	0	1	0	1	1'7%
	Trastorno disociativo	1	0	0	1	1'7%
	Trastorno neurocognitivo	1	0	0	1	1'7%
	Delirium	0	1	0	1	1'7%
Diagnóstico psiquiátrico secundario	Ninguno	11	5	6	22	36'7%
	Trastorno por consumo de sustancias	5	2	4	11	18'3%
	Trastorno de personalidad	1	9	1	11	18'3%
	Trastorno depresivo	1	1	3	5	8'3%
	Trastorno psicótico	1	1	1	3	5%
	Delirium	2	0	0	2	3'3%
	Deterioro neurocognitivo	1	0	1	2	3'3%
	Trastorno disociativo	0	1	1	2	3'3%
	Trastorno adaptativo	1	0	0	1	1'7%
	Trastorno conducta alimentaria	0	0	1	1	1'7%
Diagnóstico médico principal	No consta	3	3	3	9	15%
	Intoxicación con sustancias	9	9	8	26	43'3%
	Infección	5	1	1	7	11'7%
	Déficit B12	1	0	1	2	3'3%
	Deterioro cognitivo	1	1	0	2	3'3%
	Fracaso renal agudo	2	0	0	2	3'3%
	Tromboembolismo o pulmonar	0	1	1	2	3'3%
	Tumor	0	1	1	2	3'3%
	Colitis isquémica	1	0	0	1	1'7%
	Crisis convulsivas	1	0	0	1	1'7%
	Desnutrición	0	1	0	1	1'7%
	Enfermedad vascular periférica	0	1	0	1	1'7%
	Hipoxia	0	0	1	1	1'7%

	Insuficiencia cardiaca	0	1	0	1	1'7%
	Neurosarcoidosis	0	0	1	1	1'7%
	Politraumatismo	0	0	1	1	1'7%
Seguimiento al alta	Sí	22	18	18	58	96'7%
	No	1	1	0	2	3'3%
Desglose del seguimiento al alta	CSM	12	12	11	35	59'3%
	CCEE	6	1	2	9	15'3%
	Hospital de Día	0	1	3	4	6'8%
	UME	2	1	1	4	6'8%
	Psiquiatra de referencia	1	1	0	2	3'4%
	Residencia	2	0	0	2	3'4%
	UPPE	0	1	1	2	3'4%
	UTCA	0	1	0	1	1'7%
	No	1	1	0	2	3'4%
Tratamiento al alta	Sí	60	100%	60	100%	60
Tratamiento psiquiátrico prescrito al alta	Antidepresivo + antiepileptico + benzodiacepina + antipsicótico	0	2	1	3	5%
	Antidepresivo + benzodiacepina + antipsicótico	6	5	5	16	26'7%
	Antidepresivo + antiepileptico + antipsicótico	1	1	0	2	3'3%
	Antidepresivo + antiepileptico + benzodiacepina	0	2	0	2	3'3%
	Antiepileptico + benzodiacepina + antipsicótico	2	1	2	5	8'3%
	Antidepresivo + benzodiacepina	1	0	2	3	5%
	Antidepresivo + antipsicótico	0	0	3	3	5%
	Antiepileptico + antipsicótico	2	0	0	2	3'3%
	Antiepileptico + benzodiacepina	0	1	0	1	1'7%
	Benzodiacepina + antipsicótico	7	4	2	13	21'7%
	Antipsicótico	1	1	3	5	8'3%
	Incluye Litio en la pauta	3	0	0	3	5%
	Incluye Antabus en la pauta	1	0	1	2	3'3%

Tabla 3. Parámetros de tendencia central y dispersión de la edad.

		Edad
Media		49,3
Mediana		49,0
Moda		62,0
Desviación estándar		17,4
Mínimo		18
Máximo		84

Tabla 4. Parámetros de tendencia central y dispersión del ingreso total y en UHA.

		Tiempo de hospitalización (días)
Media		44,6
		28,9

Mediana	27,0	20,0
RIC	32,5	25,5
Desviación estándar	54,2	31,6
Mínimo	3	1
Máximo	333	194
Valor <i>p</i> de Shapiro Wilk	< 0,001	< 0,001
Percentil 25	17,5	10,8
Percentil 75	50	36,3

6.1.2. Tablas pertinentes a los traslados UHA-UPPE

Tabla 5. Resumen de las variables.

Variable		2020	2021	2022	Total	% Total
<i>N</i>		8	5	5	18	100%
Sexo	Hombre	4	4	3	11	61'1%
	Mujer	4	1	2	7	38'9%
Grupos de edad	Adulto joven	0	0	1	1	5'6%
	Adulto	2	4	3	9	50%
	Adulto mayor	4	1	0	5	27'8%
	Anciano	2	0	1	3	16'7%
Nacionalidad	España	8	4	4	16	88'9%
	Extranjero	0	1	1	2	11'1%
	- Rumanía	0	1	0	1	5'6%
	- Bulgaria	0	0	1	1	5'6%
Estado civil	Casado / Pareja	4	1	4	9	50%
	Soltero	4	2	1	7	38'9%
	Divorciado	0	2	0	2	11'1%
	Viudo	0	0	0	0	0%
Situación laboral	Desempleo	2	1	3	6	33'3%
	Jubilado	5	1	1	7	38'9%
	Incapacitado	1	1	1	3	16'7%
	Activo	0	2	0	2	11'1%
	Estudiante	0	0	0	0	0%
	Labores del hogar	0	0	0	0	0%
Convivencia	Padres/hermanos	1	0	1	2	11'1%
	Cónyuge/pareja	4	1	4	9	50%
	Solo	1	2	0	3	16'7%
	Hijos	0	0	0	0	0%
	Cónyuge e hijos	0	0	0	0	0%
	Institucionalizado	2	2	0	4	22'2%
Problemática social	Sí	5	0	1	6	33'3%
	No	3	5	4	12	66'7%
Tipo de ingreso	Voluntario	6	2	3	11	61'1%
	Involuntario	2	3	2	7	38'9%
Contención mecánica	Sí	2	1	0	3	16'7%
	No	6	4	5	15	83'3%
Motivo de ingreso	Intento autolítico	0	1	0	1	5'6%
	Trastorno conductual	2	2	1	5	27'8%
	Clínica confusional	2	0	0	2	11'1%
	Clínica depresiva	3	0	1	4	22'2%
	Síndrome constitucional	0	0	1	1	5'6%
	Continuidad asistencial	0	1	1	2	11'1%

	Empeoramiento psicopatológico	1	1	1	3	16'7%
Diagnóstico psiquiátrico previo	Sí	7	5	5	17	94'4%
	No	1	0	0	1	5'6%
Seguimiento previo USM	Sí	7	4	4	15	83'3%
	No	1	1	1	3	16'7%
Ingresos previos UHA	Sí	5	4	4	13	72'2%
	No	3	1	1	5	27'8%
Tratamiento psiquiátrico previo	Sí	7	4	4	15	83'3%
	No	1	1	1	3	16'7%
Antecedentes familiares psiquiátricos	Sí	2	3	1	6	33'3%
	No	6	2	4	12	66'7%
Antecedentes médicos	Sí	8	4	5	17	94'4%
	No	0	1	0	1	5'6%
Procedencia del ingreso	Urgencias	6	2	2	10	55'6%
	Otro servicio	2	3	3	8	44'4%
Desglose del servicio de procedencia	Urgencias	6	2	2	10	55'6%
	Medicina Interna	0	2	1	3	16'7%
	Neumología	1	0	0	1	5'6%
	Neurocirugía	0	1	0	1	5'6%
	UCI	0	0	1	1	5'6%
	UME	0	0	1	1	5'6%
Servicio al que se traslada	CME IJ	1	0	0	1	5'6%
	Médica	6	4	4	14	77'8%
	Médico-quirúrgica	1	0	0	1	5'6%
Desglose del servicio al que se traslada	UCI	1	1	1	3	16'7%
	Medicina Interna	3	4	3	10	55'6%
	UCI	1	1	1	3	16'7%
	Infecciosas	2	0	0	2	11'1%
	Neumología	0	0	1	1	5'6%
Motivo del traslado	Neurología	1	0	0	1	5'6%
	Dermatología	1	0	0	1	5'6%
	Tratamiento infección	3	4	2	9	50%
Seguimiento por UPPE	Necesidad tratamiento específico	2	1	2	5	27'8%
	Completar estudio diagnóstico	3	0	1	4	22'2%
	Sí	4	3	4	11	61'1%
	No	4	2	1	7	38'9%
Servicios implicados en el manejo	1 Servicio	7	3	2	12	66'7%
	2 Servicios	0	0	1	1	5'6%
	3 Servicios	1	1	1	3	16'7%
	4 Servicios	0	0	1	1	5'6%
	5 Servicios	0	0	0	0	0%
	6 Servicios	0	1	0	1	5'6%
Diagnóstico psiquiátrico principal	Trastorno depresivo	2	1	3	6	33'3%
	Trastorno de adaptación	0	1	0	1	5'6%
	Trastorno bipolar	2	0	0	2	11'1%
	Delirium	2	0	1	3	16'7%
	Trastorno por ideas delirantes	1	0	0	1	5'6%
	Trastorno esquizofrénico	1	0	1	2	11'1%
	Trastorno esquizoafectivo	0	2	0	2	11'1%
	Trastorno de personalidad	0	1	0	1	5'6%

Diagnóstico psiquiátrico secundario	Ninguno	7	3	3	13	72'2%
	Trastorno por consumo de sustancias	0	0	1	1	5'6%
	Trastorno esquizoafectivo	0	1	0	1	5'6%
	Deterioro neurocognitivo	0	0	1	1	5'6%
	Trastorno psicótico	0	1	0	1	5'6%
	Tr depresivo	1	0	0	1	5'6%
Diagnóstico médico principal	No Consta	1	0	0	1	5'6%
	Infección	5	3	1	9	50%
	Tumor	1	1	1	3	16'7%
	Síndrome confusional	0	1	1	2	11'1%
	Intoxicación sustancias	0	0	1	1	5'6%
	Crisis convulsivas	1	0	0	1	5'6%
	TEP	0	0	1	1	5'6%
Tratamiento al alta	Sí	5	5	3	13	72'2%
	No	3	0	2	5	27'8%
Tratamiento psiquiátrico prescrito al alta	Antidepresivo + benzodiacepina + antipsicótico	1	0	1	2	11'2%
	Antidepresivo + antiepileptico + antipsicótico	0	1	0	1	5'6%
	Antidepresivo + antiepileptico + benzodiacepina	0	1	0	1	5'6%
	Antidepresivo + antipsicótico	0	0	2	2	11'2%
	Antiepileptico + antipsicótico	1	0	0	1	5'6%
	Benzodiacepina + antipsicótico	2	3	0	5	27'8%
	Antipsicótico	1	0	0	1	5'6%
	Ninguno	3	0	2	5	27'8%

Tabla 6. Parámetros de tendencia central y dispersión de la edad.

	Edad
Media	64'2
Mediana	62'5
Moda	53
Desviación estándar	14'8
Mínimo	31
Máximo	89

Tabla 7. Parámetros de tendencia central y dispersión del tiempo de ingreso en UHA.

	Tiempo de ingreso en UHA (días)
Media	26,9
Mediana	4,50
RIC	33,3
Desviación estándar	40,1
Mínimo	1
Máximo	118
Valor p de Shapiro Wilk	< 0,001
Percentil 25	2,25
Percentil 75	35,5

7.1.3. Tabla de contraste de hipótesis de Grupo UPPE-UHA y Grupo UHA-UPPE

Tabla 8. Frecuencia y P valor según las variables de los grupos UPPE-UHA y UHA-UPPE.

Variable		Traslado UPPE-UHA	Traslado UHA-UPPE	P valor
	N	60	18	0.001
	Edad (años)	49'3	64'2	0.001
	Sexo (femenino)	28 (46'7%)	7 (38'9%)	0.561
	Nacionalidad (España)	49 (81'7%)	16 (88'9%)	0.471
Estado civil	Casado / Pareja	25 (41'7%)	9 (50%)	0.825
	Soltero	25 (41'7%)	7 (38'9%)	
	Divorciado	8 (13'3%)	2 (11'1%)	
	Viudo	2 (3'3%)	0	
Situación laboral	Activo	10 (16'7%)	2 (11'1%)	0.522
	Desempleado	24 (40%)	6 (33'3%)	
	Jubilado	11 (18'3%)	7 (38'9%)	
	Incapacitado	11 (18'3%)	3 (16'7%)	
	Labores del hogar	2 (3'3%)	0	
	Estudiante	2 (3'3%)	0	
Convivencia	Cónyuge e hijos	3 (5%)	0	0.040
	Cónyuge / Pareja	16 (26'7%)	9 (50%)	
	Hijos	4 (5%)	0	
	Institucionalizado	3 (5%)	4 (22'2%)	
	Padres / hermanos	19 (31'7%)	2 (11'1%)	
	Solo	15 (25%)	3 (16'7%)	
	Problemática social (Sí)	37 (61'7%)	6 (33'3%)	0.034
	Tipo de ingreso (Voluntario)	41 (68'3%)	11 (61'1%)	0.569
	Contención mecánica (Sí)	5 (8'3%)	3 (16'7%)	0.307
Motivo de ingreso	Clínica confusional	60 (10%)	2 (11'1%)	< 0.001
	Clínica depresiva	1 (1'7%)	4 (22'2%)	
	Convulsiones	1 (1'7%)	0	
	Disnea	1 (1'7%)	0	
	Ideas delirantes	3 (5%)	0	
	Infección	5 (8'3%)	0	
	Insuficiencia cardíaca	1 (1'7%)	0	
	Intento autolítico	23 (38'3%)	1 (5'6%)	
	Intervención	3 (5%)	0	
	Intoxicación	4 (6'7%)	0	
	Pérdida ponderal	1 (1'7%)	0	
	Rabdomiólisis	2 (3'3%)	0	
	Sínd. constitucional	1 (1'7%)	1 (5'6%)	
	Trastorno conductual	8 (13'3%)	5 (27'8%)	
	Empeoramiento psicopatológico	0	3 (16'7%)	
	Continuidad asistencial	0	2 (11'1%)	
	Diagnóstico psiquiátrico previo (Sí)	50 (83'3%)	17 (94'4%)	0.235
	Seguimiento previo en Salud Mental (Sí)	40 (66'7%)	15 (83'3%)	0.174
	Ingresos previos en UHA (Sí)	34 (56'7%)	13 (72'2%)	0.237
	Tratamiento psiquiátrico previo (Sí)	47 (78'3%)	15 (83'3%)	0.645
	Antecedentes familiares psiquiátricos (Sí)	21 (35%)	6 (33'3%)	0.896
	Antecedentes médicos (Sí)	48 (80%)	17 (94'4%)	0.149
	Estancia en UHA (días)	28,9	26'9	0.033
Unidad de la que se traslada	UCI	12 (20%)	1 (5'6%)	0.044
	Urgencias	0	10 (55'6%)	
	Médica	41 (68'3%)	4 (22'2%)	
	Quirúrgica	3 (5%)	1 (5'6%)	
	Médica-quirúrgica	4 (6'7%)	0	
	Clínica confusional	4 (6'7%)	0	< 0.001
	Clínica depresiva	2 ()	0	
	Clínica psicótica	3 (5%)	0	
	Continuidad asistencial	10 (16'7%)	0	
	Empeoramiento psicopatológico	1 (1'7%)	0	
	Estabilización tras situación riesgo vital	27 (45%)	0	

Motivo del traslado	Ideas delirantes	5 (8'3%)	0	
	Intento autolítico	1 (1'7%)	0	
	Necesidad tratamiento específico	3 (5%)	5 (27'8%)	
	Trastorno conductual	4 (6'7%)	0 ()	
	Tratamiento infección	0	9 (50%)	
	Completar estudio diagnóstico	0	4 (22'2%)	
Servicios implicados en el manejo	1 Servicio	25 (41'7%)	12 (66'7%)	0.379
	2 Servicios	16 (26'7%)	1 (5'6%)	
	3 Servicios	13 (21'7%)	3 (16'7%)	
	4 Servicios	3 (5%)	1 (5'6%)	
	5 Servicios	1 (1'7%)	0	
	6 Servicios	2 (3'3%)	1 (5'6%)	
Diagnóstico psiquiátrico principal	Trastorno adaptación	6 (10%)	1 (5'6%)	0.464
	Trastorno bipolar	6 (10%)	2 (11'1%)	
	Trastorno consumo por sustancias	4 (6'7%)	0	
	Trastorno depresivo	20 (33'3%)	6 (33'3%)	
	Trastorno esquizoafectivo	3 (5%)	2 (11'1%)	
	Trastorno esquizofrénico	4 (6'7%)	2 (11'1%)	
	Trastorno por ideas delirantes	5 (8'3%)	1 (5'6%)	
	Trastorno personalidad	2 (3'3%)	1 (5'6%)	
	Trastorno psicótico	6 (10%)	1 (5'6%)	
	Delirium	1 (1'7%)	3 (16'7%)	
	Trastorno disociativo	1 (1'7%)	0	
	Trastorno neurocognitivo	0	0	
	Anorexia nerviosa	1 (1'7%)	0	
Diagnóstico psiquiátrico secundario	Trastorno adaptación	1 (1'7%)	0	0.167
	Trastorno consumo por sustancias	11 (18'3%)	1 (5'6%)	
	Trastorno depresivo	5 (8'3%)	1 (5'6%)	
	Trastorno esquizoafectivo	0	1 (5'6%)	
	Trastorno personalidad	11 (18'3%)	0	
	Trastorno psicótico	3 (5%)	1 (5'6%)	
	Delirium	2 (3'3%)	0	
	Trastorno disociativo	2 (3'3%)	0	
	Deterioro neurocognitivo	2 (3'3%)	1 (5'6%)	
	Trastorno conducta alimentaria	1 (1'7%)	0	
Diagnóstico médico principal	Ninguno	22 (36'7%)	13 (72%)	0.010
	Intoxicación con sustancias	26 (43'3%)	1 (5'6%)	
	Infección	7 (11'7%)	9 (50%)	
	Déficit vitamina B12	2 (3'3%)	0	
	Deterioro cognitivo	2 (3'3%)	0	
	Fracaso renal agudo	2 (3'3%)	0	
	Tromboembolismo pulmonar	2 (3'3%)	1 (5'6%)	
	Tumor	2 (3'3%)	3 (16'7%)	
	Crisis convulsivas	1 (1'7%)	1 (5'6%)	
	Sínd. Confusional	0	2 (11'1%)	
	Colitis isquémica	1 (1'7%)	0	
	Insuficiencia cardiaca	1 (1'7%)	0	
	Enfermedad vascular periférica	1 (1'7%)	0	
	Desnutrición	1 (1'7%)	0	
	Hipoxia	1 (1'7%)	0	
	Neurosarcoidosis	1 (1'7%)	0	
Tratamiento psiquiátrico al alta (Sí)	Politraumatismo	1 (1'7%)	0	< 0.001
	No consta	9 (15%)	1 (5'6%)	
	Tratamiento psiquiátrico al alta (Sí)	60 (100%)	13 (72%)	
	Antidepresivo + antiepiléptico + benzodiacepina + antipsicótico	3 (5%)	0	
	Antidepresivo + benzodiacepina + antipsicótico	16 (26'7%)	2 (11'1%)	
	Antidepresivo + antiepiléptico + antipsicótico	2 (3'3%)	1 (5'6%)	
	Antidepresivo + antiepiléptico + benzodiacepina	2 (3'3%)	1 (5'6%)	
	Antiepiléptico + benzodiacepina + antipsicótico	5 (8'3%)	0	
Tratamiento psiquiátrico	Antidepresivo + antipsicótico	3 (5%)	2 (11'2%)	0.024
	Antidepresivo + benzodiacepina	3 (5%)	0	
	Antiepiléptico + antipsicótico	2 (3'3%)	1 (5'6%)	

prescrito al alta	Antiepiléptico + benzodiacepina	1 (1'7%)	0	
	Benzodiacepina + antipsicótico	13 (21'7%)	5 (27'8%)	
	Antipsicótico	5 (8'3%)	1 (5'6%)	
	Incluye Antabús	2 (3'3%)	0	
	Incluye Litio	3 (5%)	0	
	Ninguno	0	5 (27'8%)	

6.2. ANEXO II

6.2.1. *Dictamen CEICA*



CEIC Aragón (CEICA)

Dictamen Favorable

C.I. PI25/033

28 de enero de 2025

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIm Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 28/01/2025, Acta N° 02/2025 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Complejidad asistencial en pacientes ingresados en unidades de hospitalización de psiquiatría (UHA): análisis de traslados intrahospitalarios de la UHA a otras plantas y viceversa.

Estudiante: Mariana Presa Gutiérrez

Tutores: Ricardo Campos Ródenas, Amelia Campos Sáenz de Santa María

Versión protocolo: enero/2025

Se acepta la exención de consentimiento para la recogida de datos retrospectivos siempre que se cedan a la estudiante seudonimizados

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los permisos necesarios para el acceso a los datos, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este **CEIC** emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del trabajo.

4º. El presente dictamen favorable sólo tendrá **validez hasta la fecha declarada de final del estudio (mayo de 2025)**, la modificación de esta fecha o cualquier otra modificación sustancial de las condiciones y/o metodología respecto de la versión arriba referenciada del protocolo o del documento de información debe presentarse de nuevo a evaluación por el comité.

Lo que firmo en Zaragoza, a fecha de firma electrónica

GONZALEZ Firmado digitalmente
HINJOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B
DNI 03857456B Fecha: 2025.02.03
10:39:18 +01'00'

Maria González Hinjos

6.2.2. Autorización para la recogida de datos



Departamento de Sanidad



HOSPITAL CLÍNICO

UNIVERSITARIO

"LOZANO BLESÁ"

Avenida San Juan Bosco, 15

50009-ZARAGOZA

Tipo de Proyecto:

<input type="checkbox"/>	Tesis doctoral	<input checked="" type="checkbox"/>	TFG / TFM	<input type="checkbox"/>	Proyecto FIS o similar
<input type="checkbox"/>	Comunicación	<input type="checkbox"/>	Trabajo de campo	<input type="checkbox"/>	Otros:

Resumen: (máximo 300 palabras)

1.- Justificación:

La comorbilidad médica en pacientes con patología mental es muy amplia y su interrelación con la psiquiatría supone un desafío clínico. Para entender y afrontar este desafío es fundamental identificarlo y entender la dimensión y epidemiología del mismo. Es por ello que esta recogida de datos busca analizar estas interacciones y definir la epidemiología de estos pacientes, con el fin de poder mejorar la asistencia médica futura.

2.- Objetivos:

Elaborar perfil sociodemográfico y clínico-asistencial de los trasladados desde la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría a otros servicios intrahospitalarios y de los trasladados de otras plantas de hospitalización hacia la planta de Psiquiatría, desde el año 2019 hasta el 2024.

3.- Metodología:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes trasladados desde la Unidad de Psiquiatría a otros servicios y viceversa (traslado de otros Servicios a la Unidad de Psiquiatría) desde 2019 hasta 2024 inclusive. Se recogerán el conjunto básico mínimo de datos desde los informes de traslados.

4.- Aspectos Éticos (Requiere la valoración por CEICA):

Valoración CEICA en trámite.

5.- Conflicto de intereses:

No.

Anexo I: PE-03-1_Z3(X)_Rev.D_Solicitud para realizar Proyectos de Investigación en el Sector III.

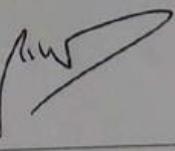
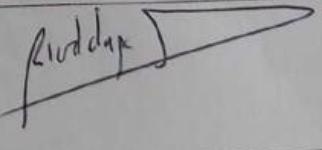
Recursos solicitados:					
<input type="checkbox"/>	Revisión de historias clínicas	<input type="checkbox"/>	Uso de bases de datos	<input type="checkbox"/>	Aplicación de encuestas
<input type="checkbox"/>	* Realización de pruebas diagnósticas	<input type="checkbox"/>	* Aplicación de tratamientos	<input checked="" type="checkbox"/>	* Otros

**Nota: describir el tipo de pruebas diagnósticas, tratamiento a utilizar o en su caso cualquier otro recurso solicitado.*

La estudiante creará una base de datos. Se le ofrecerán los datos de los pacientes pseudoanónimizados, cada paciente será asignado con un número.

Duración y cronograma de actividades: Diciembre 2024 – Enero 2025: búsqueda bibliográfica Febrero-Marzo 2025: inicio recogida datos, elaboración base de datos. Abril-Mayo 2025: análisis de los resultados y elaboración memoria TFG. Junio 2025: presentación oral TFG. La recogida de datos se realizará en Hospital Clínico Universitario (planta 3 – psiquiatría).

Análisis de costes: (Especificar los costes derivados de la realización del Proyecto) No presenta costes.		
---	--	--

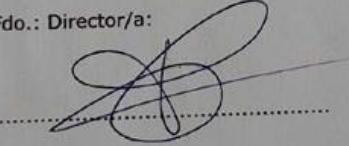
Firma del Solicitante:	Firma del Tutor:	Firma del Jefe de Servicio y/o Coordinador del Centro de Salud donde se desarrolle:
MARIANA PRESA GUTIERREZ LAPROA		

Lugar y Fecha

En, Zaragoza a 27 de Diciembre de 2024

Anexo I: PE-03-1_Z3(X)_Rev.D_Solicitud para realizar Proyectos de Investigación en el Sector III.

RESOLUCIÓN DIRECCIÓN

<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	NO FAVORABLE
Fdo.: Director/a: 	
Fecha: 1 ENERO 2025	

Anexo I: PE-03-1_Z3(X)_Rev.D_Solicitud para realizar Proyectos de Investigación en el Sector III.

6.2.3. Consentimiento informado para el uso de datos seudonimizados

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE USO DE DATOS SEUDONIMIZADOS

El abajo firmante, D. **Mariana Presa Gutiérrez** con DNI **72301796P** como investigador principal/colaborador/**alumno** (marque lo que proceda) del estudio: **"Complejidad asistencial en pacientes ingresados en unidades de hospitalización de psiquiatría (UHA): análisis de traslados intrahospitalarios de la UHA a otras plantas y viceversa"** declara que, para la realización de este estudio, se le han facilitado datos seudonimizados y garantiza que:

- no tiene acceso a la identidad de los datos ni va a realizar ninguna actividad que derive en la reidentificación de los datos
- los datos se utilizarán únicamente como se describe en el protocolo aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente
- los datos no se cederán a terceros ni se combinarán con datos procedentes de otras fuentes
- se adoptarán las medidas de seguridad necesarias para evitar la reidentificación y el acceso de terceros no autorizados
- se destruirá el conjunto de datos y cualquier dato o variable derivado de él al final del período de investigación
- no se divulgará o publicará ninguna información o resultado que identifique cualquier registro individual o que pueda conducir a la identificación de cualquier registro individual

Fecha: 1 Enero 2025

Firma: Firmado por PRESA GUTIERREZ MARIANA -
Firma: ***0179** el día 01/01/2025 con un
certificado emitido por AC FNMT Usuarios

Investigador principal/colaborador/**alumno**