

## *Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año*

1 de febrero de 2011-31 de enero de 2012

Trabajo original

### **Resumen**

*Los trastornos psiquiátricos son una de las principales causas de morbilidad mundial, y la respuesta insuficiente de los servicios de salud mental viene siendo objeto de estudios científicos. Surge así la necesidad de actualizar la información epidemiológica de nuestros servicios y compararla con estudios previos.*

*La impresión clínica lleva a plantearnos la hipótesis de un aumento en la frecuencia de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y violencia, lo cual requiere objetivar estos datos.*

*Es un estudio descriptivo observacional transversal de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel durante un año. La internación en sala cumple actualmente con una asistencia de corta estadía, multidisciplinaria, con criterios geográficos y clínicos, de amplio espectro nosológico, predominando los trastornos por consumo de sustancias.*

*Algunos puntos objetivados son: patología dual 40,82 %, no compensación 15 % (egresos sin alta médica y derivaciones) y el 12,24 % de reinternaciones en el período analizado.*

### **Summary**

*Psychiatric disorders are one of the leading causes of morbidity worldwide, and the insufficient response of mental health services is being matter of scientific studies.*

*Thus arises the need to update the epidemiological information of our services, and to compare it with previous studies.*

*Prevailing clinical impression tends to consider the hypothesis of an increase in the frequency of psychoactive substance use disorders and violence, but these data demand objective confirmation.*

*This is a cross-sectional descriptive observational study of the population assisted in the mental health ward at the Maciel Hospital along a year. The inpatient service currently offers a short stay, multidisciplinary care, with specific clinical and geographical criteria, for broad-spectrum conditions, outstanding substance use disorders. Some outcome rates include: dual pathology 40,82 %, non-stabilization (i.e.: leaving hospital without medical discharge and referral): 15 %, and re-admission: 12,24 % for the analyzed period.*

### **Palabras clave**

*Internación psiquiátrica de corta estadía  
Hospital Maciel  
Patología dual  
Abordaje multidisciplinario*

### **Key words**

*Short stay psychiatric inpatient service  
Maciel Hospital  
Dual pathology  
Multidisciplinary approach*

### **Autores**

**Verónica Pérez**  
Médica psiquiatra

**Gastón Ricci**  
Médico psiquiatra

**Álvaro Trindade**  
Médico psiquiatra

**Sandra Romano**  
Médica psiquiatra. Profesora  
Agda. Clínica Psiquiátrica,  
Udelar.

Correspondencia:  
gaston.ricci@hotmail.com

## Introducción

### El contexto de la salud mental

Se estima que aproximadamente 450 millones de personas padecen trastornos mentales y del comportamiento. Dichos trastornos comprenden cinco de las diez causas principales de carga de morbilidad en todo el mundo. Las proyecciones prevén que el porcentaje de la morbilidad mundial atribuible a los trastornos mentales y de comportamiento aumente del 12 % en 1999 al 15 % en el año 2020, y que este aumento será particularmente pronunciado en los países en desarrollo.<sup>1</sup>

En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8.8 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En el año 2002 esa carga había ascendido a más del doble, 22.2 %. A nivel mundial los trastornos neuropsiquiátricos representan el 14 % de las enfermedades y casi las tres cuartas partes de la carga mundial de estos trastornos corresponden a los países con ingresos bajos y medio bajos. En 2004, representaban el 21 % de la carga total de enfermedad medida en AVAD en América Latina y el Caribe. A pesar de la magnitud del fenómeno, la respuesta de los servicios de salud es en general limitada y a veces inapropiada.<sup>2</sup>

Dentro del paquete de orientación sobre políticas y servicios OMS 2001, se plantea la descentralización de los servicios de salud como una tendencia clave en todo el mundo y una oportunidad para integrar la salud mental en los servicios de salud general, y se resalta cómo la ejecución de las intervenciones a través de los sistemas de salud general presentan varias ventajas, entre ellas, mejorar la accesibilidad geográfica, reducir el estigma que recae sobre los trastornos mentales (pues se tratan como una enfermedad más) y mejorar las tasas de detección y tratamiento precoz de los problemas de salud mental, así como también lograr aumentar la calidad de la atención mediante

la adopción de un planteamiento integral de la salud.<sup>1, 3-7</sup>

La OPS-OMS plantea como prioridad avanzar hacia el cierre o reducción de camas de los grandes hospitales psiquiátricos, así como la apertura y fortalecimiento de pequeñas unidades psiquiátricas en hospitales generales.<sup>8,9</sup>

A pesar de que la internación de pacientes agudos en hospital general es un principio recomendado por OPS-OMS, en 2001 solamente el 16.8 % de las camas de internación psiquiátrica de la región de las Américas se encontraban en unidades psiquiátricas en hospitales generales (UPHG).<sup>10</sup>

En 2011 estos indicadores se ven modificados en forma positiva, con un índice de 2,6 camas psiquiátricas por 10.000 habitantes, que se distribuyen de este modo: 45 % en hospitales psiquiátricos, 22 % en hospitales generales y 33 % en residenciales u hogares protegidos.<sup>11</sup>

### Trabajos en unidades psiquiátricas en hospitales generales (UPHG)

De la revisión de estudios acerca de las características de los servicios regionales de asistencia en salud mental, los diagnósticos más frecuentes en las internaciones en las UPHG de la región fueron: esquizofrenia y otros trastornos delirantes no orgánicos, trastornos afectivos, trastornos orgánicos cerebrales, trastornos derivados del uso y abuso de alcohol e intentos de autoeliminación. El tiempo medio de internación utilizado se agrupaba en tres categorías: hasta 5 días (Paraguay), de 11 a 21 días (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay) y hasta 45 días (Venezuela). El tiempo de internación promedio (entre 15 y 28 días) se encuentra dentro de los parámetros internacionales. Con frecuencia al alta no se realizaban seguimientos adecuados en los servicios ambulatorios, lo que provoca el fenómeno de «puerta giratoria» que también sucede en países desarrollados.<sup>10</sup>

De los datos relevados por un estudio realizado en el hospital de emergencias psiquiátricas de Buenos Aires T. Alvear (19 camas de

internación, para hombres y mujeres, de 14 a 20 años), se destaca: una edad promedio de 18,1 años, con un promedio de estadía de 55 días, 24 % de internaciones por orden judicial, un 27 % de intentos de autoeliminación. Los síndromes prevalentes al ingreso fueron: depresivo 31 %, alucinatorio 20 %, excitación psicomotriz 18 %, delirante 15 %, autoagresivo 7 %, maniaco 4 % y confusional 3 %. El consumo de alcohol (abuso) y/o sustancias psicoactivas estuvo presente en el 64 % de los pacientes.<sup>12</sup>

Trabajos a nivel nacional en unidades psiquiátricas en hospitales generales (UPHG)

### ***Breve reseña histórica***

El Hospital Maciel se ubica en la calle 25 de Mayo 172 y forma parte de la red asistencial de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Geográficamente el hospital tiene asignadas las zonas centro y oeste de Montevideo y los departamentos del interior que se ubican en torno a las rutas nacionales 1, 3 y 5. Es un hospital polivalente donde se integran varias especialidades médico-quirúrgicas y de salud mental. En convenio con la Facultad de Medicina se realiza formación de pre y posgrado. Su misión es brindar atención médica de alta calidad a sus usuarios mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, en forma integral, psíquica, física y socialmente, integrando armónicamente actividades de asistencia, docencia e investigación.

Un estudio realizado en el período enero-diciembre 1991, utilizando material de archivo de la policlínica (398 fichas), concluía que «las diferentes opciones psicoterapéuticas de que la unidad dispone satisfacen las necesidades de una población adulta, joven, neurótica, con buen nivel intelectual, bajo riesgo, con poca capacidad de actuación y ausencia de severos trastornos de conducta. Quedarían fuera de

esas opciones psicoterapéuticas los grupos que comprenden: adolescentes con trastorno de personalidad, adolescentes y adultos jóvenes con retardo mental y pacientes de tercera edad. Dres. Bossano J., Locatelli E., Michef M., Montalbán A.».<sup>13</sup>

Un estudio más reciente realizado en la policlínica del Hospital Maciel, retrospectivo, que incluyó a 129 pacientes asignados al equipo de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, resaltaba la dificultad en el empleo de la ficha de recolección de datos, debido a que en las historias en algunos casos se referían al cuadro sin aclarar el diagnóstico como tal, y al empleo de diferentes marcos de referencia nosológicos. Los autores concluían en la importancia de la incorporación del registro y la evaluación a la tarea cotidiana, para poder realizar estudios prospectivos que mejoren la calidad de la información recabada.<sup>14</sup>

De los estudios realizados en la sala de salud mental del Hospital Maciel destacamos el de los Dres. C. Aquines, V. Ems y S. Romano durante un semestre (1 de abril-30 de setiembre de 2000). El estudio concluyó que en general son derivados a sala pacientes que están en el debut de su enfermedad, y que en general se trata de cuadros agudos que requieren períodos cortos de internación.

Los autores destacaron la articulación de recursos de diferente índole y plantearon la necesidad de evaluar estos resultados en comparación con trabajos sobre servicios similares.<sup>15</sup>

En la misma sala de salud mental del Hospital Maciel se realizó otro estudio con el objetivo de evaluar la incidencia de la violencia, la depresión y otros trastornos vinculados como el consumo de sustancias en la población que ingresaba internada. Se analizó 328 historias clínicas durante el período comprendido entre julio de 1992 y mayo de 1995, para luego efectuar una evaluación estadística de los datos obtenidos y compararlos con los correspondientes datos obtenidos previos a la inauguración de dicha sala en abril de 1989. En la fecha de efectuado el estudio, el

servicio contaba con 6 camas de internación, 3 para mujeres y 3 para hombres. Los autores describen que durante su período de estudio se evidenció una disminución considerable de fugas del servicio y de los traslados al hospital psiquiátrico u otros centros asistenciales, y se logró el alta del paciente a su domicilio en la mayoría de los casos. De un total de 328 pacientes, 306 egresaron a domicilio, 11 fueron derivados al hospital psiquiátrico, 6 a otros servicios médicos, hubo 3 fugas y 2 altas contra voluntad médica.<sup>16</sup>

Trenchi y cols. realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el funcionamiento de la sala de salud mental del Hospital Maciel (que en ese momento contaba con 6 camas de internación), mediante la revisión de historias clínicas correspondientes al período 1989-1991. Los autores resaltan que se procuraba con ese dispositivo una asistencia intensa, breve, planificada y multidisciplinaria, con claros criterios de internación: geográficos, clínicos y de corta estadía, resaltando que el tipo de paciente y de cuadro nosológico que podrían ser internados eran muy amplios.<sup>17</sup>

## Objetivos

### Generales

Describir y analizar las características de la asistencia brindada en la unidad de internación de salud mental del Hospital Maciel durante el período comprendido entre el 1 de febrero de 2011 y el 31 de enero de 2012.

### Específicos

Conocer las características clínicas de los pacientes internados en la sala de salud mental del Hospital Maciel en el período en estudio.

Conocer las características sociodemográficas de los pacientes internados en la sala de salud mental del Hospital Maciel en el período comprendido en estudio.

Determinar las características de la población internada en sala y los posibles cambios comparando los resultados obtenidos con estudios previos de similares características.

Analizar la frecuencia del uso de benzodiazepinas en la población asistida en sala.

Conocer el promedio de estadía de internación en el servicio, el porcentaje de estabilización clínica de los pacientes durante la internación y correlacionarlos con las diferentes patologías.

Enumerar las principales estrategias de rehabilitación psicosocial que se emplearon según patología y perfil sociodemográfico del paciente.

## Material y método

Se realizó un estudio descriptivo observacional transversal de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel durante el período de un año, del 1 de febrero de 2011 al 31 de enero de 2012, con un número total de 169 pacientes.

### Población

Se incluyó a todos los pacientes ingresados en la sala en el período mencionado. Todos los ingresos fueron valorados por residentes de psiquiatría en puerta de emergencia, quienes indicaron la internación.

### Características de la sala

La unidad de internación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel es una sala abierta que cuenta con 10 camas, 5 para mujeres y 5 para hombres. Confluyen varios equipos de trabajo, a saber:

Equipo de farmacodependencia dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), integrado por psiquiatra y asistente social, encargado de la atención de los pacientes que ingresan por motivos estrictamente vinculados al consumo de sustancias.

Equipo de Facultad de Medicina de la Universidad de la República integrado por docentes, residentes y posgrados de la Clínica Psiquiátrica, a cargo de la atención diaria de los pacientes ingresados.

Equipo de ASSE integrado por psiquiatra, psicóloga, asistente social y enfermería, que trabaja en coordinación con los equipos mencionados.

Psicólogos que realizan pasantía como parte del programa de Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud.

Equipo de psicólogos del Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social (Cipres) que realizan terapia multifamiliar con los pacientes internados y sus familias, durante el período de internación y posalta inmediata, con una frecuencia de 3 veces por semana.

Las actividades se coordinan en una reunión semanal de equipos en la que participan todos los actores y la jefa de servicio.

#### VARIABLES A ESTUDIAR

Parámetros sociodemográficos organizados de forma tal de dar cuenta del nivel de autonomía del paciente: edad, sexo, estado civil y conyugal, vivienda, nivel de instrucción, ocupación actual, lugar geográfico de procedencia.

Parámetros clínicos de acuerdo con un criterio diagnóstico multidimensional organizados así: antecedentes personales de patología psiquiátrica, medidas terapéuticas biológicas y psicosociales; anteriores y actuales. Diagnóstico de trastorno mental de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10).<sup>18</sup> Diagnóstico de tipo clínico y curso evolutivo. Terapéuticas biológicas. Tipo de psicoterapia, lugar donde se realiza, frecuencia, duración. Estabilidad y grado de cumplimiento del tratamiento. Situación psicosocial: evaluación de la actividad psicosocial general mediante parámetros evolutivos: inicio de la enfermedad, forma de inicio, primera consulta en psiquiatría y

primera hospitalización, número de hospitalizaciones.<sup>19</sup>

#### RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se obtuvieron mediante el análisis de las historias clínicas e información provista por el equipo tratante. La recolección de información y el registro en la ficha estandarizada de la clínica psiquiátrica de la Facultad de Medicina<sup>20-23</sup> se realizó exclusivamente por los tres investigadores a cargo del estudio (ver ficha de recolección en anexo 1).

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizó descripción univariable utilizando las medidas de resumen (medidas de tendencia central y de dispersión) de las diferentes variables en estudio. Se realizó cruces de variables comparando el subgrupo de pacientes con policonsumo de sustancias y patología dual con el resto de la población. Se comparó además patrones de consumo utilizando información de estudios previos. Se utilizó en los test estadísticos correspondientes, previa verificación de las condiciones de aplicación, un nivel de significación del 5 %.

#### DESCRIPCIÓN DE LA BASE DE DATOS UTILIZADA PARA REGISTRO Y ANÁLISIS

Es el programa en uso en la Clínica Psiquiátrica para registro de su actividad asistencial. Es un sistema integral y portable cuyos componentes son:

Base de datos sql

Formularios de ingreso y consulta diseñados en html, php, JavaScript

Servidor MySQL

Servidor web Apache con soporte php

Navegador web MS Internet Explorer

MS Windows XP Pro

La base de datos está organizada en niveles de seguridad y confidencialidad.

## Resultados

Se analizó 169 historias clínicas correspondientes a la totalidad de ingresos a la sala durante el período (correspondieron a un total de 147 pacientes). Esta diferencia se debió a que 14 pacientes presentaron un reingreso y 4 pacientes presentaron 2 reingresos en el lapso que duró el estudio. Es decir, que el 12,24 % de las internaciones correspondieron a reinternaciones.

La procedencia de los pacientes se distribuyó con un 80 % de Montevideo (Mvdeo.) y un 20 % del interior del país. (Canelones, San José, Colonia y Lavalleja). Los ingresos procedentes de Montevideo se discriminaron por municipios. Se destaca un predominio de los municipios B con 44 y A con 35 ingresos. Ambas corresponden a zonas de influencia geográfica del Hospital Maciel (municipios A, B, C, G) (tabla 1).

La distribución por sexo fue: 53 % sexo masculino, 47 % sexo femenino. Las edades de los pacientes se ubicaron entre 15 y 78 años (gráfico 1). El promedio de edad fue de 36 años y el desvío de 14,9. La mediana fue de 32,5 años.

Tabla 1 |  
Procedencia geográfica de los pacientes

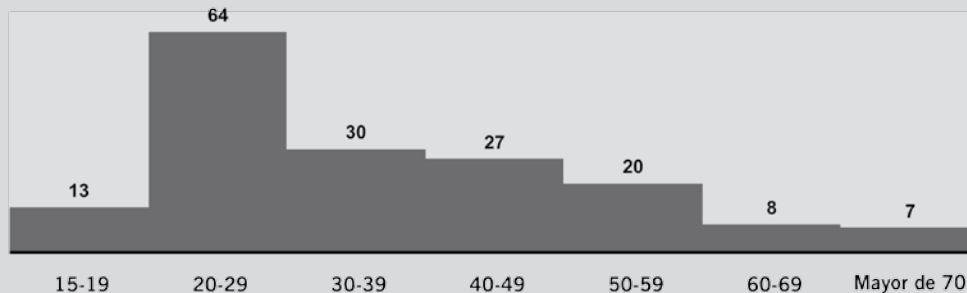
Según municipios Mvdeo.	N.º de ptes.
A	35
B	44
C	7
CH	10
D	6
E	7
F	9
G	11
Sin datos	6

Estado civil: 55 % solteros, 15 % divorciados, 14 % casados, 10 % en unión libre y 6 % viudos.

Nivel de instrucción: 36 % Ciclo Básico completo, 29 % Primaria completa, 21 % UTU completa, 12 % formación terciaria completa, 2 % profesión universitaria completa.

Tipo de vivienda: 60 % de tipo familiar, 28 % vivienda autónoma, 8 % sin vivienda, 4 % vivienda semiprottegida o institución.

Gráfico 1 | Histograma de distribución de por edad



Ocupación: 69 % sin ocupación formal remunerada, 13 % ocupación de tiempo completo, 8 % changas, 6 % ocupación de medio tiempo, 3 % estudiante, 1 % actividad social.

de la periferia, el resto proveniente de otras instituciones (Hospital de Clínicas, Hospital Vilardebó, Portal Amarillo), desde otras salas del Hospital Maciel y por orden judicial.

### Datos del ingreso

Se registró 152 internaciones voluntarias, 12 involuntarias, 3 judiciales y en 2 no se cuenta con datos.

Un 32 % de consultas fue por sus medios o por unidad de emergencia móvil; igual proporción era proveniente del comité de recepción del servicio de adicciones, el 24 % fue derivado por su psiquiatra tratante des-

En la tabla 2, se puede ver la distribución de los motivos de ingreso según categoría y los principales motivos de consulta, por orden de frecuencia, se muestran en el gráfico 2.

El 63 % de los ingresos no presentaba antecedentes previos de IAE y 10 % (17) presentó más de 5 IAE.

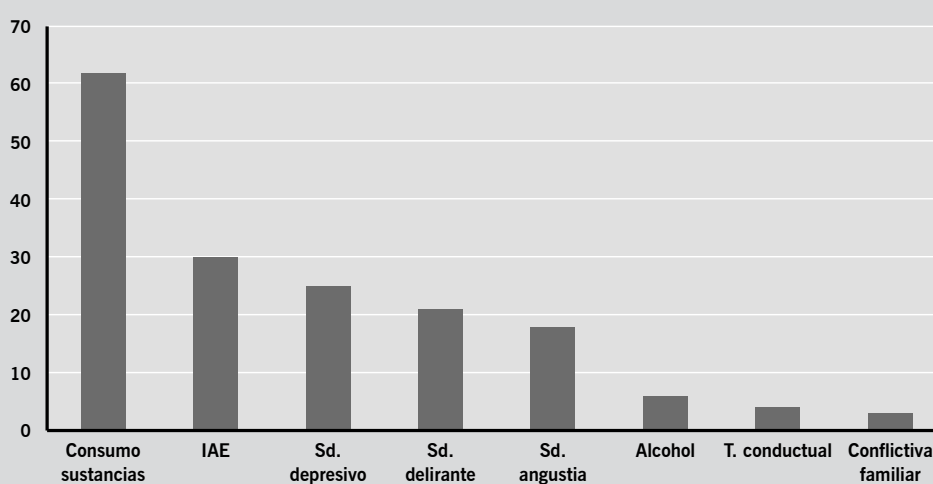
Para el 43 % de los pacientes esta fue su primera internación en un servicio de psiquiatría y el 21 % (36) tuvo más de 5 internaciones.

Tabla 2. Distribución de los motivos de ingreso según categoría\*

	1°	2°	3°	4°
Terapéutico	95	53	12	0
Peligrosidad para sí	55	33	10	1
Diagnóstico	8	5	11	3
Peligrosidad para terceros	6	11	9	5
Problema social	3	4	4	2
Convivencia fliar. imposible	2	8	5	5

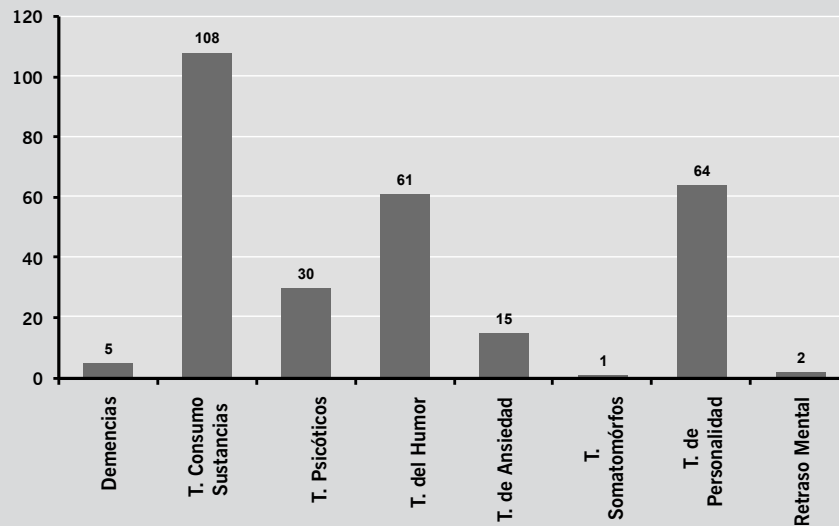
\* Categoría de motivo de ingresos establecida en la ficha de registro.

Gráfico 2 | Principales motivos de consulta



Sd (síndrome), T (trastorno), A (ansiedad), IAE (intento de autoeliminación)

Gráfico 3 | Diagnósticos según CIE-10



El gráfico 3 muestra los diagnósticos realizados, según la CIE-10.

De los diagnósticos realizados según CIE-10, 108 ingresos cumplían criterios diagnósticos para trastorno por consumo de sustancias. Los siguientes diagnósticos en orden de prevalencia fueron los trastornos de personalidad (37 %), trastornos del humor (36 %) y trastornos psicóticos (18 %). El promedio de diagnósticos por paciente fue de 1,94.

#### Patología dual

Sesenta y nueve pacientes (40,8 %) cumplían criterios diagnósticos para patología dual, definida como la concurrencia en un mismo individuo de por lo menos un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico en eje 1 o eje 2, según manual diagnóstico DSM IV-TR.

Se evidenció un predominio del sexo masculino sobre el sexo femenino con una relación 3:1.

Como diagnóstico comórbido en pacientes duales predominan los trastornos de personalidad ( $F6x = 83$ ) en primer lugar; en segundo lugar, los diagnósticos de trastornos de la

esfera del humor ( $F3x = 25$ ) y, en un menor número, el resto de los diagnósticos.

Se destaca el inicio precoz de los trastornos psiquiátricos en la población que presenta patología dual (5 años menos en promedio), en comparación con el gráfico presentado previamente, correspondiente al total de la población estudiada (tabla 3).

No se encontraron diferencias significativas en los datos sociodemográficos de pacientes duales comparados con los pacientes sin trastorno por consumo.

Se destaca que el promedio de días de estadía es menor en los pacientes consumidores que en la población que no consume sustancias (tabla 4).

El gráfico 4 muestra la diferencia existente en la distribución de los ingresos según la cantidad de grupos farmacológicos que recibían al ingreso y al alta de la sala. Arrojando un número mayor de pacientes en los que se utilizó una mayor cantidad de grupos farmacológicos al alta. Se puede concluir que en la mayoría de los ingresos su pasaje por la sala del Maciel significó un aumento en el número de grupos farmacológicos utilizados en su tratamiento.



**Tabla 3 | Antecedentes psiquiátricos (AP) en pacientes no duales vs. pacientes duales**

AP	DUALES (edad promedio)	NO DUALES (edad promedio)
Inicio de trastornos	19	24
Primera consulta	24	27
Primera hospitalización	27	29

**Tabla 4 | Días promedio de internación**

	Promedio	Rango
Solo trastornos por consumo	10,3	1 a 47
Pacientes duales	10,9	1 a 52
Pacientes sin trastornos por consumo	17,8	1 a 64

En cuanto al grupo farmacológico de las benzodiacepinas, 79,8 % de los ingresos las tenía indicadas; al alta su porcentaje de indicación fue de 86,3 %.

El 85 % de los pacientes se estabilizó clínicamente durante la internación.

De los pacientes en los que no se logró una estabilización clínica, en la mayoría de los

casos se debió a egresos de sala sin alta médica (en su mayoría diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias n=15 y trastorno de la personalidad n=5) y a pacientes que fueron trasladados al Hospital Vilardebó por no poder ser contenidos con los recursos disponibles en sala (en su mayoría diagnósticos de trastornos psicóticos n=6, trastornos por consumo n=4).

**Gráfico 4 | Número de grupos farmacológicos utilizados al ingresar a sala vs. al alta**

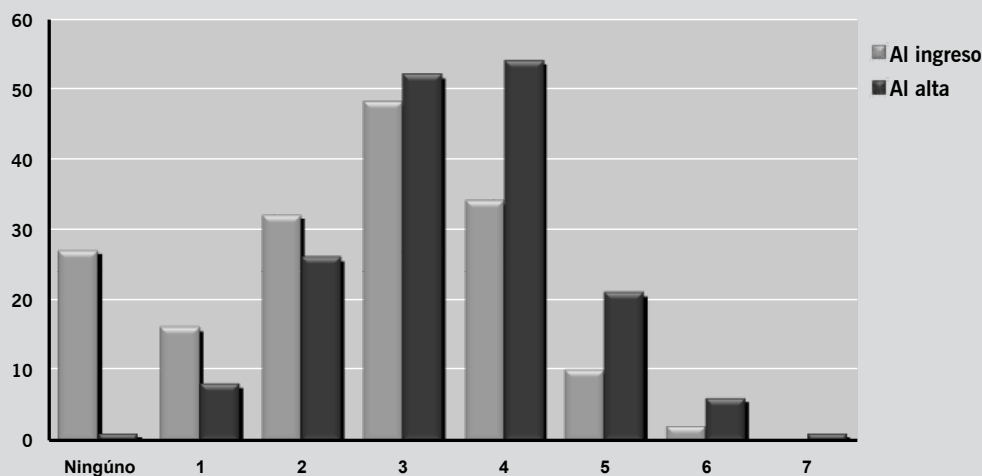
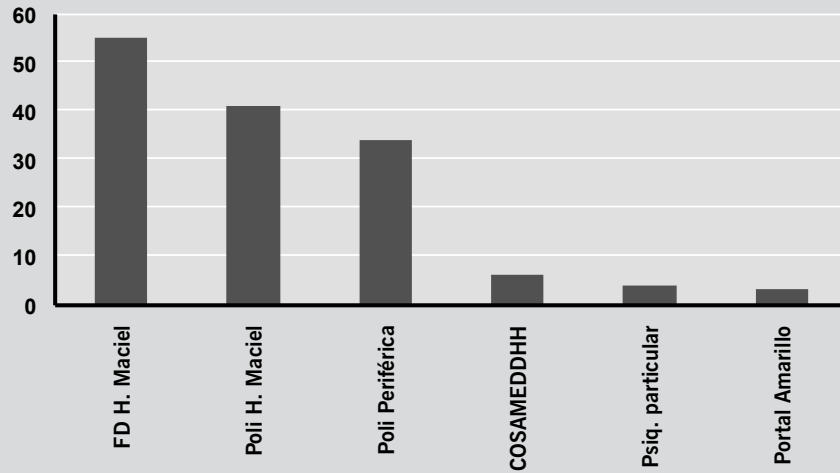


Gráfico 5 | Lugar de seguimiento psiquiátrico al alta



FD: farmacodependencia, H: Hospital, COSAMEDDHH: Cooperativa de Salud Mental y Derechos Humanos, Psiqui.: psiquiatra, Poli: policlínica.

A todos los pacientes dados de alta se les indicó algún tipo de seguimiento psiquiátrico (gráfico 5).

En casi un tercio de los pacientes se indicó tratamiento psicoterapéutico. En el gráfico 6

se ve la distribución de los pacientes en los sitios donde realizarán psicoterapia.

En un poco más de un tercio de los pacientes se indicó tratamiento de rehabilitación (gráfico 7).

Gráfico 6 | Sitio donde se desarrollará la terapia al alta

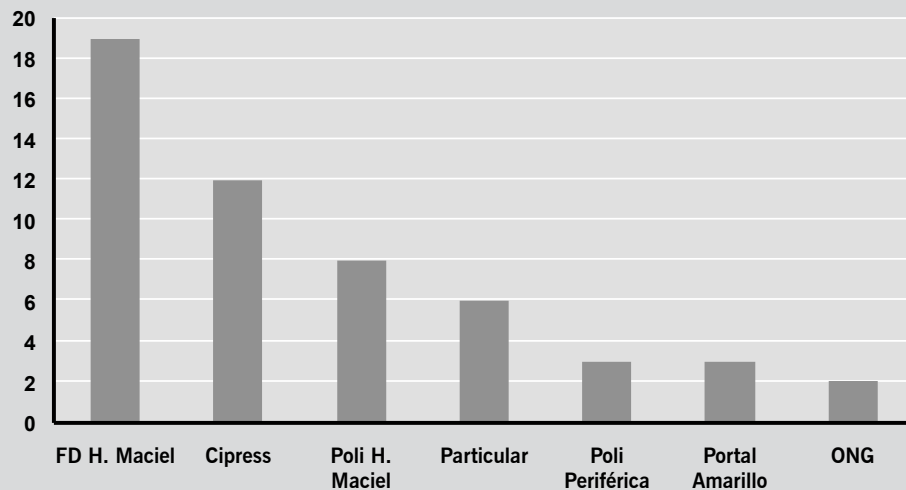
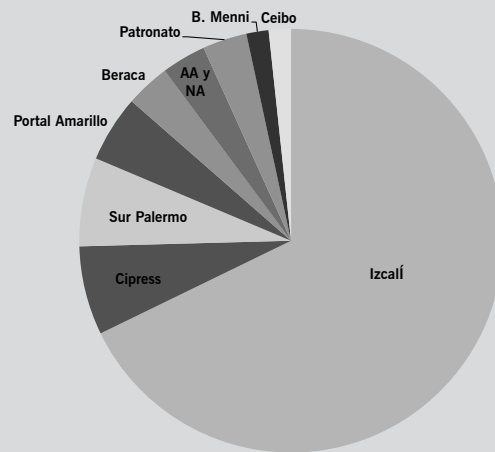


Gráfico 7 | Distribución de los pacientes a centros de rehabilitación



AA: Alcohólicos Anónimos, NA: Narcóticos Anónimos, B. Menni: Residencial Benito Menni.

## Discusión

En cuanto a la distribución por género, en todos los estudios realizados en la sala se observó una distribución equitativa de la población según género, excepto el estudio realizado por la Dra. Romano<sup>15</sup> que excluyó pacientes de farmacodependencia (tabla 5).

Tabla 5 | Distribución por género

Trenchi		Pérez		Romano*	
M	F	M	F	M	F
49	51	51,5	48,5	35	65

\* Excluye pacientes con trastornos por consumo.

En cuanto a la distribución por edades, se evidenció que a lo largo de los diferentes estudios (Trenchi<sup>17</sup>, Pérez<sup>16</sup> y Romano<sup>15</sup>) la población que se asiste en sala es predominantemente joven (de 15 a 29 años).

Respecto a la distribución geográfica de los pacientes, se vio un predominio de los municipios A y B y en tercer lugar el G, lo que es correlativo con el área geográfica de influencia del hospital Maciel; el municipio

C, si bien corresponde a la zona de influencia del Hospital, registra niveles bajos en nuestro estudio, lo cual podría deberse a que es una zona de influencia compartida con el Hospital Vilardebó, desviándose los ingresos de este sector a dicho centro.

En la tabla 6 se compara los principales diagnósticos realizados.

Se evidencia una clara diferencia con otros estudios realizados en otras UPHG de la región en donde predominaban en primer lugar los trastornos psicóticos. Esa diferencia se podría deber a que en la sala funciona un servicio de adicciones de referencia nacional y a que quizás en nuestra práctica clínica esté arraigado el concepto de que los trastornos psicóticos se deben internar en el hospital psiquiátrico.

El promedio de estadía de los pacientes con trastorno por consumo y trastorno duales fue similar (10,3 y 10,9 días, respectivamente), lo cual muestra muy poca variación en comparación con estudios previos realizados en la sala (Trenchi<sup>17</sup> 10 días, Pérez<sup>16</sup> entre 9 y 11 días).

El promedio de internación de los pacientes sin trastorno por consumo fue de 17,8 días, levemente superior a estudios previos realizados en la sala por Romano,<sup>15</sup> quien constató el promedio de 12,5 días.

Ambos promedios son sensiblemente menores a los de otros estudios realizados en la región.

Tabla 6

Trenchi	Pérez	Romano*	Romano
Trastornos por consumo de sustancias	IAE	Trastornos del humor	Trastornos consumo de sustancias
Trastornos de la personalidad	Trastornos por consumo de sustancias	Trastornos de la personalidad	Trastornos de la personalidad
Trastornos neuróticos		Trastornos por consumo de alcohol	Trastornos del humor
			Trastornos psicóticos

\* Excluye pacientes con trastornos por consumo.

Se estabilizó el 85 % de los pacientes durante su internación y a todos ellos se les indicó seguimiento psiquiátrico al alta y en su mayoría este fue brindado en las policlínicas del Hospital Maciel. A un tercio se le indicó psicoterapia y a un tercio rehabilitación. Si bien se coordinó con diversos centros de rehabilitación (un total de 9), el que presentó mayor número de derivaciones fue el Centro Izcali, especializado en rehabilitación de adicciones, dadas las características de la población asistida.

El 9 % de los pacientes egresó del servicio sin alta médica (fuga) y en su mayoría presentaba diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, seguido por trastorno de la personalidad.

El 4 % de los pacientes fue derivado al Hospital Vilardebó, casi todos pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico. Si se compara con los estudios previos, en los trabajos de Romano<sup>15</sup> y Trenchi<sup>17</sup> no hay registros de egreso sin alta médica, y en el estudio de Pérez<sup>16</sup> esta modalidad de egreso es de un 1,5 %, siendo sensiblemente menor al 9 % hallado en el presente trabajo. Esta diferencia podría corresponder al alto porcentaje de pacientes consumidores registrados en este estudio. En cuanto al porcentaje de derivación a hospital psiquiátrico, se observa una variabilidad de año a año en los valores en el trabajo de Trenchi<sup>17</sup> con un 14 % en el año 1989, un 4,3 % en 1990

y un 9 % en 1991, siendo los valores del año 1990 similares al presente trabajo y al hallado por Pérez<sup>16</sup> con un 3 %.

Se evidencia un uso elevado de benzodiazepinas previo al ingreso, que se vio levemente incrementado en el momento del alta. Resulta importante generar mayor información detallada a fin de obtener una mejor evaluación de esta práctica clínica.

## Conclusiones

Se puede concluir que el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes internados en sala se ha mantenido estable y sin grandes cambios durante los últimos 20 años.

La internación en la sala continúa cumpliendo con los objetivos con que fue pensada en su creación: realizar una asistencia intensa, de corta estadía, planificada, multidisciplinaria, con claros criterios de internación (geográficos de la zona de influencia del hospital Maciel, y clínicos), resaltando que el tipo de paciente y de cuadro nosológico que pueden ser internados son muy amplios, predominando los trastornos por consumo de sustancias. Resulta útil llamar la atención sobre algunos puntos objetivados por este estudio, a saber: el elevado porcentaje de patología dual (40,82 %), el mayor porcentaje de no compensación

15 % (egresos sin alta médica y derivación al Hospital Vilardebó) en comparación con estudios previos y el 12,24 % de reinternaciones durante el período. Es necesario investigar y profundizar sobre estos fenómenos en futuros estudios para comprenderlos mejor y optimizar la atención brindada desde lo individual a lo poblacional.

#### Limitaciones del estudio

Los indicadores de nivel educativo de los pacientes obtenidos en este trabajo se encuentran sobrevalorados debido a que se utilizó el criterio del mayor nivel alcanzado, aunque este sea incompleto.

El número de ingresos que no tiene ocupación se encuentra sobrevalorado, ya que se tomó el trabajo formal remunerado, trabajo informal, estudio y actividad social, y no las tareas que se realizan en el hogar; por lo tanto, no permite inferir el nivel de autonomía.

#### Agradecimientos

A la Dra. Soledad García por la idea original, Lic. Rafael Saa por su desinteresada y apasionada labor con las computadoras, Dra. Natalia Díaz por el puntapié inicial y la buena disposición siempre, Dra. Soledad Brescia por los lineamientos del marco teórico.

#### Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. 2001. Disponible en: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/49.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf)>. (Consulta: julio 2012.)
2. **Rodríguez J.** La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Rev Psiquiatr Urug 2007;71(2):117-124.
3. **Bocchino S, Aristimuño J, Barrios J y cols.** Puesta en marcha de una unidad de salud mental en un hospital general. Rev Psiquiatr Urug 1990; 55:37-40.
4. **Ginés AM.** La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el camino de la calificación permanente. Rev Urug Psicoanal 1997; 84/85:239-272.
5. **Ginés A.** Desarrollo y estado actual de la psiquiatría en el Uruguay. Sitio Médico. Disponible en: <<http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>>. (Consulta: julio 2012.)
6. **Ginés A, Porciúncula H, Arduino M.** El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(2):129-150.
7. **Montalbán A.** El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(2):151-154.
8. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay-Comisión de Salud Mental. Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambio. Rev Psiquiatr Urug 1986; 51:1-16.
9. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay-Comisión de Salud Mental. Crítica de las medidas en asistencia psiquiátrica adoptadas durante el proceso político actual. Rev Psiquiatr Urug 1986;51:59-62.
10. **Larrobla C.** Unidades psiquiátricas en hospitales generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años. Rev Psiquiatr Urug 2007; 71(2):125-134.
11. **Rodríguez J.** Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Rev Psiquiatr Urug 2011; 75(2):86-96.
12. **Rodríguez Garín EC, Chieri P, Bula A, Comas C.** Estudio epidemiológico sobre población adolescente internada en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas. VERTEX Rev Arg de Psiquiat 2006; 17(70):440-445.
13. **Bossano J, Locatelli E, Micheff M, Montalbán A.** ¿Los recursos psicoterapéuticos de la Unidad de Salud mental del Hospital Maciel satisfacen

las necesidades de la mayoría de la población asistida? Rev Psiquiatr Urug 1993; 57(327):30-34.

14. **Puppo L, Castagnetto P, Romano S.** Relevamiento de los pacientes asignados al equipo de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina en la policlínica del Hospital Maciel. UDA Hospital Maciel, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina. Jornadas Científicas de la Clínica Psiquiátrica, Montevideo, Uruguay, 2000.
15. **Aquines C, Ems V, Romano S.** Estudio de la prevalencia asistida en la sala de internación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel. X Jornadas Científicas en Psiquiatría. Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Udelar. Montevideo, noviembre de 2000.
16. **Severino G, Pérez M, Da Silva R.** Realidad de una necesidad: sala de internación psiquiátrica en un hospital general. Rev Psiquiatr Urug 1997; 61(336):87-98.
17. **Trenchi H, Montalbán A, Severino G.** Tres años de funcionamiento de la sala de salud mental del Hospital Maciel: evaluación y reflexiones. Jornadas de Psiquiatría del Mercosur II-Congreso Uruguayo de Psiquiatría V, Montevideo, 28-31 octubre de 1992.
18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales. Descripciones y Pautas de Diagnóstico. Décima edición. Madrid: Meditor; 2003.
19. **Romano S.** Proyecto de desarrollo y consolidación del registro centralizado de la población asistida por la Clínica Psiquiátrica. XVII Jornadas Científicas en Psiquiatría. Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Udelar. Montevideo, 2007.
20. **Romano S.** Registro centralizado de la población asistida por la Clínica Psiquiátrica. XIII Jornadas Científicas de la Clínica Psiquiátrica. Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Udelar. Montevideo, 2003.
21. **Romano S.** Sistema de registro de personas atendidas. Taller interno de la Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Udelar. Montevideo, 2005.
22. **De los Santos A.** SRPA Primer Informe - Instrumentación del Sistema de Registro, Taller Interno de la Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina, Udelar. Montevideo, 2005.
23. **Saa R.** Sistema de Registro Asistencial, Taller Interno de la Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina, Udelar. Montevideo, 2005.



Facultad de Medicina - Clínica Psiquiátrica  
Formulario de Sala  
Diagnóstico y Conducta

Fecha       Hospital  N° Historia      C.I.

Diagnósticos según la CIE - 10

EJE I	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EJE II	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EJE III	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EJE IV	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eje V EEASL: Actual   Máx. del año   Escala OMS: cuidado   ocupacional   familiar   social

Diagnósticos Diferenciales

1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha Alta     Tratamiento farmacológico realizado 

NI	AS	B7D	AD	TR	AP	O
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  
Otras medidas terapéuticas

Condiciones al alta: Estabilización clínica  Retorno al domicilio  Tipo vivienda  EEASL    
Proyecto Terapéutico

Seguimiento ambulatorio  ¿donde?  Tratamiento farmacológico   
Psicoterapia  ¿donde?  Rehabilitación  ¿donde?   
Comentarios:

Docente encargado:  Cargo

En los casilleros que la respuesta es SI poner 1, en los que es NO poner 0. Dato desconocido X. Frente a dudas consultar el instructivo. Las escalas EASL y Escala de funcionamiento de OMS están en el instructivo.