

## *Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó*

### Autor

**Ricardo Acuña**

Médico Psiquiatra.

### **Resumen**

*El trabajo que sigue pretende dar a conocer la tarea que se lleva adelante en la Emergencia y Servicio de Atención en Crisis del Hospital Vilardebó. Analiza el contexto histórico en el que está inserto el Hospital y el servicio en particular. Describe la estructura y funciones documentando algunos indicadores asistenciales. Se realiza una síntesis de los retrasos en el área y se esboza una propuesta de solución.*

### **Summary**

*The following paper is intended to divulge the task carried out at the Emergency Ward and the Crisis Assistance Service at Vilardebó Hospital. The historical context of the Hospital and, particularly, of the service is analyzed. Its structure and functioning are described, reporting some assistance indicators. A synthesis is made of the handicaps in the area, and suggested solutions are outlined.*

### **Palabras claves**

*Emergencia psiquiátrica  
Modelo asistencial  
Asistencia en crisis*

### **Key words**

*Psychiatric emergency  
Assistance model  
Crisis Assistance*

### **Introducción**

El servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó ha acompañado los cambios que han tenido lugar, desde el año 1996, en la asistencia a la salud mental que brinda el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Este año resulta un mojón ineludible a la hora de analizar dichos cambios, dado que en su transcurso se produjo una serie de acontecimientos que tuvieron gran impacto en el MSP a nivel de nuestra disciplina y en la organización de dicha asistencia.

Estos hechos estuvieron pautados por dos antecedentes inmediatos más visibles, uno en el plano nacional, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) del año 1986 aprobado por el MSP y otro en el internacional, la Declaración de Caracas del año 1990<sup>1</sup>.

En efecto, ya en el año 1986 nuestro PNSM se adelantó a lo que sería el espíritu y contenido de la Declaración de Caracas, definiendo tres grandes ejes de transformaciones en el sector: 1) el reforzamiento de la asistencia en el primer nivel, es decir, estrategia de trabajo en la comunidad; 2) la creación de las Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales y 3) el cambio en el modelo de asistencia de los pacientes portadores de enfermedades crónicas, lo que implicaba la adecuación de las viejas estructuras hospitalarias asilares.

Sin embargo, la preocupación por la forma y condiciones de asistencia a pacientes con enfermedad mental tiene en Uruguay una larga tradición, que no nace con el PNSM, de la cual existen numerosos ejemplos. Ya apenas a cuatro años de fundado el Manicomio Nacional se levantaban voces críticas "...por defectos que afectan el bienestar de los pacientes..."<sup>2</sup>

No obstante, podemos decir que el año 1966 inauguró una nueva fase en la psiquiatría nacional con el informe crítico de Pierre Chanoit<sup>3</sup>, consultor en aquel momento de OPS/OMS, cuando visitó el país invitado por el MSP, que se constituyó en la base de inspiración de lo que luego fue el Plan de Salud Mental (PSM) del año 1972. Si bien estos aspectos han sido tratados de manera exhaustiva por distinguidos colegas en diferentes oportunidades, se realizará algunos comentarios al respecto. Se puede considerar el período entre los años 1966 a 1996 como una etapa teórica de discusión, intercambio y preparación de documentos entre los profesionales a través de sus estructuras científicas y universitarias, y la sociedad civil organizada.

Era una primera etapa que anunciaba el cambio de paradigma asistencial de la salud mental en el Uruguay, del asilar-custodial al de las estructuras extrahospitalarias y de la integración de la asistencia psiquiátrica a la atención médica general (sin que ello constituyera una pérdida de la especificidad de nuestra disciplina). Por otra parte, la dictadura significó un freno que frustró los cambios que se insinuaban con el PSM del año 1972 y no es casualidad que, no bien instalada la democracia en el país, se retomara aquel impulso transformador que se materializó en el PNSM del año 1986.

Estos antecedentes darán lugar a los sucesos que ocurren fundamentalmente a partir del año 1996, y que tienen que ver con llevar adelante acciones que permitieron hacer realidad en el MSP el contenido del PNSM en esos tres ejes estratégicos que se había definido. De este modo podríamos hablar del comienzo de una segunda etapa ejecutiva. Así se consolida y extiende la asistencia en las policlínicas comunitarias en salud mental de Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Por primera vez se intenta organizar la asistencia a la salud mental en el primer nivel, quedando en funcionamiento la red de policlínicas comunitarias integradas por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares de enfermería y administrativos (12 de ellas en Montevideo y 22 en todo el interior). La otra medida de importancia histórica es la inauguración de las Unidades de Salud Mental en los hospitales generales

de Montevideo y del interior del país. Por último, cierra definitivamente el Hospital Psiquiátrico Musto, que se constituyó en el ejemplo de lo que no debió haber sido, por su inadecuada planta física y las precarias condiciones de internación.

### Los cambios en la asistencia a la salud mental

Como se dijo, la asistencia y organización de los servicios del MSP eran por demás deficitarias y el proyecto apostaba a cambiar esta situación.

Simultáneamente, con el cierre del Hospital Musto se redefine el papel del Hospital Vilardebó. Quedó establecido que sea el “Hospital de agudos” de asistencia de la salud mental a nivel público de Montevideo y área metropolitana, así como de referencia nacional.

El Hospital Musto contaba en el momento del cierre con 350 camas, y era el hospital de agudos aunque, fundamentalmente, albergaba pacientes crónicos. El Hospital Vilardebó, que tenía 250 camas, las aumentó a 300<sup>4</sup>.

En la Figura 1 se observa la evolución de los promedios de los días de estadía de los pacientes en el Hospital Vilardebó: comenzaron a caer en el año 95 y siguieron cayendo hasta el 97. El nuevo funcionamiento del hospital estaba dando resultados que hacían posibles los cambios. Hoy tenemos un leve pero sostenido aumento en esta variable en las salas generales. En la sala de seguridad dependemos de la diligencia del Poder Judicial para otorgar las altas solicitadas.

El supuesto que manejaban las autoridades del MSP en el momento de cierre del Hospital Musto, era que el equipo multidisciplinario inserto en la comunidad (reforzamiento del primer nivel de asistencia) compensaría la pérdida neta de camas de internación actuando como un factor de contención, de prevención de las descompensaciones de los pacientes y, por lo tanto, mejoraría la calidad de asistencia, lo que traería aparejada una menor frecuencia y más breve duración de las internaciones.

Otro movimiento que se llevó adelante en esta primera etapa fue que los pacientes crónicos del Musto y Vilardebó debían pasar a las Colonias de crónicos, Etchepare y Santín C. Rossi, o con sus familias.

INDICADORES	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
T. prom. días estadía	204	197	274	248	163	89	40	42	40	47	48	50	50
Total S. Generales	193	210	262	281	201	92	35	36	33	37	38	41	44
Total S. Seguridad	240	179	349	228	120	95	66	97	99	232	194	269	225

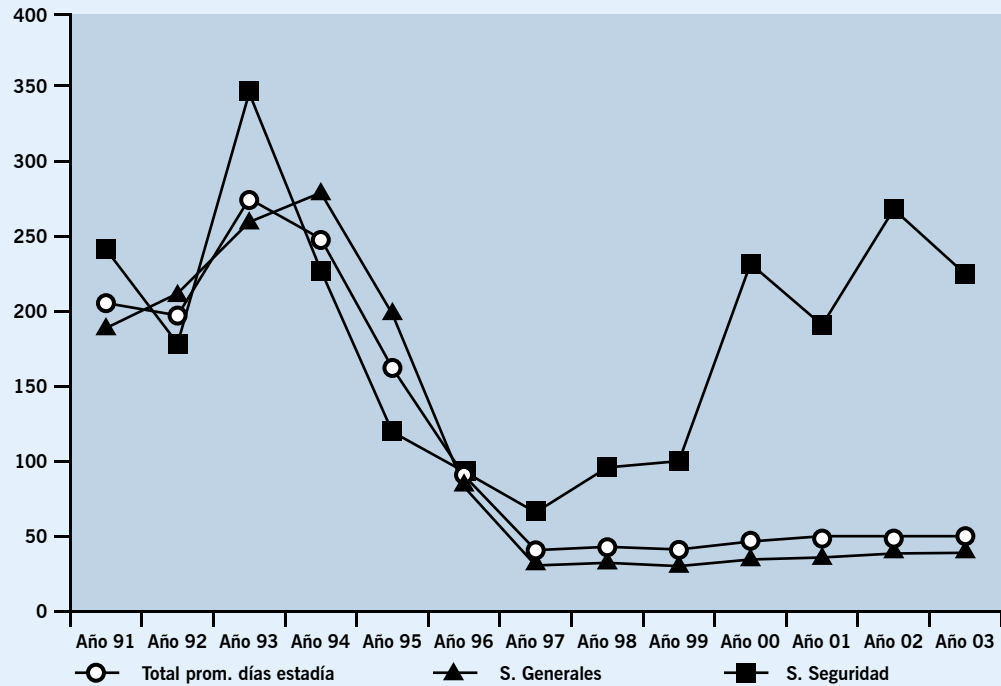


Figura 1

A la vez las Colonias, los grandes centros asilares, deberían continuar la tendencia de disminución gradual de pacientes de los últimos años hasta su cierre.

Las razones fundamentalmente humanitarias por las cuales los pacientes no deben permanecer el resto de su vida en instituciones asilares, aparecen expresadas en forma espléndida por los doctores Arduino y Ginés en su trabajo “Noventa años de la Colonia Etchepare”: “El ser humano tiene derecho a un hogar en el más amplio sentido del término. Donde los ritmos de su existencia sean conducidos por las necesidades y aspiraciones del individuo y no por exigencia de una organización burocrática. Decidir la hora de comer, el momento de acostarse, poder cerrar la puerta del baño, tener asegurado el libre empleo de sus pertenencias, recibir a sus prójimos, compartir los espacios colectivos, son para cualquier persona hechos tan naturales que ni siquiera reparamos en ellos”<sup>5</sup>.

A fines del año 1996 comenzaba a funcionar esta nueva organización en todo el sistema. Ese mismo año ve la luz el proyecto de Atención en Crisis (ACRI), de los colegas Porciúncula y Wilhelm, que plantea una serie de cambios en consonancia con ese nuevo contexto general. Significaba una profundización, una explicitación de pautas para la organización de la asistencia, dentro del Hospital Vilardebó y en la comunidad, de los cuadros agudos redefinidos como situaciones de “crisis”. El objetivo del proyecto era: “Contribuir y promover a una transformación sustancial en el modelo de atención psiquiátrica de la población...”<sup>6</sup> Estaba inspirado en los mismos principios del PNSM, de la Declaración de Caracas del año 1990.

La evaluación que se puede hacer era que nos acercábamos en los hechos a lo que se había escrito en el año 1986.

El Servicio de Emergencia: un sistema a organizar

La Emergencia del Hospital cobraba así un papel literalmente central en el sistema de asistencia. Era y lo es, hasta hoy, el servicio que media entre el servicio de internación y los equipos comunitarios de Salud Mental, o las derivaciones de los Hospitales Generales de Montevideo y algunas derivaciones del Interior, del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE), el Poder Judicial, el Ministerio del Interior, Iname e incluso el sistema mutual. También en su órbita quedaría el Servicio de Atención en Crisis (ACRI).

En el año 97 había que rediseñar entonces el funcionamiento del Servicio de Emergencia. Había que dotarlo de la nueva dinámica que imponían los cambios, empezar a difundir entre nosotros, funcionarios médicos y no médicos, la idea de que se había conformado un sistema. Debíamos definir y explicitar nuestro lugar en el sistema y la forma en que deberíamos relacionarnos con los otros niveles.

Comienza así un proceso de transformación que incluye la fase ejecutiva del nuevo proyecto de ACRI:

1) El incremento de las retribuciones que había significado el logro del “incentivo”, constituyó una primera etapa en la mejora de las condiciones de trabajo y fue un estímulo para poder implementar los cambios. Los psiquiatras que se desempeñaban en las guardias de cada uno de los hospitales psiquiátricos habían adquirido una forma y ritmo de trabajo que, de mantenerse, no iban a estar a la altura de las nuevas necesidades que ya estaban planteando un nivel de exigencia superior.

2) Comenzó un recambio generacional con el ingreso de colegas jóvenes al equipo de guardia del hospital; varios de ellos pasaron por la Clínica Psiquiátrica como Residentes y/o docentes.

Al día de hoy ha quedado constituido un equipo con dos psiquiatras que cumplen guardias las 24 horas de lunes a domingo, tres psiquiatras que cumplen función de refuerzo de guardia 12 horas de lunes a sábado y guardia de residentes de 8 horas diarias incluidos los domingos.

3) La planta física cuenta hasta hoy con dos consultorios; sala de espera; dos salas de observación, una para hombres otra para mujeres, con una dotación total de 17 camas y una pequeña enfermería. Cabe destacar que había sido reformada en el año 1995.

4) En 1997 llega la ambulancia que se hará cargo de los llamados de ACRI.

Se ha intentado desde la Coordinación del Servicio ir permeando el trabajo con criterios técnicos y organizacionales cercanos a lo que en gestión se conoce como de planeamiento estratégico y una dinámica basada en reglas claramente establecidas, escritas, discutidas y acordadas previamente por el colectivo. Se ha tratado de identificar los puntos débiles del proceso asistencial que comprometieran la calidad de la prestación, por lo que se puso en marcha múltiples acciones dirigidas a reorganizar todo el proceso.

Hacia una mejor calidad en la atención del paciente

Para planificar y organizar cualquier actividad es necesario el registro y la cuantificación de las variables que gravitan en la dinámica del trabajo.

Si bien entendimos que uno de esos puntos débiles lo encontramos en la calidad de los registros, aspecto que ya se consideraba importante en el trabajo de Arduino y De los Santos<sup>7</sup>, se debía organizar un sistema que cumpliera una doble función, que registrara en forma completa los datos patronímicos, el cuadro actual y los antecedentes y a la vez permitiera extraer con facilidad los datos necesarios para evaluar el proceso.

Se crea para ello una hoja de asistencia (para el registro de la Historia Clínica), semi-estructurada (dado que cuenta con una parte “abierta”), donde el psiquiatra de guardia redacta las características del cuadro actual y una parte estructurada donde se ofrece opciones a la hora de consignar antecedentes psiquiátricos, somáticos y otros datos.

Por ejemplo, se debe registrar en ella si el paciente estaba captado por el Sistema de Salud Mental de ASSE. Si era así, cuál era su policlínica y médico de referencia, su último control y su última internación. Estos datos

nos permitían medir estas variables y compararlas con el trabajo de los diferentes equipos y hacernos algunas preguntas, por ejemplo: ¿por qué se internan con mayor frecuencia los pacientes de tal policlínica? Y plantearnos, por ejemplo, si no habrá suficientes psiquiatras en esa zona, por lo que los controles son más espaciados. O, también, si falla el sistema de distribución de la medicación en esa policlínica.

También se implementaron mecanismos de registro de diferentes variables (número de consultas, número de llamados de sala, llamados de ACRI, etc.).

Por otra parte, la mejora en la calidad de los registros implicaba también unificar los criterios para la codificación de los diagnósticos, por lo que se universalizó la utilización del sistema de clasificación de la CIE 10<sup>8</sup>.

Estas medidas y otras que se llevaron adelante, se organizaron y compendiaron para dar forma a un manual de “Normas y pautas para el funcionamiento del Sector Emergencia y ACRI” que marca la “hoja de ruta” que sigue el paciente en el servicio y describe las acciones que deben desempeñar el personal técnico y no técnico en cada situación, tanto en la Emergencia como en los llamados de ACRI.

La tarea del servicio consiste en la asistencia de pacientes que presentan cuadros de episodios agudos o de descompensación de patología psiquiátrica crónica o sintomatología vinculada a situaciones vitales o psicosociales. Llegan solos o con sus familiares, solicitando consulta en forma espontánea, con o sin antecedentes, enviados por colegas de las policlínicas periféricas que los tienen en seguimiento, enviados desde hospitales generales, traídos por el SSAE u otras emergencias móviles, por la policía o por vía judicial.

En este último caso, cuando traen orden expresa de internación, y los derivados por los colegas de las policlínicas periféricas, cuando solicitan también en forma expresa la internación, el servicio se atiene a la demanda externa y no discute ni condiciona la pertinencia de la conducta indicada.

En el resto de las situaciones el paciente puede consultar y continuar su asistencia en forma ambulatoria en la policlínica zonal

que le corresponda, tanto si ya estaba asistiendo allí o no, o ingresar a las salas de observación. Una vez aquí, según evolución, puede mantenerse hasta 72 horas o ingresar a las salas de internación para completar su tratamiento. Hemos pautado además que todo paciente permanezca 24 horas como mínimo en el Servicio de Emergencia, de manera de controlar las primeras horas de su evolución y la respuesta al tratamiento. Esto es posible dado que tenemos las mejores condiciones de observación por las características de la planta física, y la mejor relación enfermero/paciente del hospital las 24 horas. En el lapso aludido se estableció también la realización de la evaluación clínica médica, sin la cual el paciente no podría ingresar.

Dentro de estas pautas de funcionamiento se ha establecido, en línea con la Misión del Hospital, criterios de internación.

El Servicio de Emergencia es el que tiene la responsabilidad de decidir qué paciente ingresa a las salas de internación y qué paciente no. Debe tener los criterios claramente definidos y consensuados porque el recurso “cama hospitalaria” es limitado.

Los criterios son flexibles en cuanto reconocen la posibilidad de que el colega de guardia, en última instancia, determina, por las singularidades del cuadro, el ingreso aun de situaciones que las pautas marcan en principio como de “no ingreso”.

#### Criterios de ingreso de pacientes al Hospital Vilardebó

1) Ingresarán al sector de internación los cuadros agudos, funcionales o tóxicos, “del humor o del pensamiento”, o reagudizaciones de sintomatología de psicosis crónicas, en el entendido de que dichos cuadros remiten con tratamiento instituido durante un período de internación.

2) Los cuadros críticos, que muchas veces evolucionan favorablemente en pocas horas o días, en los que la internación no redunde en cambios sustanciales en la patología de base, y que, al contrario, pueden dar lugar a la situación de “hospitalismo” o de abandono del paciente por parte de la familia, no



ingresarán al sector de internación, debiéndose agotar todos los recursos disponibles durante la estadía de los pacientes en las “Salas de observación”. Dicha estadía tendrá un lapso de 72 horas. Los cuadros aludidos frecuentemente se relacionan con trastornos de personalidad, agitación en cuadros demenciales o retardos mentales (trastornos conductuales, auto o heteroagresividad, crisis clástica, algunos IAE, etc.).

3) La problemática social no constituye indicación de ingreso.

4) No son pasibles de internación pacientes alcoholistas crónicos ni pacientes con trastorno por consumo de sustancias para tratamientos de desintoxicación o de rehabilitación, dado que dichos tratamientos no se encuentran enmarcados dentro de la Misión del Hospital. Estos pacientes deberán derivarse a la policlínica especializada del Hospital Maciel o a la comunidad terapéutica “IZCALI”.

5) No ingresarán pacientes con sintomatología psiquiátrica que presenten un cuadro orgánico que en el momento del ingreso sea más relevante que aquella.

6) No deben ingresar al Servicio de Salas de Internación en forma directa, debiendo permanecer por un lapso mínimo de 24 horas. En todos los casos el psiquiatra actuante evaluará la particularidad de cada situación y en última instancia queda a su criterio la conducta a seguir.

7) En caso de no poder cumplir con los criterios aquí establecidos deberá registrar los motivos en la Historia Clínica.

Por último, cabe destacar que gracias a un grupo de personas muy bien intencionadas hoy se encuentra en etapa de formación un equipo de trabajadores voluntarios. Se definió para ellos la tarea de personalizar y humanizar la asistencia, transformándose en aquellas personas que reciben a los pacientes en la sala de espera, los orientan, los tranquilizan. Funcionan como nexos entre el paciente y la Institución, permitiendo que la espera sea más corta o que se privilegie la atención de determinada situación antes que otra. Todo esto en línea con el concepto de que el usuario es el destinatario de todas nuestras acciones y la calidad nuestro objetivo.

## Algunas cifras

La Emergencia del Hospital Vilardebó asistió en el año 2003 casi 13.000 consultas ambulatorias.

En la Figura 2 se muestra el total de actos médicos realizados en el servicio en el quinquenio 1999-2003.

“Internados” representa las consultas solicitadas desde las salas de internación. Registra número de consultas (actos médicos), y no pacientes asistidos, dado que un paciente puede requerir asistencia en más de una oportunidad.

El ítem “observación” representa el número de controles realizados por los psiquiatras del servicio en las salas de Observación del Sector Emergencia. Son actos médicos: el paciente es controlado en el día de hoy y si mañana continúa en el servicio es controlado por el psiquiatra de guardia del día de mañana; en este caso, dos controles, un paciente. Se encuentra en marcha un cambio en los procesos administrativos que nos permitirán cuantificar “pacientes asistidos”.

En el caso “ambulatorio” cada acto médico corresponde a un paciente asistido. Es el número de pacientes asistidos que consultaron en el Servicio en forma ambulatoria y que pueden tener como destino la permanencia en la Emergencia o continuar con tratamiento ambulatorio.

Se encuentran allí los promedios mensuales por año y actividad y los totales correspondientes.

Se pensó también que era importante medir la relación entre los diagnósticos que hacían los psiquiatras de la guardia al ingreso a las salas de internación, con los que hacían al egreso los psiquiatras de las mismas salas.

De esto podían emerger datos que permitieran conocer semejanzas y diferencias de criterios, dificultades en la valoración diagnóstica o no tener en cuenta los antecedentes al momento del ingreso. Por otra parte, nos permitía medir el apego a los criterios de internación.

Se usó para esta etapa la codificación del CIE 10<sup>8</sup>, tomando un solo dígito de manera de establecer grandes grupos diagnósticos:

F 0 corresponde a los trastornos mentales orgánicos, F 1 a los trastornos mentales por

Total de consultas en Emergencia

Año	Total de consultas por año					Promedios mensuales				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Internados	642	6755	4977	5384	6193	644	563	408	449	560
Ambulatorios	8491	10544	9769	10019	12849	708	879	786	835	1071
Observación	5086	5330	5367	5841	6319	422	444	447	487	518
<b>Total</b>	<b>14199</b>	<b>22629</b>	<b>20113</b>	<b>21244</b>	<b>25361</b>	<b>1351</b>	<b>1442</b>	<b>1194</b>	<b>1284</b>	<b>1631</b>

Llamados	Traslados	Traslados anuales (%)
Total anual	1810	Total 656
Prom. men.	151	Prom 55
Max mensual	176	Max 72
Min mensual	127	Min 42

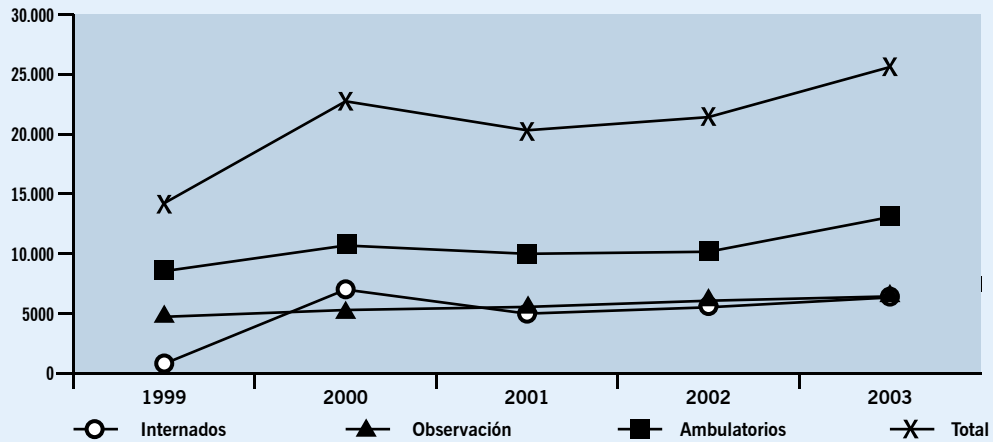


Figura 2

sustancias psicotropas, F 2 a la esquizofrenia y trastornos de ideas delirantes, F 3 a trastornos del humor, F 4 a trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, F 5 a trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, F 6 a trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto y F 7 a retraso mental.

El análisis de los datos del año 2003 mostró que los “trastornos del pensamiento” (en los que la esquizofrenia constituye la mayoría) llegan al 50 % de los ingresos al hospital y los “trastornos del humor” al 25 %. Los colegas de la guardia diagnosticaron levemente más esquizofrenia que trastornos del humor y los colegas de las salas de internación a la inversa.

Por otra parte, la suma de los cuadros de trastornos del humor y del pensamiento,

que son aquellos que tienen indicación de ingreso en línea con la Misión del hospital y sus “criterios de ingreso”, alcanzó 75% en el 2003, por lo que podríamos decir que se cumplió con dichos criterios en forma más que aceptable.

**Crisis en psiquiatría y proyecto de ACRI**

La definición de “crisis” varía si se realiza desde la perspectiva estrictamente psiquiátrica o desde la organización de los servicios de salud.

Desde la perspectiva de la psiquiatría se habla de “crisis” como sinónimo de “emergencia psiquiátrica” y a menudo se utiliza indistintamente un término u otro. Un ejemplo es la definición que aparece en el Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock:

“Las emergencias psiquiátricas son trastornos graves del estado de ánimo, el pensamiento o la conducta que requieren atención inmediata. Las crisis podrían precipitarse por la intensidad de un evento o por la capacidad de respuesta limitada del paciente a causa de su edad, inteligencia, salud física o mental o fortaleza emocional para controlar sus emociones”<sup>9</sup>.

Henry Ey incluye en su descripción de la semiología psicomotora el concepto de crisis. En su tratado habla de las “crisis nerviosas y los accesos de agitación en psiquiatría”. Los caracteriza por su “corta duración, y por otra parte variable, y por el desorden de las funciones psicomotoras (movimientos de los miembros, expresiones mímicas, y gestos, convulsiones, espasmos, agitación más o menos difusa, etc.)”. Luego realiza una descripción de los trastornos que pueden llevar a ellos<sup>10</sup>.

Aspectos que están muy emparentados con la variabilidad son la imprevisibilidad y su naturaleza repentina.

Desarrolla luego el concepto de crisis más allá de la irrupción del “desorden de las funciones psicomotoras”.

Lo describe como un trastorno más profundo que toma con mayor o menor nivel de afectación el estado de estructuración de la conciencia y que no necesariamente se presenta siempre con agitación<sup>11</sup>.

En el Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock se desarrolla también la perspectiva desde la organización de los servicios de salud. Allí se establece la diferencia entre crisis y emergencia psiquiátrica, vinculando la primera a aspectos psicosociales y la segunda a aspectos psicobiológicos. Se refiere que los servicios que asisten estas situaciones lo hacen en forma conjunta y otras veces en forma separada.

Si tratamos de pensar la crisis desde esta perspectiva, avanzaremos en nuestra capacidad para discriminar dos tipos de poblaciones: una “que requiere respuesta inmediata pero no necesariamente una internación” y otra que requiere tratamiento psiquiátrico. En función de ello, surgen diferentes formas de organización de los servicios asistenciales que incluyen el móvil de “Crisis-Emergencias para detectar

a los pacientes que residen en la comunidad, determinar los servicios que necesitan e instituir las respuestas apropiadas”<sup>12</sup>.

Esta distinción entre emergencia y crisis es importante dado que puede tener connotaciones nosográficas en la medida que la emergencia psiquiátrica tiene que ver directamente con la enfermedad y la crisis con los “problemas psicosociales y ambientales”, de acuerdo con el DSM IV<sup>13</sup>.

El Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó se ha constituido en la vía final común donde confluyen ambas situaciones, planteando una respuesta adecuada para la primera, pero, para la segunda, se constituye muchas veces en la “psiquiatrización” de problemática social.

En el trabajo de los doctores Porciúncula y Wilhelm había un apego implícito al criterio de crisis como emergencia psiquiátrica vinculada a la agitación psicomotora que implica riesgo para sí o terceros y en esa dirección se desarrolló la fase ejecutiva del proyecto. Se establecía como objetivo general: “Planificar un Sistema de Emergencia especializada en psiquiatría para abordar situaciones de crisis en el medio donde ocurren, sea en domicilio u otros lugares”, por medio de “la unidad de emergencia psiquiátrica móvil (ACRI)”, con “la base (centro operativo) en la Emergencia del Hospital Vilardebó” y con “una red de coordinaciones” con el resto de los efectores de ASSE y “un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia que posibilite el correcto seguimiento del paciente”. También se establecía “Capacitar al personal técnico y no técnico que trabajará en el sistema: programa de psicoeducación y capacitación de funciones” y “Protocolizar acciones. Desarrollar protocolos de decisión terapéutica estandarizados...”<sup>14</sup>

Todo ello en línea con su propósito general basado en la integralidad de la asistencia, desplazando la misma hacia estructuras extra-hospitalarias insertas en la comunidad y disminuyendo los tiempos de estadía y número de camas en el hospital. De esa manera el hospital se transforma en un centro de asistencia a la crisis con equipos multidisciplinarios que coordinarán el seguimiento al alta del paciente con los centros comunitarios y/o de rehabilitación<sup>15</sup>.



Pero para la entrada en funciones del móvil de emergencia psiquiátrica que, junto con la Emergencia, era la parte del proyecto que debía instrumentar la autora de este trabajo, se necesitaba una definición de “crisis en psiquiatría” que tomara en cuenta no solo sus características clínicas, sino también algunas precisiones de carácter operativo.

Así maduramos una definición que la considera como una forma particular de presentación de la emergencia psiquiátrica, definida por aspectos clínicos (trastorno fundamentalmente de la psicomotricidad, breve, variable, imprevisible, y de riesgo), que amerita una respuesta asistencial rápida y variable en función de la evaluación del riesgo. A estos aspectos clínicos se incorporó el aspecto organizacional que daba cuenta de nuestro carácter de servicio especializado. Está implícita la necesaria coordinación con otros niveles asistenciales de la estructura de ASSE. Las “crisis” tienen que ver con una serie de situaciones clínicas, pero su definición debe contener algunas precisiones desde la perspectiva de la organización de los servicios asistenciales para decidir la magnitud de las medidas terapéuticas y de la respuesta asistencial.

Así se estableció la siguiente definición: Entendemos por crisis en psiquiatría aquella situación en la que, como consecuencia de trastorno psiquiátrico agudo o crónico, la conducta del paciente se hace incontrolable para sí mismo, la familia y los medios de contención y asistencia habituales. Comporta peligrosidad (riesgo) para sí o para los demás, lo que hace necesaria la asistencia por parte de un equipo especializado.

Como vemos, en una frase muy breve: “los medios de contención y asistencia habituales”, se trató de establecer que hay otro medio de asistencia en el MSP que puede hacerse cargo de algunas situaciones: el Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE).

¿Por qué desde el inicio se debe hacer esta precisión? Porque la respuesta asistencial es variable en función de que el nivel de riesgo es variable; por lo tanto, no siempre debe recurrirse a un equipo especializado.

Y hay otra razón: nuestros recursos materiales y humanos son limitados.

La necesidad de criterios de coordinación con el SSAE

El proyecto en el papel era muy ambicioso, pero no se lo dotó de los recursos necesarios para su ejecución plena.

Por ejemplo, se contaba desde su puesta en marcha con una sola ambulancia. El psiquiatra que concurriría a la realización del llamado sería uno de los que se encontraba de guardia y la enfermería sería la que se encontrara trabajando en la Emergencia o en alguna sala del hospital. El equipo de choferes sería el mismo que para el resto del hospital, y no cuenta con formación específica.

Siempre se pensó que ACRI debía guardar por lo menos cierto grado de independencia de la Emergencia del hospital. Sus características particulares, la especificidad de su dinámica y el proyecto de desarrollo que lleva implícito el trabajo original así lo exigían. Por la falta de recursos humanos y materiales hasta el momento no fue posible tal separación.

Debíamos prestar especial atención en la coordinación con el SSAE, el servicio de ASSE que cuenta con asistencia domiciliaria y que hasta ese entonces venía resolviendo lo que a partir de ahora el hospital, a través de ACRI, comenzaría a resolver.

Fueron necesarias varias reuniones para establecer con claridad qué tipo de llamados haría cada servicio, de manera de no haber superposiciones ni dejar espacios en blanco. En alguna oportunidad ellos nos informaron que estimaban que un tercio del total de los llamados domiciliarios a los que asistían, eran de causa psiquiátrica. Dado los recursos con los que contábamos era imposible hacernos cargo de semejante demanda. El resultado de dichas reuniones fueron los Criterios de Coordinación con el SSAE que nos rigen y que establecen los criterios para la asistencia tomando algunos elementos clínicos y no clínicos para definir áreas de competencia de cada servicio.

Quedó definido que el SSAE era la primera línea de asistencia y que ACRI actuaría cuando esa línea fuera superada. Se hizo la analogía con la unidad de traslado especializada del SSAE que tiene pautas específicas en su accionar, y para ACRI, al igual que para ella, establecimos un “rango” de servicio especializado.

Son, pues, los recursos, en última instancia, los que determinaron una definición de nuestro servicio. Con otros recursos podría ser posible otra definición, otra estructura, otros objetivos; podríamos tener un contacto más estrecho con las policlínicas en la comunidad realizando tareas de prevención de la crisis en pacientes “en riesgo”, por citar tan solo una alternativa posible.

#### Criterios de coordinación de ACRI con SSAE

**a.** Paciente con antecedentes psiquiátricos y antecedentes de heteroagresividad o difícil manejo que presenta, de acuerdo con la evaluación del médico coordinador del SSAE, un cuadro que con seguridad no podrá ser manejado por un médico de su servicio: Se solicita la asistencia de ACRI.

**b.** Paciente con antecedentes psiquiátricos que presenta cuadro de excitación psicomotriz, que puede incluir heteroagresividad y el coordinador del SSAE evalúa que puede ser manejado por médico de su servicio: Será asistido por SSAE.

Si en el lugar de asistencia el médico del SSAE requiere presencia de un equipo especializado: Concurrirá ACRI.

Con anterioridad a la asistencia de un llamado con estas características el Coordinador del SSAE puede dar aviso a ACRI de que su participación puede ser requerida, lo que hará más rápida su respuesta.

**c.** Paciente sin antecedentes psiquiátricos, que presenta un cuadro de excitación psicomotriz, y heteroagresividad: Deberá ser valorado por médico del SSAE.

En el caso de no poder manejar la situación se solicitará la asistencia de ACRI. El móvil del SSAE esperará la llegada del móvil de ACRI.

**d.** Paciente fugado del Hospital Vilardebó. Hasta 72 horas de fugado del hospital: Asiste ACRI. Más de 72 horas de fugado del hospital: Pasan a regir los ítems “a” y “b”.

**e.** Paciente hasta 72 horas de alta del Hospital Vilardebó: Asistirá ACRI.

**f.** Paciente que fue visto por móvil del SSAE, trasladado al HV y derivado por éste a domicilio que vuelve a llamar al servicio del SSAE antes de las 72 horas: Asistirá ACRI.

**g.** En los llamados desde seccionales policiales la asistencia será realizada por el SSAE, independientemente de si el paciente tiene antecedente psiquiátrico o no.

En el caso de no poder manejar la situación se solicitará la presencia del móvil de ACRI.

**h.** Siempre que el móvil del SSAE espere la actuación de ACRI, el médico psiquiatra de ACRI comunicará el tiempo estimado de demora para esa situación, que no deberá exceder los 30 minutos. En caso de exceder este tiempo de llegada al lugar de asistencia, ACRI se comunicará con el SSAE para acordar la forma de resolver la situación de acuerdo con el motivo de la demora.

Como dijimos, el servicio cuenta con un “manual” de pautas y normas de funcionamiento que incluye sobre todo el accionar técnico de ACRI.

Las pautas establecen desde la definición de “crisis”, quién recibe el llamado, quién debe solicitar el servicio, cómo se conforma el equipo, los pasos que deben seguirse a la salida hasta pautas de procedimiento ante situaciones especiales (por ejemplo, paciente armado). De todos modos, a esta altura no cabe la menor duda de que, más allá de las pautas, y teniendo en cuenta que desde su instalación el equipo ha realizado más de 8.000 llamados en las más difíciles situaciones, el equipo de ACRI, tanto los técnicos como enfermería, ha acumulado una notable experiencia.

#### Una breve reflexión sobre la necesidad del proyecto

Puede que alguien se pregunte si es necesario un servicio de estas características. Se puede decir que en definitiva los pacientes siempre pudieron ser trasladados al hospital de alguna manera y es cierto. Incluso se puede decir que un paciente en crisis es capaz de movilizar los recursos con que cuenta la comunidad de una manera muy rápida por la alarma que la situación genera. En el caso de un paciente de ASSE seguramente podría ser resuelto entre la policía y el SSAE, pero lo que se aporta como elemento diferencial es la calidad en la asistencia. El paciente que presenta un episodio crítico tal como fue definido y que tiene cobertura por ASSE en Montevideo,

tiene el acceso a un servicio especializado en la contención y resolución del mismo.

La policía o incluso otro tipo de equipo médico (medios habituales en la contención de estos pacientes antes de la aparición de ACRI), pueden tener muy “buena voluntad” e incluso, algunas personas, una capacidad intuitiva para desempeñarse en estas situaciones. Pero aun así tienen menos chance de dar un servicio de calidad en la resolución de estos episodios por el simple hecho de que no tienen formación específica.

Un dato que es importante explicitar es que más de un 90% de las solicitudes de consulta al servicio, se deben a heteroagresividad, elemento previsible si tomamos en cuenta los Criterios de Coordinación con el SSAE que orientan la asistencia en ese sentido.

Creemos que el aporte original, el cambio cualitativo fundamental que trajo el proyecto a la asistencia pública, consistió en la forma como se articula con los demás niveles del sistema. La idea era complementar y reforzar la asistencia en el primer nivel, dar continencia agregando al accionar del equipo comunitario, la asistencia de un móvil con un equipo integrado por psiquiatra y enfermería y optimizar la posibilidad de seguimiento; la Misión, yugular la crisis *in situ* y asegurar la continuidad del tratamiento y, de no ser posible, asegurar el traslado al hospital de manera precoz.

El psiquiatra tratante en la policlínica comunitaria, referente esencial del paciente y protagonista del seguimiento del mismo con apoyo de equipo multidisciplinario, ahora cuenta además, en caso de descompensación, con la posibilidad de acceso a una unidad con base en el hospital, especializada en la contención y resolución de la crisis evitando así, en lo posible, la internación.

El número de traslados sobre el total de llamados muestra si se cumplía el objetivo de resolver la mayoría de las situaciones en el domicilio.

La Figura 3 revela las cifras de los llamados realizados en el año 2003.

Si tomamos solamente esta última variable, podríamos decir que el resultado es más que aceptable cuando en el año 2003 se resolvió en domicilio el 64 % de los llamados. Pero, como

le ha sucedido a todo servicio de Emergencia prehospitalaria, cada vez más se asistió a situaciones que podían o debían ser resueltas por lo que habíamos definido como “primera línea”. Por una parte, se van flexibilizando sobre la marcha los criterios de Coordinación y por otra, la saturación del SSAE hace que muchas veces, “por rebosamiento”, nos lleguen llamados que no se ajustan a los criterios. Desde el comienzo habíamos establecido la posibilidad de evaluar si los llamados se ajustaban a los criterios acordados. Los colegas debían consignar: *llamado justificado* si se atenía a los criterios e *injustificado* si no lo hacía. Tuvimos un nivel muy elevado de omisión en el registro del dato que imposibilitó la evaluación. El cruzamiento de estas dos variables nos permitiría tener una idea más exacta de si ese objetivo se cumple. Hoy estamos trabajando para lograr ese dato. En la Figura 4 se observa la evolución del total de llamados en el quinquenio.

El año 99 es el de la consolidación del servicio. Fue el año en el que los criterios estaban totalmente incorporados, los procedimientos de coordinación interna automatizados y establecidas las rutinas:

a. El psiquiatra de guardia es quien debe recibir el llamado para poder evaluar la situación a partir de los datos que le comunica el médico coordinador del SSAE o psiquiatra de la policlínica periférica.

b. La enfermería da aviso a archivo para que se busque la Historia Clínica si el paciente tiene antecedentes para contar con la información a tiempo.

c. La enfermería también da aviso a los choferes y a la Licenciada en Enfermería para que en función del personal disponible convoque al equipo para esa situación.

Creemos que el servicio de ACRI es necesario más allá de que se cumplan o no sus objetivos originales. Con el funcionamiento actual, aporta un nivel de calidad a la hora de resolver situaciones de “crisis” que no puede brindar otro servicio.

### Total de llamados a ACRI - Año 2003

MESES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Llamados	138	157	176	138	137	127	132	156	154	173	172	150
Traslados	55	66	72	60	42	46	52	48	58	55	54	48
% Mens. Trasl.	40	42	41	43	31	36	39	31	38	32	31	32

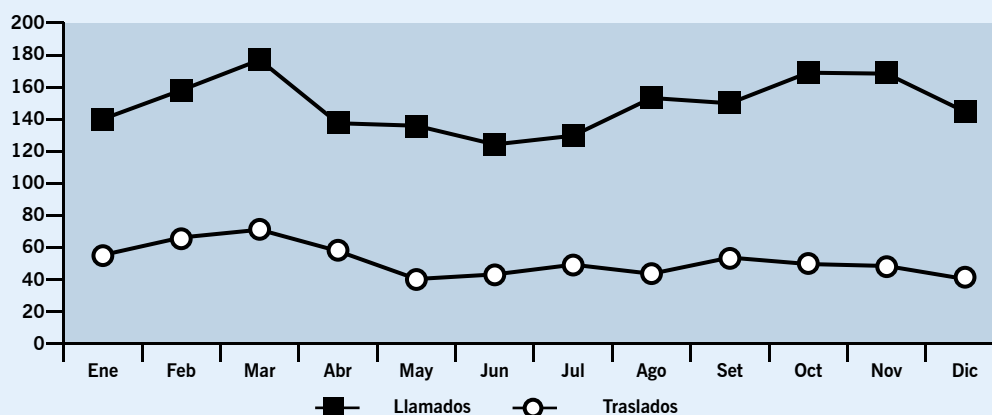


Figura 3

### Total de llamados a ACRI - Año 2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Total de llamados	1105	1020	1299	1801	1810
Prom. mensual de llamados	92	85	108	150	151
Prom. diario de llamados	3.0	2.8	3.6	4.9	5.0

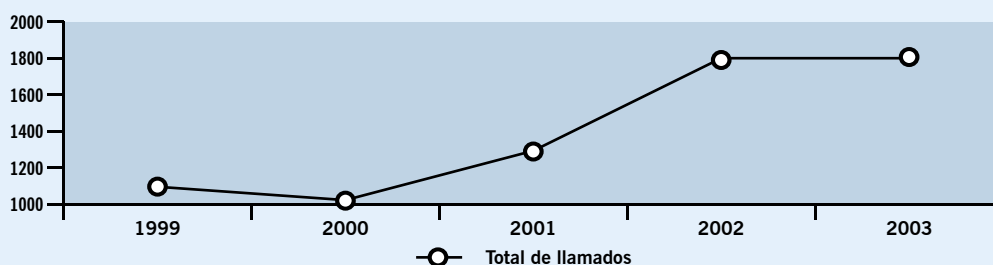


Figura 4

Tenemos las mismas dificultades y deficiencias que el resto de la estructura asistencial de ASSE y otras que son propias. La definición de una estrategia para el fortalecimiento de la coordinación podría contribuir en una redefinición del servicio de ACRI, de su cometido

y ello daría un aprovechamiento mayor de su experiencia y potencialidades y, por lo tanto, conduciría a una considerable mejora en los resultados del Sistema.

## Comentario final

Se fue gestando entre todos los actores vinculados a la salud mental muchos hechos positivos que dan motivos para ser optimistas. Se alcanzó una serie de objetivos valiosísimos, pero, sin embargo, la situación que se presentaba tan prometedora en los servicios de ASSE, en los últimos años muestra un escenario de estancamiento y de retroceso en algunas áreas. Tomaré lo que se escribía en la Revista de Psiquiatría del Uruguay en el año 2000 como indicadores para evaluar el período. Los autores marcaban las “Propuestas para seguir avanzando” diciendo que las medidas que se debían enfatizar eran “a) El departamento de Canelones (que sigue realizando traslados al Hospital Vilardebó) debería contar con dos salas de internación... b) Poner en operaciones la sala especializada del Hospital Pasteur, c) poner en operaciones una sala especializada en el Hospital de Clínicas...” Más adelante, se decía respecto de los Centros de Salud en la Comunidad: “...deben transformarse en el escenario principal de atención en psiquiatría y salud mental.” Los Centros Diurnos se reconocían como “el instrumento que ha quedado más rezagado” y que “se constituye en pieza operativa fundamental para disminuir la presión sobre la hospitalización, facilitar la actividad de los centros comunitarios”. De las Colonias se decía: “En el año 2002 las Colonias cumplirán 90 años; en las nuevas y auspiciosas condiciones que se han generado, los protagonistas del movimiento uruguayo de la Salud Mental deberíamos comprometernos –concertando un proyecto viable– a conmemorar ese aniversario superando definitivamente los remanentes de esa modalidad asilar”<sup>4</sup>.

Ninguna de estas propuestas ha podido ser llevada adelante y lo poco que se realizó se encuentra en precario equilibrio. El MSP no logró coordinar y armonizar los diferentes efectores públicos y privados para seguir avanzando, como no lo hizo tampoco en ninguna área de la salud. En el área de salud mental tampoco se reguló ni normatizó acciones, tratando de que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) acompañaran los cambios que se daban a nivel público, por lo que las mismas siguen casi como hace 30 años.

El resultado: la crisis del sistema sanitario que viene desde hace décadas llega a un punto tal que afecta tanto a las condiciones de asistencia como a las condiciones de trabajo. Todos hemos escuchado que la crisis del año 2002 “nos dejó otro país”. Pero mal haríamos si con ella pretendiéramos justificar errores que no se le pueden atribuir. No es esta la única explicación de los retrasos, que son muchos.

Tenemos planteados los mismos desafíos que hace, por lo menos, cuatro años y a todos nos cabe alguna cuota de responsabilidad en lo que no se pudo concretar y en el compromiso que debemos asumir para alcanzar estas metas.

A esta altura de los acontecimientos tenemos casi la obligación de pensar en dos niveles: uno, el inmediato, cómo ir resolviendo los problemas que se plantean a diario, cómo seguir tecnificando los procedimientos, cómo racionalizar las tareas para la mejora de los resultados, cómo aumentar el compromiso, cómo mejorar el entusiasmo cuando tenemos una tarea tan pesada que se desarrolla en condiciones tan difíciles. Se hace necesario un cambio en la “cultura” médica. Ya no es posible pensar en el viejo modelo del médico en su consultorio, en el hospital o “la mutua-lista”, como tampoco procurarse la última tecnología o poner una clínica por lo poco o nada que aporta como soluciones al sistema. Se impone la cultura de los equipos de trabajo con planes anuales, compromisos con metas y objetivos y evaluaciones de resultados en salud a partir de indicadores.

El segundo nivel en el que tenemos que pensar resuelve estas mismas cosas, propone soluciones a los mismos problemas. Ese nivel mediato tiene que ver con políticas de salud y en el área de salud mental los psiquiatras tenemos cosas para aportar.

La recientemente concluida 8va. Convención Médica Nacional (agosto de 2004) en su declaración final dice: “La actual situación de crisis de la asistencia médica en el país y su repercusión sobre el estado de salud de la población, requiere la definición y aplicación de profundos cambios en la estructura, organización y financiamiento de los servicios, así como en el modelo de atención”. Nuestra especialidad, su práctica y las condiciones en las que la desarrollamos forman parte



de ese panorama general. Tenemos desafíos múltiples.

Sería bueno, tal vez, en línea con la 8va. CMN, que empezáramos por revisar el Plan de Salud Mental del año 86 en instancias amplias y de múltiples convocatorias, contrastarlo con lo que hemos hecho y ver a qué distancia estamos de sus propuestas, reformularlo y plantearnos nuevos objetivos. Por los pacientes y por nosotros.

## Referencias bibliograficas

1. Declaración de Caracas. Conferencia sobre la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela, 1990.
2. **Bespali Y, de Pena M.** La evolución de los derechos de los enfermos mentales en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64(3): 374-393.
3. **Chanoit P.** Informe sobre Salud Mental en el Uruguay OPS/OMS, 1966.
4. **Arduino M, Ginés A, Porciúncula H.** La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental. *Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64(2): 302-316.
5. **Arduino M, Ginés A.** Noventa años de la Colonia Etchepare. *Rev Psiquiatr Urug* 2002; 66(2): 119-129.
6. **Porciúncula H, Wilhelm I.** ACRI Asistencia en Crisis. Proyecto. Montevideo: Ed. de la Plaza, 1996.
7. **Arduino M, de los Santos O.** La emergencia psiquiátrica en el hospital general. Aspectos estadísticos. *Rev Psiquiatr Urug* 1987; 52(308):67-77.
8. Organización Mundial de la Salud. CIE 10 Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades - Trastornos mentales y del comportamiento - Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid: Meditor, 1992.
9. **Fauman B.** Emergencias psiquiátricas. Otras emergencias psiquiátricas. En: Kaplan y Sadock. Tratado de psiquiatría. Sexta edición. Bs. As.:Intermédica, 1998 Vol. 3 p. 1683.
10. **Ey H.** Tratado de psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson 1980, pp. 98-99.
11. **Ey H.** Tratado de psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson 1980, pp. 204-205.
12. **Elpers J.** Psiquiatría hospitalaria y comunitaria. En: Kaplan y Sadock. Tratado de psiquiatría. Bs. As.:Intermédica, 6ta. Ed. 1998 Vol. 3, pp. 2610.
13. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Barcelona, 1995, pp. 31-32.
14. **Porciúncula H, Wilhelm I.** ACRI Asistencia en Crisis. Proyecto. Montevideo: Ediciones de la Plaza, 1996, pp. 34-35.
15. **Porciúncula H, Wilhelm I.** ACRI Asistencia en Crisis. Proyecto. Montevideo: Ediciones de la Plaza, 1996, p. 33.