

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de los traslados médicos no regulados desde diferentes instituciones prestadoras de salud hacia el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, en el año 2017

Fecha de recibido:
25 de febrero de 2019.

Fecha de aprobación:
20 de marzo de 2019.

Characterization of not regulated medical transfers from different health care institutions to Pablo Tobon Uribe Hospital Medellin in 2017 / Caracterização das transferências médicas não regularizadas desde diferentes instituições prestadoras de saúde ao Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, no ano 2017

Jaime Andrés Giraldo Hoyos¹, Tatiana Arroyave Peña¹, Andrés Felipe Naranjo¹, Yeimy Katherine Lopera²

RESUMEN

Objetivo: los traslados no regulados son aquellos en los que se transfieren pacientes a instituciones prestadoras de salud (IPS) de mayor complejidad, en búsqueda de recursos y que, por motivos administrativos o propios del transferido, se requieren con urgencia, omitiendo el conducto regular de la remisión. El objetivo de esta investigación es establecer la razón por la cual se realizan estos traslados a una institución de alta complejidad, describir las características clínicas de estos pacientes y del traslado, así como los aspectos administrativos, la disposición final y los recursos utilizados.

Metodología: se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se revisaron los pacientes ingresados, desde enero a diciembre del año 2017, como traslados no regulados, a un hospital de alta complejidad de la ciudad de Medellín.

Resultados: el principal motivo de traslado es el riesgo vital, con un 46% casos; seguido de la falta de recurso, con un 42%; donde el especialista médico fue el principal recurso utilizado, con un 34%. La patología médica es el diagnóstico más frecuente del traslado. En su mayoría, los traslados no regulados provienen de la baja y mediana complejidad, con un 96%. Respecto a la disposición final de los pacientes, el 63% son dados de alta y el 13% fallecen en la institución.

Conclusiones: no existe literatura ni estudios sobre traslados no regulados en el medio, ni datos precisos, ni razones por los que ocurren. Se asume que se dan por trámites administrativos, pero es el riesgo vital el que lleva al personal médico a trasladar, en búsqueda de un recurso de mayor complejidad.

Palabras clave: transferencia de pacientes; gestión de riesgos; recursos en salud

Forma de citar este artículo:

Giraldo JA, Arroyave T, Naranjo AF, Lopera YK. Caracterización de los traslados médicos no regulados desde diferentes instituciones prestadoras de salud hacia el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, en el año 2017. Med UPB. 2019;38(2):114-119. DOI:10.18566/medupb.v38n2.a03

ABSTRACT

Objectives: Unregulated transfers are those in which patients are reassigned to more complex healthcare providers (IPS) in search of a resource that is not available. The service is usually required with urgency due to administrative or patient reasons, thus omitting the regular remission procedure. The main objective is to establish the reason why non-regulated transfers are made to an institution of high complexity. Likewise, we seek to describe the clinical characteristics of these patients, the type of transfer, administrative aspects, the patients' final disposition, and the resources used.

Methodology: A descriptive observational study was conducted, where the databases of the patients admitted in 2017 as unregulated transfers to a high complexity hospital in the city of Medellin were reviewed.

- 1 Departamento de Urgencias, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.
- 2 Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia: Jaime Andrés Giraldo Hoyos. Correo electrónico: jgiraldo@hptu.org.co

Results: The main reason for transfer to institutions of high complexity is the patient's life risk in 49% followed by the lack of resources in 42%, where the medical expert was the main resource used (34%). Patients with a medical diagnosis are the most frequent cause of transfer. Most unregulated transfers come from low and medium complexity (96%). Regarding the final disposition of the patients, 63% are discharged and 13% die in the institution.

Conclusions: There are no current literature or objective studies of unregulated transfers that show us precise data and reasons why these take place. It is frequently assumed that they occur due to administrative procedures, but it is the patient's life risk that leads the medical personnel to move in search of a more complex resource.

Key words: patient transfer; risk management; health resources

RESUMO

Objetivo: as transferências não regularizadas são aquelas nos quais se transferem pacientes a instituições prestadoras de saúde (IPS) de maior complexidade, em busca de recursos e que, por motivos administrativos ou próprios do transferido, se requerem com urgência, omitindo o conduto regular da remissão. O objetivo desta investigação é estabelecer a razão pela qual se realizam estas transferências a uma instituição de alta complexidade, descrever as características clínicas destes pacientes e da transferência, assim como os aspectos administrativos, a disposição final e os recursos utilizados.

Metodologia: se realizou um estudo observacional descritivo, onde se revisaram os pacientes ingressados, desde janeiro a dezembro de 2017, como transferências não regularizadas, a um hospital de alta complexidade da cidade de Medellín.

Resultados: o principal motivo da transferência é o risco vital, com 46% dos casos; seguido da falta de recurso, com 42%; onde o especialista médico foi o principal recurso utilizado, com 34%. A patologia médica é o diagnóstico mais frequente do traslado. Em sua maioria, as transferências não regularizadas provém da baixa e média complexidade, com um 96%. Com respeito à disposição final dos pacientes, 63% são dados de alta e 13% falecem na instituição.

Conclusões: não existe literatura nem estudos sobre transferências não regularizadas neste meio, nem dados precisos, nem razões pelos que ocorrem. Se assume que se dá por trâmites administrativos, mas é o risco vital o que leva ao pessoal médico a transferir, em busca de um recurso de maior complexidade.

Palavras chave: transferência de pacientes; gestão de riscos; recursos em saúde

INTRODUCCIÓN

En Colombia las entidades encargadas de brindar un servicio de salud a la población se denominan instituciones prestadoras de salud (IPS). Están organizadas en una red de atención y clasificadas de acuerdo con la complejidad de sus recursos. La comunicación entre ellas se da bajo un sistema de referencia y contrarreferencia estipulado en el artículo tres del decreto 4747/2007, donde se indican las normas técnico-administrativas, que garantizan un servicio de salud con calidad, oportunidad, accesibilidad, continuidad e integralidad¹.

Las aseguradoras, empresas prestadoras de salud (EPS) y el Centro Regulador

de Urgencias y Emergencias Médicas (CRUE) se encargan de la efectividad y oportunidad de la atención urgente, mediante el uso de recursos y procesos estandarizados, según lo establecido por el Ministerio de Protección Social.

En la atención en las diferentes IPS puede ocurrir que se requiera de un proceso de remisión, que implica transferir el paciente para garantizar la calidad y oportunidad en el diagnóstico y tratamiento². Este proceso está regulado por una normatividad, donde el objetivo principal es la continuidad en la atención³.

Tradicionalmente, en Colombia se nombra traslado primario a aquel que ocurre de modo no regulado hacia alguna IPS de alta

complejidad. La literatura utiliza esta misma expresión para referirse expresamente al transporte de un paciente desde el lugar donde se produce una emergencia extra-hospitalaria a un hospital⁴, siendo este proceso manejado por el personal de atención prehospitalaria (APH)⁵. El traslado secundario es el transporte entre centros hospitalarios, mediante una remisión, que considera el traspaso de la atención del paciente y la responsabilidad de este a otra institución o profesional^{4,6,7}; cuando este proceso se realiza fuera de la normatividad, es no regulado.

En el medio son usuales los traslados no regulados hacia las IPS de alta complejidad y son comúnmente entendidos como primarios. Se presume que ocurren por motivos administrativos, clínicos, necesidad de otros recursos o demoras en el proceso de remisión. Estos generan un riesgo para el paciente, pues al no tener un lugar definido de recepción, las ambulancias pueden recorrer varias IPS, pueden no encontrar el recurso buscado o la disponibilidad de cama en los servicios de urgencias o, incluso, puede haber deterioro del estado del trasladado.

Por lo tanto, decidimos realizar un estudio observacional en una institución de alta complejidad de la ciudad de Medellín, para caracterizar la población que se traslada bajo esta modalidad, las características propias del traslado y los motivos por los cuales se realiza. Con el fin de obtener un panorama objetivo de lo que ocurre y, finalmente, determinar si se genera algún impacto en la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

METODOLOGÍA

Diseño y sitio

El presente es un estudio observacional y descriptivo de una muestra de pacientes que ingresó desde enero a diciembre de 2017, en la ciudad de Medellín, bajo la modalidad de traslados no regulados desde otras IPS hacia el Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU). El HPTU es un hospital de alta complejidad, con 454 camas activas, de las que 41 pertenecen a la Unidad de Cuidados Intensivos adultos (UCI) y 28 a la Unidad de Cuidados Especiales (UCE). Tuvo un promedio de 8 300 ingresos por *triage* al mes, en el 2017, y un 80% de consulta efectiva. Aproximadamente el 55% de los ingresos es clasificado como *triage* III⁸. La recolección de la información se realizó durante los primeros meses de 2018. La población total (diana) fue de 1 665, entre ellos se tomó una muestra aleatoria de 313 sujetos para el análisis de las variables de interés. Con esta muestra se esperaba encontrar una proporción del 50% de remitidos bajo la premisa de riesgo vital, asumiendo un margen de error del 5%. Se utilizó el programa Epidat 3.1, tanto para el cálculo del

tamaño de la muestra como para el muestreo aleatorio (selección de historias).

Población

Pacientes de 15 años en adelante que ingresan al HPTU (Medellín), después de un traslado no regulado desde otra IPS. Se recolectó la información de las historias clínicas que suministró Gestión de la Información en la institución, bajo un formato preestablecido por el Hospital y que se diligencia en este tipo de casos. Se excluyeron historias incompletas, los que reciben atención prehospitalaria (no dada por una IPS) y aquellos derivados por medios aéreos.

Definición de variables

Se realizó un registro en una base de datos con las características de los pacientes y del traslado, agrupados en las siguientes variables: edad, sexo, *triage* asignado bajo el modelo *Emergency Severity Index* (ESI) que clasifica en cinco los niveles de prioridad para la atención en urgencias, siendo *triage* I el de mayor prioridad o emergencia y *triage* V el menos urgente.

Los casos se agruparon según fueran por causas traumáticas, cardiovasculares, hemato-oncológicas, neurológicas, respiratorias, infecciosas, toxicológicas o quirúrgicas. Se definieron los siguientes motivos para la derivación: trauma, riesgo vital, falta de convenio, retraso en el proceso de remisión, necesidad de especialista u otro recurso. El responsable del envío fue catalogado como médico, paramédico, lego en salud o familiar. El lugar geográfico de procedencia podía incluir el Valle de Aburrá, municipios de Antioquia u otros departamentos. El nivel desde donde se enviaba el paciente podía ser de baja, mediana o alta complejidad. El requerimiento del traslado incluía la petición de quirófano, médico especialista, unidades de alta dependencia o imagenología. Por último, la disposición final del paciente desde urgencias incluía si termina siendo dado de alta, hospitalizado, en el quirófano, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Cuidados Especiales (UCE), remitido, fallecido o como donante.

Análisis estadístico

Las variables del estudio fueron definidas como cuantitativas, por lo que se reportan a través de medidas de frecuencia absolutas y relativas. Se desarrolló una base de datos como instrumento para estructurar la información, utilizando *Excel*[®] como herramienta. El reporte se desarrolla bajo las normas STROBE⁹ para estudios observacionales.

RESULTADOS

En el HPTU, durante el año 2017 ingresaron por *triage* al departamento de Urgencias 99 104 pacientes, de quienes 76 690 eran adultos. Se documentó un ingreso de 1 665 personas bajo esta modalidad, lo que corresponde al 2.3% de los ingresos.

Del total de los traslados no regulados se decidió analizar una muestra significativa de 313 registros, que asume un margen de error del 5%, para evitar el análisis de todas las historias y obtener resultados confiables sobre las variables de interés.

Se encontró que 177 pacientes eran hombres, con un 61.3%, y 120 eran mujeres, con un 38.7%. El grupo etario de mayor frecuencia fue el de los que tenían entre los 51 a 75 años, con un 37%; seguido de un 27% de los pacientes entre 31 y 50 años; un 19% entre los 15 y 30 años; y un 15% de mayores de 75 años. Los traslados no regulados que recibieron clasificación *triage* II fueron 154 (49.2%), 103 (32.9%) fueron *triage* I y los 56 (17.9%) restantes fueron *triage* III.

Ciento cincuenta y un casos (48.2%) fueron trasladados por personal médico, en 115 registros (36.7%) no se encontró información en la historia clínica del responsable de la derivación, 35 pacientes (11.2%) fueron traídos por personal paramédico (tecnólogos en atención prehospitalaria –APH– o auxiliar de enfermería). Ciento noventa y nueve traslados (63.6%) provenían de otros municipios de Antioquia, 95 (30.4%) del área metropolitana y 18 (5.8%) de departamentos aledaños.

La mayoría de los traslados no regulados hacia instituciones de alta complejidad provienen de niveles inferiores: 218 (69.6%) desde la baja complejidad, 83 (26.5%) desde la mediana y solo 9 (2.9%) de un nivel similar. Es la pa-

tología médica el principal motivo de traslado en el 69% de los casos, el 30% restante es derivado por problemas traumático. En la Tabla 1 se discriminan los principales grupos diagnósticos que motivaron el envío y se incluye el trauma que no compromete un sistema específico.

En respuesta al objetivo primario, el motivo de los traslados no regulados corresponde en un 49% a un riesgo vital, el 42% es por la necesidad de un recurso no disponible en la institución de origen, 5.7%, por retrasos administrativos en el proceso de remisión, 0.64%, por la ausencia de convenios entre la Empresa Prestadora de Servicios (EPS) y la IPS y en un 1.6% no está claro el motivo de la derivación.

Los recursos de la alta complejidad que requirió el paciente y por los que se trasladaron fueron: 110 (35.1%) necesitaron medicina especializada, 95 (30.4%) requirieron unidades de alta dependencia (UCI-UCE), 59 (18.8%) precisaron tomografías, resonancias, intervencionismo, 42 (13.4%) fueron programados para intervenciones quirúrgicas. En siete casos (2.2%) no se identificó el recurso requerido.

Finalmente, se analizó la disposición de los pacientes luego de la definición de conducta desde urgencias. Se encontró que 121 (38.7%) son dados de alta allí mismo, 58 (18.5%) se hospitalizan en salas generales, 85 (27.2%) requieren unidades de alta dependencia, 38 (12.1%) fallecen y ocho (2.6%) van a quirófano.

DISCUSIÓN

En Colombia desconocemos estadísticas sobre los traslados no regulados entre las instituciones en el ámbito nacional y regional. La literatura está escrita por perso-

Tabla 1. Motivo de traslado por grupos diagnósticos.

Grupo Diagnóstico	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Cardiovascular	45	14.4
Infeciosa	34	10.9
Toxicológico	14	4.5
Traumático	82	26.2
Respiratorio	32	10.7
Neurológico	55	17.6
Quirúrgico	12	3.8
Hemato-oncológico	7	2.2
Otros*	32	10.2
Total	297	100

*Otros: causas oftalmológicas, gastrointestinales, genitourinarias, hepatobiliares.

nal paramédico que realiza los bien llamados traslados primarios^{6,10}, que no son lo mismo que sucede en la transferencia de pacientes entre instituciones, como se mencionó anteriormente. La literatura incluye diferentes revisiones sobre transferencias interhospitalarias, que en su mayoría son de población pediátrica. Dada la escasez de otros referentes, dicha literatura se usará como base para discutir aspectos importantes.

A los profesionales de los servicios de urgencias les impacta la llegada de pacientes sin regulación y bajo condiciones de riesgo, que constituyen un reducido número de ingresos. Estos casos tienen importante peligro vital, lo que es en muchos casos, precisamente la justificación de quien los envía. Se revisó un estudio sobre traslados pediátrico y neonatales realizado en España, Portugal y Latinoamérica, que concluye que no existe, en la mayoría de los países, un transporte con personal cualificado y materiales adecuados¹¹. Aunque la población difiere, se extrapola a la nuestra ya que es un reflejo de las dificultades inherentes al traslado, tanto en países desarrollados como los países en vía de desarrollo.

Por esta razón, se realizó este trabajo en el que se reportan datos objetivos sobre la situación de los traslados no regulados en Medellín, estos casos corresponden a menos del 3% de todas las formas de ingresos al servicio de urgencias de la institución estudiada y reflejan lo que puede suceder en hospitales de complejidad similar. Los datos indican que en más del 90% de los casos los ingresos se realizan desde la baja y la mediana complejidad, siendo reflejo de la necesidad de un recurso mayor, lo que a su vez se relaciona con el riesgo vital de los pacientes. En Oregón y Washington (EE. UU) se realizó un estudio comparativo sobre los desenlaces de la atención por niveles, allí se documentó una mejoría en la supervivencia, en aquellos atendidos en centros de mayor complejidad¹², lo que implica que es válida la necesidad de trasladar de forma regulada pacientes a niveles superiores de atención, ya que esto los beneficia.

El principal diagnóstico por el que se trasladan los pacientes es la patología médica, que incluye como etiologías frecuentes las causas neurológicas, en un 17% de los casos, y cardiovasculares, en un 14%. Esto en reflejo de la situación nacional, donde las entidades cardiovasculares encabezan la lista de morbimortalidad, según datos de 2017 del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)¹³. En Colombia, las muertes se producen por enfermedades isquémicas del corazón en el

18.8% de la población, por problemas cerebrovasculares en el 6.7%, seguidas de las muertes naturales, violentas o por trauma. Un estudio similar evidencia en Chile, como principales diagnósticos en población pediátrica trasladada, el trauma y la patología respiratoria o la necesidad de soporte ventilatorio¹⁴.

Fue llamativo que más de la mitad de los casos (51.8%) estuvieron acompañados por personal no médico, siendo este uno de los aspectos de interés, pues al realizar traslados no regulados, se omite el propósito de garantizar la seguridad y calidad en la atención, pasando a ser el médico responsable del traslado el que asume los riesgos. Aun así, más de la mitad de los pacientes no tenían riesgo vital y eran derivados por otro motivo; este grupo puede incluirse entre los trasladados por profesional no médico.

Otra variable importante fue la disposición final de los pacientes, pues también reflejó el riesgo y la complejidad de los traslados. Una cuarta parte de los sujetos requerían unidades de alta dependencia, concordantes a la gravedad de su patología, donde la mortalidad fue del 12.1%. Para resaltar, el 38.7% de los pacientes son dados de alta desde el servicio de urgencias, posiblemente, por resolución del problema médico o por derivación a la atención ambulatoria; esto puede haber ocurrido por el hecho de que los traslados se realizan desde alguna IPS de baja complejidad a otras de mayor complejidad, después de que en esta última se resolviera el problema motivado por la carencia de recursos en la primera.

En conclusión, los traslados no regulados continúan siendo una situación diaria en el medio, aunque constituyen un porcentaje menor del 5% de los ingresos por el servicio de urgencias. El riesgo vital de los pacientes atendidos en la baja o mediana complejidad es el principal motivo por el que ingresan. Contrariamente a lo asumido habitualmente, solo el 6.3% son por problemas administrativos. La necesidad de recurso es otra razón de peso para este tipo de derivación, pues una vez en la institución de alta complejidad, se resuelve la urgencia. La disposición final del 38.7% de los pacientes es el alta.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Decreto número 4747 de 2007 [Internet]. Sec. Artículo 3 dic 7, 2007 p. 10. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

2. Ramírez E, Viana N. Evaluación del sistema de referencia y contra-referencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado Hospital Local Arjona [Internet] [Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de Especialista en Gerencia de la Salud]. [Colombia]: Cartagena; 2012. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/401/1/Evaluacion%20sistema%20referencia%20y%20contrarreferencia%20ERIKA%20Y%20NIRLIS.pdf>
3. Resolución 4331 [Internet]. 4331 dic 21, 2012 p. 7. Disponible en: <https://www.epssura.com/files/-RESOLUCION-4331-DE-2012-adiciona-y-modifica-parcialmente-la-Resolucion-numero-3047-de-2008-modificada-por-la-Resolucion-numero-416-de-2009.pdf>
4. Transporte primario, urgente y del paciente crítico. En: Plan andaluz de Urgencias y emergencias [Internet]. 1999. p. 1-10. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Transporte%20primario%20urgente%20y%20del%20pacinete%20critico.pdf>
5. Orjuela GD, González IE, Bermúdez EM, Sierra MA, Agudelo C, Barrera ES. Características del manejo inicial y traslado primario en 30 pacientes que son llevados al servicio de urgencias del Hospital San José por el personal pre hospitalario en 2013. [Internet, Tesis]. 2015. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3502/2/Carateristicas_traslado_pacientes.pdf
6. Gonzales R, Nicul S, Varaguas J, Cortés JP. Procedimiento: Proceso de Transporte Primario de Pacientes de Atención de Urgencia. Hospital Regional de Arica; 2012.
7. Rubiano AM. Transporte de pacientes politraumatizados. En: Guías para el manejo de Urgencias [Internet]. Disponible en: https://www.academia.edu/10362880/Transporte_de_pacientes_politraumatizados
8. Sistema de Gestión Documental HPTU [Internet]. Almera Information Management; Disponible en: <https://sgi.almeraim.com/cgi/index.php?redirect=true&conid=sgihptu&error=inicioR>
9. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med.* 2007;147(8):573-577.
10. Jaramillo JI, Rubiano AM. Transporte de pacientes en ambulancia terrestre. En: Guías básicas de atención médica prehospitalaria [Internet]. Segunda. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guias%20Medicas%20de%20Atencion%20Prehospitalaria.pdf>
11. De la Mata S, Escobar M, Cabrerizo M, Gómez M, González R, López-Herce J. Transporte pediátrico y neonatal en España, Portugal y Latinoamérica. *Med Intensiva.* 2017;41(3):143-152.
12. Pollack MM, Alexander SR, Clarke N, Ruttimann UE, Tesselaar HM, Bachulis AC. Improved outcomes from tertiary center pediatric intensive care: a statewide comparison of tertiary and nontertiary care facilities. *Crit Care Med.* 1991;19(2):150-159.
13. DANE Defunciones no fetales 2017 preliminar [Internet]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2017>
14. Bustos BR, Villagrán VG, Rocha GM, Riquelme PC, Muñoz IR, Baeza AR. Transporte interhospitalario de pacientes pediátricos. *Rev Chil Pediatría.* 2001;72(5):430-436.