

**FLUJO DE TRASLADOS POR APOYO VITAL BÁSICO EN EL CENTRO
COORDINADOR PROVINCIAL DE EMERGENCIAS DE LAS TUNAS.
JULIO- DICIEMBRE 2005.**

AUTORES:

- *Lic. Enf. Mayra Infantes Ortega**
- **Dr. Carlos Alberto Escalona Ramos**
- ***Tec. Georgina Busto Santiesteban**
- ****Lic. Enf. Yamila del Busto Colina**
- *****Dr. Liban Hernández Monteagudo**

****Licenciada en Enfermería. Enfermera Emergencista del Centro Coordinador Provincial de Emergencias de las Tunas. San Joaquín. Las Tunas. Contactar con E mail: siumlt@cucalambe.ltu.sld.cu***

*****Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Clínico-Intensivista y Emergencista del Hospital de Amancio. Maestrante de Urgencias Médicas en Atención Primaria. Ave Nueva Esperanza # 3 Apto 3 e/ 4 y 6. Nuevo Amancio, Amancio, Las Tunas. Teléfono 93486. Contactar con E mail: marcos@disa.ltu.sld.cu o josef.mtz@infomed.sld.cu***

Centro Coordinador Provincial de Emergencias Médicas de Las Tunas. Hospital General Docente Provincial Dr. Ernesto Guevara de La Serna. Las Tunas. Teléfono 49192 Contactar con E mail: siumlt@cucalambe.ltu.sld.cu. Cuba

******Técnica en Farmacia del Hospital de Amancio. Estudiante de 1 Año de Licenciatura en Tecnología de Salud. Manuel Ascunce Doménech # 16 / Alipio carrillo y Pablo de la Torriente Brau. La Carretera. Amancio. Las Tunas.***

*******Licenciada en Enfermería. Enfermera Emergencista del Hospital de Amancio. Maestrante de Urgencias Médicas en Atención Primaria. Pablo de la Torriente Brau # 28. La Carretera. Amancio. Las Tunas.***

********Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Diplomado en Medicina Intensiva del Adulto. Medico Emergencista del Hospital de Amancio. Avenida Sergio Reino #.213. Amancio. Las Tunas.***

RESUMEN

La respuesta eficaz de los servicios de urgencias a las demandas asistenciales depende en gran medida del uso adecuado y racional que se haga de los recursos humanos y materiales. Con el objetivo de evaluar el comportamiento de la demanda de traslados por concepto de Apoyo Vital Básico, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo observacional con los 900 pacientes trasladados por el Sistema de Emergencias Médicas en el Centro Coordinador Provincial de Emergencias de Las Tunas, de Julio a Diciembre del año 2005. Los datos fueron obtenidos del registro primario del departamento. Se tuvieron en cuenta las variables que dieran salida a los objetivos de la investigación. La información se analizó y procesó en una PC y los resultados se presentan de forma tabular y gráfica. El 70 % de las solicitudes de traslados correspondió al Apoyo Vital Básico y fueron a expensas de las especialidades de Medicina Interna (35 %) y Pediatría (18.88 %). La mayor proporción del flujo de traslados de pacientes fue hacia los Hospitales provinciales.

Del total de los traslados, el 64 % correspondió a las remisiones y un 27.77 % por proceder diagnóstico. Del total de remisiones, el 28.99 % correspondió a la especialidad de Medicina Interna, seguidos de Pediatría (18,92 %) y Cirugía (15.45 %). Los clínicos incidieron en el 42.80% de los traslados para proceder diagnóstico, en menor medida incidieron los especialistas en Medicina General Integral (20.80 %), a su vez, estos son los que más inciden en los traslados para interconsultas.

INTRODUCCIÓN.

La atención médica de urgencia constituye un punto crucial para la calidad asistencial en los sistemas de salud. La respuesta eficaz de los servicios de urgencias a las demandas asistenciales no solo está determinada por su calidad y rapidez, sino que esta depende en gran medida del uso adecuado y racional que se haga de sus recursos humanos y materiales (1-4). La información disponible sobre actividades asistenciales en el área de urgencias, a escala mundial, demuestra un crecimiento significativo de la demanda de servicio de urgencias, tanto a nivel prehospitario como hospitalario (5-9).

Cuba no está al margen de esta situación por lo cual el Ministerio de Salud Pública inaugura el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM), en Ciudad Habana y luego lo extiende de forma progresiva a todo el país; organizado en cuatro subsistemas asistenciales: el programa de socorrismo, la red de urgencia primaria, la emergencia móvil y hospitalaria, y las terapias intensivas e intermedias. Con posterioridad y de forma progresiva se orientó el perfeccionamiento de los servicios de urgencias, con el objetivo de desplazar la demanda de asistencia no urgente desde los hospitales y los Policlínicos Principales de Urgencias a los Consultorios del Médico de Familia (CMF). Esta estrategia ha obtenido sus frutos, muestra del mismo lo constituyen numerosos trabajos en todo el país (10-19)

A nivel provincial, el SIUM ha obtenido logros sustanciales desde sus inicios, siendo el Centro Coordinador el encargado de clasificar la demanda de traslados de urgencia según las necesidades del paciente; por todo lo anterior pretendemos realizar un

análisis de la situación actual de la demanda de traslados por Apoyo Vital Básico en el Centro Coordinador Provincial (CCP) de Emergencias de Las Tunas en el periodo de tiempo de Julio a Diciembre del 2005

OBJETIVOS

GENERA

Conocer el comportamiento de la demanda de traslados por Apoyo Vital Básico en el CCP de Emergencias de Las Tunas desde Julio a Diciembre del 2005

ESPECIFICOS

- 1- Clasificar la demanda de Apoyo Vital Básico en el CCP de Emergencias.
- 2- Conocer la especialidad que solicita el traslado y el destino de los mismos
- 3- Conocer el desglose de los traslados según la especialidad que lo solicita.

MATERIAL Y METODO

Se realizo un estudio descriptivo retrospectivo observacional con los pacientes trasladados por el Sistema de Emergencia Medica Móvil del CCP de Emergencias de Las Tunas en el periodo desde Julio a Diciembre del 2005

Definiciones operacionales:

Apoyo Vital Avanzado (AVA) correspondiendo a aquella que necesita tanto de apoyo ventilatorio, hemodinámico y farmacológico, que de no actuarse de inmediato puede llevar al fallecimiento del paciente y que necesita para su traslado de ambulancias tripuladas.

Apoyo Vital Básico (AVB) a la demanda que no necesitan apoyo ventilatorio, hemodinámico y farmacológico, en los que la actuación no tiene que ser inmediata y el paciente puede ser trasladado en ambulancias sin tripulación medica ni de enfermería.

El universo estuvo constituido por los 1290 pacientes que fueron trasladados en el periodo de tiempo analizado, **la muestra** quedo constituida por 900 pacientes que cumplían los requisitos para ser trasladados por concepto de AVB

Para desarrollar el primer objetivo de la investigación se clasifíco la demanda de traslados por AVB en remisión, proceder diagnostico e interconsulta

En el objetivo 2 de la investigación se precisó la especialidad del medico solicitante y se corroboró la información con el registro profesional de los mismos y se determinó el destino de los pacientes trasladados según hospital donde fueron trasladados.

En el objetivo 3 se cuantificaron los traslados según especialidad y tipo de ellos.

Técnicas y procedimientos.

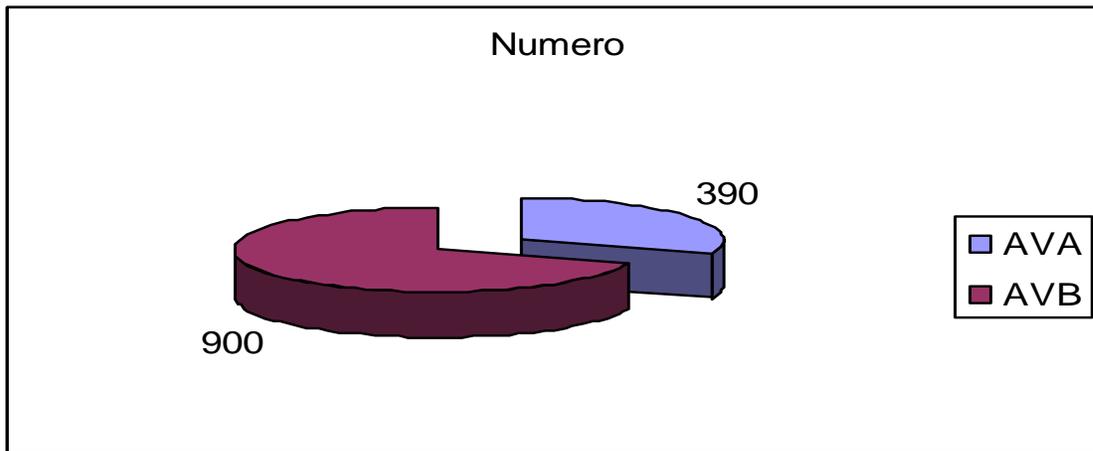
Se tomaron los pacientes, según ocurrencia de la demanda, que fueron trasladados por el Sistema de Emergencia Medica Móvil del CCP de Las Tunas, en el periodo desde Julio a Diciembre del 2005

Para la recolección de los datos los medios auxiliares fueron entrevistas a enfermos y familiares, y revisión de las hojas de traslados. Se confecciono un formulario a cada paciente que incluyo los datos referentes a clasificación, especialidad de origen, destino y causa de la solicitud. La información se analizo utilizando el tanto por ciento como medida de frecuencia, fue procesada en una PC por el software EPI-INFO y los resultados obtenidos se presentaron de forma tabular y gráfica para su mejor interpretación.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En el periodo de Julio a Diciembre del 2005, en el CCP de Las Tunas se produjeron un total de 1290 solicitudes de traslados, de ellas 900 (69.79 %) fueron por concepto de AVB y 390 (30.23 %) por concepto de AVA. Ver grafica # 1

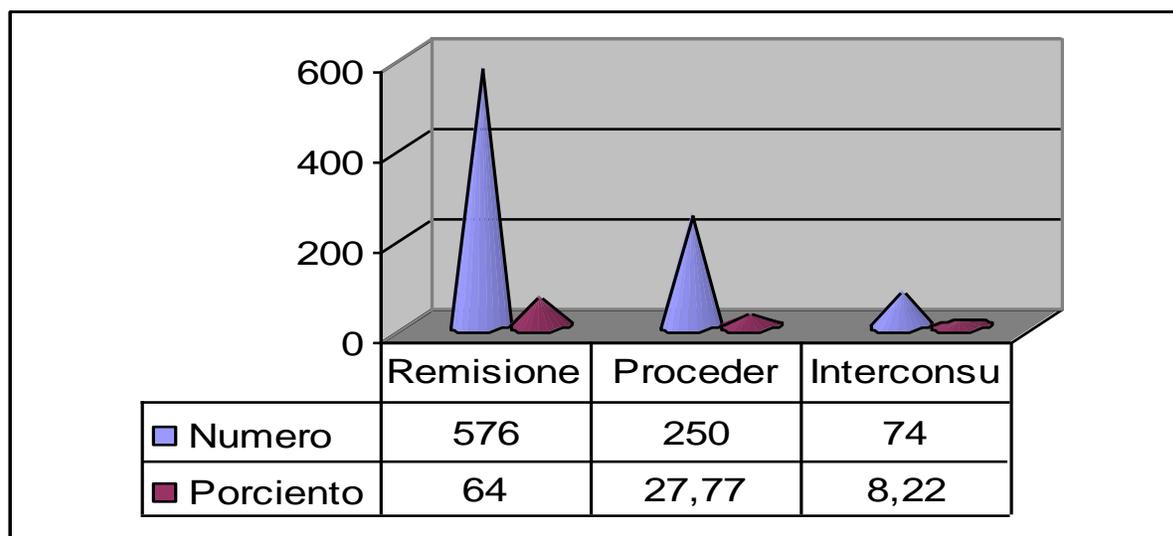
GRAFICA # 1: SOLICITUDES DE TRASLADOS. CCP DE LAS TUNAS. JULIO-DICIEMBRE 2005.



Fuente: Registro primario del Departamento

Del total de demanda por AVB el 64 % (576 solicitudes) fueron por concepto de remisión, el 27.77 % (250 solicitudes) fue para proceder diagnostico y el 8.22 % (74 solicitudes) por concepto de interconsulta. Estas cifras guardan estrecha relación con la no disponibilidad de servicios tales como Cirugía Cardiológico Intervencionista y Radioterapia, además de que no contamos con la posibilidad de ciertos medios diagnósticos (como Ganmagrafia y Resonancia Magnética Nuclear) en nuestra institución. Ver grafica # 2.

GRAFICA # 2: CLASIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE TRASLADOS POR AVB. CCP DE LAS TUNAS. JULIO- DICIEMBRE 2005



Fuente: Registro primario del Departamento

En relación a la demanda de AVB por especialidad que solicita observamos que los especialistas en Medicina Interna son los que mayor proporción de solicitudes hicieron con 315 solicitudes (35 %), le siguieron los especialistas en Pediatría con 170 solicitudes (18.88 %), los Cirujanos con 162 casos (18 %) y en menor proporción los especialistas en Cardiología con 152 pacientes (16.88 %). Estos resultados se deben a que existe una alta incidencia de entidades que se atienden por estas especialidades y por lo tanto existe una proporción alta de solicitudes de traslados, a esta situación se añade el hecho de que un grupo de pacientes necesitan de servicios que no están disponibles en nuestro Hospital y por ende necesitan ser trasladados a otra institución fuera de la provincia. En la literatura revisada (11-19) se señala que son las especialidades de Medicina Interna y Pediatría las que mayor proporción de casos atiende a diferentes niveles del SIUM. Ver tabla # 1

TABLA # 1: SOLICITUD DE AVB POR ESPECIALIDAD QUE SOLICITA. CCP DE LAS TUNAS. JULIO- DICIEMBRE 2005.

Especialidad que solicita	#	%
Medicina Interna	315	35.0
Pediatría	170	18.88
Cirugía	162	18.0
Cardiología	152	16.88
Medicina General Integral, Psiquiatría	80	8.88
Ortopedia	11	1.22
Neurología, Emergencista, ORL, Intensivista, Ginecología, Oftalmología	10	1.11
Total	900	100.0

Fuente: Registro primario del Departamento

En el análisis del destino de los traslados por AVB se muestra que fue el Hospital Provincial Ernesto Guevara la institución que mas casos recepcionó con 261 pacientes (29 %), seguido del Provincial Pediátrico con 250 pacientes (27.77 %), en menor medida el Hospital Provincial de Camaguey (18.88 % de la demanda) y el Hospital Psiquiátrico (11.11 % de la demanda). Estas cifras vienen determinada por la política de traslados en base a una estrategia diseñada a nivel provincial que tiene por objetivo satisfacer las demandas de los pacientes sin congestionar los servicios hospitalarios, con un uso racional y lógico de los recursos, tanto humanos, como materiales. Como es conocido en el funcionamiento del SIUM esta previsto que las necesidades asistenciales de los pacientes tengan una total respuesta desde la comunidad hasta los niveles secundarios o terciarios (10, 20) y a nivel internacional los Sistemas de Emergencias están diseñados con objetivos mas menos parecidos(1-9, 21-23). Ver tabla # 2

TABLA # 2: DESTINO DEL FLUJO DEL TRASLADO POR AVB. CCP DE LAS TUNAS. JULIO- DICIEMBRE 2005.

Área de salud	#	%
Hospital Provincial Ernesto Guevara	261	29.0
Hospital Provincial Pediátrico	250	27.77
Hospital Provincial de Camaguey	170	18.88
Hospital Provincial Psiquiátrico	100	11.11
Hospital Provincial de Santiago de Cuba	80	8.88
Hospital de Ciudad Habana	20	2.22
Hospital Provincial Oncológico de Camagüey	19	2.11
Total	900	100.0

Fuente: Registro primario del Departamento

En el desglose de los traslados por concepto de remisión comprobamos que fueron los Clínicos los responsables del 28.99 % (167 pacientes) de la demanda, seguidos por los Pediatras con un 18.92 % (109 pacientes), los Psiquiatras (89 pacientes- 15.45 %) y los Cirujanos (80 pacientes-13.88 %) en menor proporción de casos. Este resultado guarda relación con el criterio ya expresado de la alta morbilidad de enfermedades que se atienden por estas especialidades y por no contar con el personal especializado en Oncología, Cardiología, etc.; entre otras. Aunque no es menos cierto que estas cifras necesita un análisis crítico por parte de los especialistas de Medicina Interna, fundamentalmente con el objetivo de reducir este indicador. Ver tabla # 3

Tabla # 3: Desglose de las Remisiones por especialidad. CCP de Las Tunas. Julio- Diciembre 2005.

Especialidad	Remisión	
	#	%
Medicina Interna	167	28.99
Pediatría	109	18.92
Psiquiatría	89	15.45
Cirugía, Cardiología	80	13.88
MGI, Ortopedia	62	10.76
Emergencista	23	3.99
Intensivista	18	3.14
Neurología	17	2.95
Ginecología, Oftalmología	11	1.90
Total	576	100.0

Fuente: Registro primario del Departamento

En el análisis de los traslados por concepto de proceder diagnóstico comprobamos que son los especialistas de Medicina Interna los responsables del 42.80% (107 pacientes), seguidos por los Especialistas en Medicina General Integral (MGI) con 52 casos (20.80 %) y los Ortopédicos con 37 pacientes (14.80 %). Estas cifras son el reflejo de lo ya expresado en relación a que en nuestro Hospital no contamos con la posibilidad de ciertos medios diagnósticos y determinados recursos humanos. Ver tabla # 4

TABLA # 4: DESGLOSE DE LOS PROCEDER DIAGNOSTICO POR ESPECIALIDAD. CCP DE LAS TUNAS. JULIO- DICIEMBRE 2005.

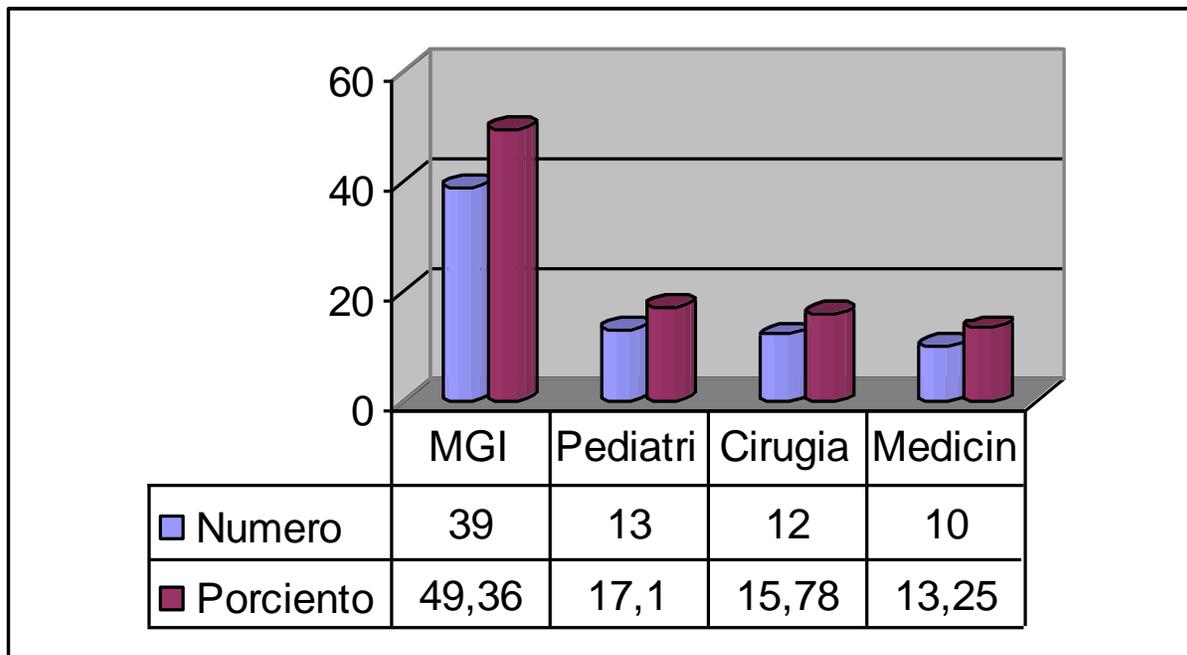
Especialidad	Proceder Diagnostico	
	#	%
Medicina Interna	107	42.80
MGI	52	20.80
Ortopedia	37	14.80
Ginecología, Cirugía	18	7.20
Neurología, Pediatría	14	5.60
Emergencia, Intensivista	12	4.80
Oftalmología, Cardiología	10	4.0
Total	250	100.0

Fuente: Registro primario del Departamento

De los casos que se trasladaron para Interconsulta podemos observar que los especialistas en Medicina General Integral fueron los que mayor proporción de casos tuvieron (39 pacientes-49.36 %) y los especialistas en Pediatría (13 pacientes-17.10 %), Cirugía y Medicina Interna en menor medida. Sentimos la necesidad de expresar nuestro sentir al respecto de estas últimas cifras pues independientemente de las

limitaciones que tenemos hoy en día tanto en recursos humanos, como en medios diagnósticos se hace necesario un análisis profundo para tratar de reducir estos indicadores, con el objetivo de elevar la calidad de la asistencia médica que se presta en nuestra institución y debe constituir una meta a lograr a corto plazo. Ver grafica # 3.

GRAFICA # 3: DESGLOSE DE LA INTERCONSULTA POR ESPECIALIDAD. CCP DE LAS TUNAS. JULIO- DICIEMBRE 2005.



Fuente: Registro primario del Departamento

CONCLUSIONES

- 1- En el CCP el 70 % de las solicitudes de traslados correspondió al Apoyo Vital Básico.
- 2- Las solicitudes de traslados por Apoyo Vital Básico fueron a expensas de las especialidades de Medicina Interna (35 %), Pediatría (18.88 %) y Cirugía (18 %).
- 3- La mayor proporción del flujo de traslados de pacientes fue hacia los Hospitales Provinciales
- 4- Del total de los traslados por AVB, el 64 % correspondió a las Remisiones; le siguieron los traslados por Proceder Diagnostico (27.77 %) y las Inteconsultas (8.22 %).
- 5- Del total de las Remisiones (n=576), el 28.99 % correspondió a la especialidad de Medicina Interna, seguidos de Pediatría (18,92 %) y Cirugía (15.45 %).

- 6- Los clínicos incidieron en el 42.80% de los traslados para Proceder diagnóstico, en menor medida incidieron MGI (20.80 %) y Ortopédicos (14.80 %).
- 7- Los especialistas en MGI son los que más inciden en los traslados para interconsultas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez Jiménez, C. La calidad en la asistencia de urgencias. MAPFRE Med 1993;4(Supl 1):5.
2. Reino Unido. National Health Service. Evaluación en gestión de calidad en hospitales. Informe anual. Reino Unido. 1993.
3. España. Instituto Nacional de la Salud. Dirección territorial. Análisis de las urgencias hospitalarias. Madrid: Hospital Cruz Roja, 1991:6-12.
4. Aznar López, M. Panorama de los servicios de urgencia. Mapfre Med 1993;4(Supl 1):9-14.
5. España. Instituto Nacional de la Salud. Dirección provincial. Análisis de la estructura y proceso asistencial en el área de urgencia. Informe anual. Madrid, 1990:58;59,93.
6. Dirección territorial. Análisis de la urgencia hospitalaria. Informe anual. Madrid, 1991:82,112,115-6.
7. Nogal Sáez, F. Panorama de los servicios de urgencia. Mapfre Med 1993;4(Supl 1):22-4.
8. Sanz Esteban, J. Panorama actual de los servicios de urgencia hospitalaria. Mapfre Med 1993; 4 (Supl 1):52-7.
9. España. Instituto Nacional de la Salud. Dirección Provincial. Análisis de la estructura y proceso asistencial en el área de urgencia. Madrid: Hospital Puerta de Hierro, 1990:1-10.
10. Sosa Acosta, A. Conferencia central El SIUM y la Cardiopatía Isquémica Aguda. [cd- room]. En Urgrav'2002 II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana: SOFTCAL, 2002. p. 2-34
11. Morán Pérez, V. Comportamiento del subsistema de Atención Primaria. Municipio Camaguey. Primer semestre quinquenio 1997 – 2001. [cd- room]. En Urgrav'2002 II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana: SOFTCAL, 2002. p. 1276-1281.

12. Falcón Hernández, A. Demanda de asistencia médica para las urgencias. Tendencias provincia Cienfuegos, 1997-2000. [cd- room]. En Urgrav'2002 II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana: SOFTCAL, 2002. p. 1249-1256.
13. De Varona Felipez, I. Caracterización del subsistema de urgencia. año 1999 y 2000. [cd- room]. En Urgrav'2002 II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana: SOFTCAL, 2002. p. 1194-1198.
14. Villasuso Fernández, K. Sistema Integrado de Urgencias Médicas. Comportamiento en el municipio de Santa Clara. [cd- room]. En Urgrav'2002 II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana: SOFTCAL, 2002. p. 1408-1425.
15. Justo, I; Arnaez, S. Pacientes de alta recurrencia a servicios de urgencias en atención primaria: Estudio de intervención. [cd- room]. En Urgrav'2002 II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana: SOFTCAL, 2002. p. 1365
16. Vásquez, V; Pardo, G; Fernández, G; Canals M; Delgado, MA; Navas, M. Porque nuestros pacientes acuden a los departamentos de urgencia hospitalarios. Aten Primaria 2000 Feb 28; 25(3):172-5.
17. Escalona Ramos, CA; Hernández Álvarez, P; García Carbonell, JL; Fuentes Castellanos, C. Impacto del Subsistema de Urgencias de la Atención Primaria de Salud en el Subsistema de Urgencia Hospitalario. Rev. Elect. Zoilo Marinello.[En línea]. 2000. [fecha de acceso 21 de enero de 2001]; 11(4): Disponible en <http://www.ltu.sld.cu/modules.php?name=Revista&file=categories&op=newindex&catid=2>
18. Escobar Alfonso, V. La atención de urgencia hospitalaria según grado de satisfacción en dos áreas de salud. Camaguey. [cd- room]. En Urgrav'2002 II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana: SOFTCAL, 2002. p. 763-771
19. Hernández García, R. Demanda de urgencias del nivel primario en el secundario. [cd- room]. En Urgrav'2002 II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana: SOFTCAL, 2002. p. 1249.
20. Cuba. Ministerio de Salud Pública. En: Sistema integrado de urgencias médicas: Carpeta Metodológica. La Habana, 1996 – 1999
21. Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo de Expertos en Políticas de Desarrollo en sistemas Nacionales de Servicios de Urgencia Médica: Informe de la reunión de Expertos (sept 1997, México). Washington: División de desarrollo de sistemas y servicios de salud, 1998 (13): 11-13.

22. Nourjah, P. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1997 emergency department summary. *Adv Data*. 1999 may 6; (304): 1-24.
23. Bond, TK; Stearns, S; Peters, M. Analysis of chronic emergency department use. *Nurs Econ* 1999 jul-aug; 17(4): 207-13, 237