

¿QUIÉN TRASLADA LOS PACIENTES A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DEL HOSPITAL EL CRUCE (HEC)?

García Munitis, Pablo; Figuepron, Karina y Busso, Leonardo
Cuidados Intermedios Pediátricos HEC - Terapia Intensiva Pediátrica HEC

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La demanda de atención de situaciones críticas no se da habitualmente cerca del centro terciario, por lo que es imprescindible una coordinación entre los centros asistenciales y un adecuado traslado de estos pacientes. Las condiciones de traslado de pacientes críticos influirán en la sobrevida y calidad de vida.

OBJETIVO: Describir las características generales de los traslados de pacientes admitidos en la UCIP del HEC. **POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo, observacional. Fueron evaluados de manera consecutiva todos los pacientes que ingresaron a la UCIP del HEC desde el 1° de noviembre de 2008 hasta el 31 de marzo de 2009. Se registraron datos demográficos e inherentes al traslado (tipo de transporte, tiempos de traslado, médico que realiza el traslado, presencia de enfermero en ambulancia, consentimiento informado).

RESULTADOS: Ochenta pacientes (72,7%) completaron los datos al ingreso. Los pacientes fueron trasladados en su mayoría por médicos en formación (68,4%). Las ambulancias no contaban con enfermero en 72,5% de los traslados. Dos pacientes (2,5%) fueron trasladados con el consentimiento informado correspondiente.

CONCLUSIONES: El traslado de pacientes críticos a la UCIP del HEC fue realizado en un alto porcentaje por médicos en formación, sin enfermero acompañante y sin el consentimiento informado correspondiente.

PALABRAS CLAVE: redes en salud, traslado, terapia intensiva pediátrica

SUMMARY

INTRODUCTION: Because of critical care is not usually near the tertiary Center, coordination between centers and an adequate transfer of these patients is essential. The conditions for transfer critical patients influence on survival and quality of life. **Objective:** Describe the General characteristics of transport of patients admitted to the Hospital El Cruce from November the 1st 2008 up to march 31st. **Methods:** Prospective, observational study. All patients admitted the Hospital El Cruce's UCIP from November the 1st 2008 up to march 31st 2009 were assessed consecutively. Demographic and inherent to transport (transport type, time of transfer, the physician who performed the transport, presence of nurse in ambulance, informed consent) data were recorded. **Results:** Eighty patients (72,7%) completed the data entry. Professionals responsible for transports were majority training doctors (68.4%).

Ambulances were not provided nurses in 72.5% of transports. Only two patients (2.5%) were transferred with the corresponding consent. Conclusions: transfers of critical patients admitted to the Hospital El Cruce´s UCIP were mainly in charge of training professionals, not provided nurses and had not the corresponding informed consent.

KEY WORDS: network, transport, pediatric intensive care

INTRODUCCIÓN

La creación de la UCIP en el HEC tuvo como objetivo primordial resolver la atención de niños con enfermedades críticas de seis hospitales del conurbano bonaerense (Hospitales: “Mi Pueblo” de Florencio Varela, “Evita Pueblo” de Berazategui, “I. Iriarte” de Quilmes, “Oller” de Solano, “A. Oñativia” de Almirante Brown y “Lucio Melendez” de Adrogué), en un área que abarca a cinco municipios y en la que viven 1.800.000 habitantes aproximadamente, de los cuales alrededor de una tercera parte corresponden a la edad pediátrica.(1)

Debido a que la demanda de atención de situaciones críticas no se da habitualmente cerca del centro terciario, es imprescindible una coordinación entre los centros asistenciales y un adecuado traslado de estos pacientes. El transporte de pacientes críticos está rodeado siempre de riesgos para el paciente y a veces para el equipo que lo acompaña. El riesgo para el paciente durante el transporte se puede minimizar mediante una planeación cuidadosa, uso de personal calificado y selección de equipo apropiado. Los miembros del equipo deben estar preparados para enfrentar los peores escenarios y para desarrollar un método para la resolución de cada problema. Las condiciones de traslado de pacientes críticos influirán en la sobrevida y calidad de vida. (2-15)

OBJETIVO

Describir las características generales de los traslados de pacientes admitidos a la UCIP del Hospital “El Cruce”.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO.

Fueron evaluados de manera consecutiva todos los pacientes que ingresaron a la UCIP del HEC de Florencio Varela, desde el 1° de noviembre de 2008 hasta el 31 de marzo de 2009. Se acordó con los centros derivantes la utilización de una planilla de traslado previamente confeccionada que debía presentarse al ingreso del paciente al HEC, la cual incluía los siguientes datos:

1. Demográficos (edad, sexo)
2. Inherentes al traslado (Hospital de derivación, transporte aéreo o terrestre,

horarios: de solicitud del traslado, de salida del hospital de origen y de llegada a la UCIP, qué médico realiza el traslado, presencia de enfermero en ambulancia, consentimiento informado).

A través de los horarios se calcularon los diferentes tiempos de traslado (tiempo 1: arribo de la ambulancia al Hospital de origen para iniciar el traslado y tiempo 2: duración del traslado).

Aquellos pacientes que no completaron al ingreso la planilla de derivación, fueron excluidos del estudio. Las planillas fueron completadas al momento del ingreso por los médicos de la UCIP junto con el médico de traslado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística Descriptiva: Las variables cuantitativas fueron reportadas como medias y desvío standard o medianas y mínimo/máximo y las variables cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

De los 110 pacientes derivados a la UCIP en el período de estudio, 80 (72,7%) completaron la planilla pre confeccionada al ingreso. Cuarenta y cuatro (55%) niños y 36 (45%) niñas, con una mediana de edad de 3 años (mínimo 1 mes-máximo 12 años).

Teniendo en cuenta el momento desde que se solicitó la derivación hasta que el paciente arribó a la UTIP (tiempo total del traslado), el arribo de la ambulancia al Hospital de origen para iniciar el traslado ocupó la mayor fracción del tiempo de traslado. (tiempo1: mediana 117 minutos, mín 15,- máx. 360). La mediana de duración de los traslados fue de 23 minutos (tiempo 2: mín. 10, máx. 120).

Todos los pacientes fueron trasladados en ambulancia por tierra.

Los pacientes fueron trasladados en 52/76 (68,4%) por médicos en formación. Solamente intervino un médico de traslado del ministerio en 4 (5%) pacientes (tabla 1).

En 58 (72,5%) traslados, las ambulancias no contaban con enfermero.

Dos pacientes (2,5%) fueron trasladados con el consentimiento informado correspondiente.

DISCUSIÓN

La demora en el arribo de la ambulancia al hospital que solicitó el traslado a la UCIP no fue excesiva; si bien el objetivo de nuestro trabajo no era indagar los motivos de la demora, podrían reducirse los tiempos mejorando el trabajo de comunicación y gestión a nivel central. Un adecuado equipo de traslado resulta imprescindible para un traslado eficiente y seguro. En nuestro estudio, la mayoría (68,4%) de los traslados

de pacientes críticos hacia nuestra UCIP fueron realizados por médicos en formación y sin contar con un enfermero en la ambulancia, con posibles consecuencias no sólo para la salud de los pacientes sino también del médico en formación que traslada al paciente por no disponer de otra alternativa y en oposición a lo sugerido por otros autores. (2-15)

El registro incompleto de datos al ingreso de los pacientes a la UTIP en el período de estudio puede no representar la realidad exacta de los traslados, pero seguramente describir una tendencia que refleja al menos deficiencias importantes en el transporte de estos pacientes.

La identificación de problemas operativos aportará las bases para el desarrollo de un programa para la evaluación/monitorización permanente de la accesibilidad, eficiencia y calidad de los traslados de pacientes críticos pediátricos en la zona de influencia de la UCIP del HEC, con el objetivo de favorecer y fomentar condiciones de traslado óptimas en los diferentes niveles de atención.

A nivel hospitalario, la implementación de un “check list” con los requerimientos imprescindibles para el traslado de pacientes críticos, podría resultar de utilidad para un traslado adecuado y seguro.

El conocimiento de la resolución M.423/87 del Ministerio de Salud y Acción Social, que rige las normas mínimas para la habilitación de traslados sanitarios adiciona el sostén legal para exigir un traslado adecuado y seguro.

CONCLUSIONES

El traslado de pacientes críticos a la UCIP del HEC fue realizado en un alto porcentaje por médicos en formación, sin enfermero acompañante y sin el consentimiento informado correspondiente.

Tabla ¿Quién realizó el traslado?

Profesional	n° (%)
R1*	14 (18,42)
R2*	20 (26,32)
R3*	10 (13,216)
R1+R2 [§]	4 (5,326)
R1+R3 [§]	2 (2,63)
Concurrente	2 (2,63)
De Planta	2 (2,63)
Traslado ministerio	4 (5,326)
De Guardia	8 (10,53)
R1+ otro [£]	6 (7,898,0)
R3+ otro [£]	4 (5,326)
	76 (100)

*R1, R2, R3=residente 1º, 2º o 3º año.

§R1+R2= residente de 1º junto a residente de 2º año.

§R1 +R3= residente de 1º junto a residente de 3º año.

£ + otro= puede ser de planta o Guardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Estratégico 2009-2012 Hospital El Cruce, Alta Complejidad en Red. Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina : s.n., 2009-2012.
2. Consenso sobre Traslado de Niños Críticamente Enfermos Arch.argent.pediatr 2000;98(6):415
3. Shann F. Are we doing a good job? PRISM, PIM and all that. Intensive Care Med 2002; 28:105-
4. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. "Guidelines for intensive care unit admission, discharge and triage. Crit Care Med 1999; 27: 633-638.
5. American Academy of Pediatrics. Guidelines for Air and Ground Transportation of Pediatric Patients. Task Force on Interhospital Transport. 1st ed. 1993:153.
6. CEFEN. Transporte Neonatal. Arch.argent.pediatr 1994; 92:380-3.
7. Committee on Hospital Care. Guidelines for Air and Ground Transport of Neonatal and Pediatric Patients. Pediatrics 1986; 78:943-50.
8. Day S, McCloskey M, Orr R, Bolte R. Pediatric Interhospital Critical Care Transport: Consensus of a National Leadership Conference. Pediatrics 1991; 88:696-704.
9. Hopkins Taylor D, Mc Closkey K, Orr R. Interhospital Transport of the PICU Patient. Levin D, Morriss F. Essentials of Pediatric Intensive Care. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1997:1159-71.
10. Jaimovich D, Vidyasagar V. Handbook of Pediatric and Neonatal Transport Medicine. 1st ed. Philadelphia: Hanley & Belfus, 1996:519.
11. Normas Mínimas para Habilitación de Establecimientos Asistenciales y Servicios de Traslados Sanitarios. Ministerio de Salud y Acción Social, 1997. Buenos Aires, Argentina.
12. Orr R, Mc Closkey K. Pediatric Transport Medicine. 1st ed. Saint Louis: Mosby, 1995:691.
13. Orr R, Mc Closkey K. Transportation of the Critically ill Children. In:Rogers M. Textbook of Pediatric Intensive Care. 3rd ed. Baltimore:Williams & Wilkins, 1996:77-95.
14. Serrano A, Casado Flores J. Transporte del paciente pediátrico críticamente enfermo. El Niño Críticamente Enfermo. 1° ed. Madrid: Díaz de Santos, 1997: 227-335.
15. Smith D, Hackel A. Selection Criteria for Pediatric Critical Care Transport Teams. Crit Care Med 1983; 11:10-12.