

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS URGENCIAS EN BOLIVAR
2008-2009

DIEGO MORENO HERNANDEZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MEDICO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2010

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS URGENCIAS EN BOLIVAR
2008-2009

DIEGO MORENO HERNANDEZ

Trabajo de investigación para optar el título de
Especialista en Medicina Interna

Asesores

ALVARO CRUZ QUINTERO
MD. Esp. Urgencias

ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASON
MD. M. Sc. Salud Pública

Coautor

LORENA MONTES ZABALA
MD. General

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MEDICO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2010

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

Por todos los que estuvieron presentes,
en especial mi hijo Jacobo Andres.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a mi padre Álvaro Moreno Grau y madre Corina Hernández Pérez por todo el apoyo que me dieron a lo largo de mi vida; a Lorena Montes Zabala como amiga, que siempre estuvo impulsándome; a mi docente asesor, por la orientación; y a cada una de las personas que, de una u otra forma, siempre estuvieron velando por mi bienestar y triunfos.

A Dios, por estar siempre guiándome en el camino correcto de el devenir de mi vida.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. VALORACION DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.1 JUSTIFICACIÓN	12
2.2 OBJETIVOS	13
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1 ANTECEDENTES	14
3.2 URGENCIAS PREHOSPITALARIAS	15
4. MATERIALES Y METODOS	18
4.1 TIPO DE ESTUDIO	18
4.2 POBLACIÓN	18
4.3 MUESTRA	18
4.4 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	19
4.5 OBTENCION DE LA INFORMACIÓN	20

4.6 ANALISIS ESTADISTICO	20
4.7 ASPECTOS ETICOS	20
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSION	23
7. CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	27
TABLAS	29

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución por categorías de edad	29
Tabla 2. Motivos de consulta y requerimientos más frecuentes	30
Tabla 3. Comparación de medianas (Me) de tiempo de gestión por grupos de interés	31

INTRODUCCION

Con el advenimiento de la medicina moderna desde el siglo XX, se ha visto un aumento en el tiempo de vida de la población en general, lo que se refleja en el envejecimiento poblacional; a esto hay que adicionar la situación político-social del país, con altos niveles de violencia, el consumo indiscriminado de alcohol, los desplazamientos masivos de la población que los margina al hacinamiento y por tanto, el disparo de la utilización de recursos en salud. Uno de estos recursos que ha aumentado su demanda es la atención pre hospitalaria con consultas anuales solo en bolívar de 6000 casos, con consultas solo en febrero de 2009 de 561.^{1,2}

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), como instancia administrativa-operacional responsable de coordinar y regular los servicios de la red de urgencias dentro de su territorio de influencia (departamento de Bolívar) y la atención en la salud de la población afectada por situaciones de emergencia y/o desastres, es el encargado de la realización de registros pre hospitalarios de donde se desprende la caracterización epidemiología de su población de usuarios.^{3,4}

¹ ARCHIVO CRUE, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, Cartagena, 2007.

² CRUZ A, Pereira A. Proyecto sistema integral de urgencias emergencias y desastres programa construcción centro regulador de urgencias. contratación transporte ambulancia – atención prehospitalaria – adquisición de dotación y tecnología 2009. Programa sistema integral de urgencias emergencias y desastres. Gestión de urgencias emergencias y desastres. Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres Cartagena, estadísticas referencia mes de febrero de 2009. Disponible en: URL: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/ESTADISTICAS_CRUE_FEBRERO_09.pdf.

³ ALCALDIA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS. Ley de Referencias de los Centro Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres en Colombia. 2002 disponible en: URL: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/Ley_de_Referencias_CRUE.pdf.

⁴ CRUZ A, Pereira. A. Centro regulador de urgencias emergencias y desastres del distrito, CRUED. Direccion operativa vigilancia y control. Cartagena de Indias, D. T. Y C., MAYO DE 2009. Disponible en: URL: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/Definiciones_del_CRUED.pdf.

En nuestro país a nivel del servicio de salud, y más específicamente en atención pre hospitalaria, la realización de registros de estas acciones se hace con los objetivos de: 1. Soporte del cuidado del paciente 2. Fuente para la toma de decisiones 3. Fuente de intercambio de información entre terapeutas 4. Soporte investigativo 5. Soporte legal 6. Formación de nuevo personal médico 7. Apoyo y respaldo a la administración de los servicio de salud.⁵ La función del CRUE, teniendo en cuenta los objetivos anteriores, identifica el perfil epidemiológico de la región, permite tener un sistema de información actualizado y por consiguiente hace que su banco de reserva se ajuste mas a la realidad del ente territorial, maximizando así la utilización de recursos y de la sala situacional; esto se traduce en que al conocer las causas más comunes de remisión, el grupo etáreo, el lapso de tiempo de gestión y el tipo de entidad remitida, hará de una manera más eficiente y eficaz la labor del CRUE; conllevando la pertinente creación de programas de capacitación a el recurso medico y de la sociedad en la activación del sistema más tempranamente y así poder impactar en la morbimortalidad.

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Documento Red Nacional de Urgencias, Bogotá, 1993.

1. PROBLEMA

El CRUE, es una instancia administrativa-operativa que depende de las direcciones territoriales de salud, que hace parte de la Red Nacional de Urgencias, responsable de regular y coordinar los servicios de la red de urgencias del territorio de su influencia y la atención en salud de la población afectada por situaciones de emergencia y/o desastres.

El CRUE se ocupa de la atención inicial de una urgencia médica o quirúrgica, prestada en el mismo lugar del hecho a la persona o personas afectadas y su integración con un mecanismo de traslado primario o secundario a una institución prestadora de servicios de salud, para manejo hospitalario en caso de ser necesario. La atención pre hospitalaria incluye el Servicios de atención domiciliaria, el soporte vital básico, el soporte vital avanzado y la evacuación aeromédica.^{6, 7}

Para realizar sus actividades adecuadamente el CRUE necesita un sistema integrado de comunicaciones, además de la caracterización de su población usuaria para determinar la necesidad de capacitación, orientar recursos y adquisición de equipos y vehículos que le permitan un mejor rendimiento. Es en este último aspecto donde existe una limitación de la información con respecto a las características demográficas de los pacientes atendidos, la frecuencia de servicios médicos requeridos y el tiempo de gestión utilizado por el CRUE en la consecución de los recursos. Por lo anterior se plantea esta investigación como la base para futuros trabajos en esta área, dentro de cualquier especialidad médica.

⁶ CASTAÑO V, Alejandro. Propuesta para la reorganización de la prestación de los servicios de urgencias en el distrito capital: atención pre-hospitalaria, intrahospitalaria y sistema de referencia y contrarreferencia. Convenio de cooperación técnica no. 1136 de 2006 Secretaria Distrital de Salud/Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Bogotá D. C. 2008.

⁷ ARANGO Enrique, DÍAZ Juan. Guías para manejo de urgencias; Capítulo I: Manejo prehospitalario de la vía aérea. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, 2007.

2. VALORACION DE LA INVESTIGACION

2.1. JUSTIFICACION

En el último año en el CRUE se han registrado cerca de 6000 remisiones en el departamento.^{8,9} Esta cifra permitiría identificar la frecuencia de diagnósticos más frecuentes, los posibles retrasos y limitaciones al momento de remisión y el tipo de vehículo en que se hacen traslados.

Con estos datos se puede sugerir acciones en pro de capacitar al personal médico, reforzar la dotación de reserva acorde con las necesidades, hacer más oportuna la atención que permita la supervivencia del paciente, no solamente en términos de tiempo, sino en la disminución del gasto en recursos hospitalarios y aumento de la calidad de vida, propiciado por la mejor condición de llegada de los mismos.

Los beneficios de nuestra investigación no solo repercuten a nivel distrital o departamental sino también a nivel nacional, pues sirve de modelo para que esta investigación sea ejecutada en otras ciudades y se conozca no solo la situación regional de la red de urgencias y emergencias medicas sino también la nacional; y si partimos del punto que la salud es prioridad en nuestro país podemos decir entonces sin temor a equivocarnos que nuestro estudio se relaciona directamente con las prioridades de nuestra región y de nuestro país.

⁸ ARCHIVO CRUE, Op. cit., p. 9.

⁹ CRUZ, Op. cit., p. 9.

2.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar la población usuaria del CRUE del departamento de Bolívar y sus municipios en el periodo comprendido de julio de 2008 a julio de 2009.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio
2. Identificar los grupos etáreos más frecuentemente remitidos por género
3. Determinar las impresiones clínicas de mayor remisión por y lugar de procedencia
4. Estimar el tiempo de gestión del CRUE para la consecución del servicio requerido.

3. MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES

Una urgencia se puede definir como la alteración física y/o mental de una persona, causada por un trauma, accidente, una enfermedad de cualquier etiología o por lesiones de causa externa, que ponen en peligro la vida de esa persona, la cual por razones externas a la salud, no quiere o no puede asistir a la consulta regular, generando la necesidad de una atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte.^{10, 11}

Los entes territoriales, a pesar de tener poca injerencia en algunas variables como: políticas sociales, políticas públicas, cultura y valores sociales, si tiene injerencia sobre aquellos como: el sistema de salud y la prestación de servicios, por lo tanto debe abogar por la suficiencia en su optimización para el ofrecimiento de servicios expeditos en la urgencia.

En 1998 la OPS, empleó el término, Servicios De Urgencias Médicas, y lo definió, como un modelo integrado de servicios cuyo objetivo principal es la prestación de atención médica en ambientes prehospitalario y hospitalario, a toda persona que exhibe trauma, crisis cardiovascular, accidente, enfermedad, fractura, sangrado, dificultad respiratoria, y otra emergencia de ocurrencia diaria, especialmente en situación de desastre natural o provocado por el hombre. Además anotó que el sistema de servicios de urgencia comprende dos etapas: 1) La atención extra hospitalaria (prehospitalaria) que se brinda en el lugar de la emergencia y durante el traslado del paciente al hospital y 2) la atención hospitalaria que comprende la atención al paciente cuando ingresa a la institución de salud, dirigida a estabilizar su condición, y el tratamiento definitivo.¹²

¹⁰ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 412 de 1992. Diario Oficial No. 40.368, del 6 de marzo de 1992.

¹¹ OPS. Grupo de trabajo de expertos en políticas de Desarrollo de sistemas nacionales de servicios de urgencias médicas. Informe de reunión de expertos. 1998

¹² PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Op cit. p. 14.

3.2. URGENCIAS PREHOSPITALARIAS

El Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996, define la atención de urgencia de tipo prehospitalario y apoyo terapéutico en unidades móviles como el conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio, etc. y de recursos humanos capacitados en el manejo de emergencias, disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar de ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un Centro Hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto de la unidad con el paciente.¹³

Más recientemente, la Resolución 1043 de 2006, la define como el conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brindan a un paciente urgente en el mismo lugar de ocurrencia del hecho o durante su transporte hacia un centro asistencial o cuando es remitido de un centro asistencial a otro. Por otro lado define atención hospitalaria al cuidado en las instituciones para brindar las atenciones necesarias para resolver urgencias individuales y colectivas en salud, con los recursos y procesos disponibles.¹⁴

Un tercer componente de la atención de urgencias y que por lo general se encuentra inmerso en los dos componentes arriba descritos lo constituye, el sistema de Referencia y Contrarreferencia definido por el decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de

¹³ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2423 DE 1996 (diciembre 31). Diario Oficial No. 42.961, del 20 de enero de 1997.

¹⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 1043 de 2006 (del 3 de abril de 2006).

un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.¹⁵

Hacia 1960, al igual que actualmente en nuestro país, la mayoría de los servicios de urgencias en Estados Unidos eran atendidos por médicos de las diferentes especialidades disponibles de planta, sin que existieran normas para el cuidado de emergencia y los resultados clínicos variaban enormemente. Al darse cuenta de esto resultados diversos, los médicos se dieron cuenta que la atención de urgencias necesitaba capacidades especiales por eso el doctor Hannas, uno de los fundadores de la medicina de emergencia, desarrolla en la Universidad de Cincinnati, el primer programa de medicina de emergencia en el mundo (junto con 7 médicos), en 1968 formaron el Colegio Americano de Médicos de Emergencia, que a lo largo de su historia termino siendo el estándar de acreditación de los servicios en urgencias. Es importante además, hacer notar que Francia fue país pionero en la organización de los servicios de urgencias y de su red, mediante la conformación del SAMU - Sistema de Atención Médica de Urgencia.¹⁶

Los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias - CRUE -, iniciaron en el país por iniciativa de algunas secretarías de salud, dada la necesidad de ubicar pacientes generalmente urgentes, con diagnósticos relacionados con patologías que requerían de servicios de mediana y alta complejidad, dada la dificultad de encontrar disponibilidad de camas o servicios en instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención;

¹⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto numero 4747 de 2007 (diciembre 7).

¹⁶ CASTAÑO, Op. cit., p. 11.

situaciones que se hicieron más evidentes posterior a la expedición de la Ley 100 de 1993; esta herramienta permitió fortalecer el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el país.

En Colombia, la Secretaría de Salud de Bogotá, fue la primera entidad del país que organizó por iniciativa propia un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. A la fecha se encuentran funcionando en el País, alrededor de 24 CRUE dependiendo de Direcciones Territoriales de Salud.

A raíz del fortalecimiento del el sistema de emergencias medicas y de los centros reguladores de urgencias se tendería a lo largo del tiempo que la mayoría de las urgencias medicas sean manejadas por dichos sistemas y centros, lo cual, al tipificar su población, nos permitiría saber qué tipo de emergencia es la más frecuente y nos permitiría determinar la cantidad de hospitales se necesitan y el nivel de complejidad de los mismos, a la vez de sugerir acciones en pro de capacitar al personal médico, reforzar la dotación de reserva acorde con las necesidades, hacer más oportuna la atención que permita la supervivencia del paciente, no solamente en términos de tiempo, sino en la disminución del gasto en recursos hospitalarios y aumento de la calidad de vida, propiciado por la mejor condición de llegada de los mismos.

4. MATERIALES Y METODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio descriptivo retrospectivo.

4.2. POBLACION

Población marco o de referencia: todos los pacientes que consultan por el servicio de urgencias en Cartagena

Población de estudio: todos los pacientes que consultan por el servicio de urgencias en Cartagena a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).

Sujetos de estudio: todos los pacientes que consultaron por el servicio de urgencias en Cartagena a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) entre julio de 2008 y julio de 2009. Se excluyeron los casos que no tuvieran los datos de sexo o edad

4.3. MUESTRA

Para este estudio no se realizó un diseño muestral, dado que se tuvo acceso a la totalidad de casos notificados por el CRUE en el periodo de estudio.

4.4. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo	Categorías	Rango
Edad	Tiempo de vida en años de cada paciente teniendo en cuenta la fecha de nacimiento	Cuantitativa continua	No aplica	
Categoría de edad	Utilizando la clasificación de la OMS como Infancia de 0 a 11 años; adolescencia temprana de 12 a 14 años; adolescencia tardía de 15 a 19 años; adulto temprano de 20 a 40 años; adulto intermedio de 41 a 60 años y adulto tardía a mayores de 60 años	Cualitativa nominal categórica	Infancia Adolescencia temprana Adolescencia tardía Adulto temprano Adulto Intermedio Adulto Tardío	1-6
Sexo	Características fenotípicas del individuo	Cualitativa nominal categórica	Masculino Femenino	0-1
Procedencia	Lugar de remisión del cual es derivado el paciente	Cualitativa nominal categórica	Rural Urbano	0-1
RSSS	Tipo de vinculación al régimen de seguridad social	Cualitativa nominal categórica	Ninguna Contributivo Subsidiado Vinculado Desplazado SOAT No determinado	0-6
Motivo de consulta	Referente al sistema o problema de salud que afecta al paciente	Cualitativa nominal categórica	Las categorías dependen de los hallazgos en la base de datos	
Especialidad	Tipo de especialidad médica o quirúrgica requerida por el paciente	Cualitativa nominal categórica	Las categorías dependen de los hallazgos en la base de datos	
Medio de Traslado	Tipo de vehículo utilizado para el transporte hacia el centro	Cualitativa nominal categórica	No se trasladó No determinado Ambulancia Taxi Por sus propios medios Patrulla policial	0-5
Tiempo de gestión	Tiempo en minutos desde la solicitud del servicio hasta la consecución del mismo no incluye el tiempo de traslado	Cuantitativa Continua	No aplica	

4.5. OBTENCION DE LA INFORMACION

Fuente: se utilizó como fuente secundaria de información, la base de datos del CRUE

Fases: Se realizó inicialmente la verificación de diligenciamiento de las variables requeridas y posteriormente se evitó duplicidad de información.

4.6. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizaron tablas y gráficos de frecuencia para las variables cualitativas; mientras que para las cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizaron pruebas de hipótesis en variables cuantitativas mediante la U de Mann Whitney; y Chi Cuadrado por comparación de proporciones en variables cualitativas.

4.7. ASPECTOS ETICOS

Según la resolución 8430 de 1993 este trabajo se clasifica como investigación sin riesgo debido a que es un estudio que emplea métodos documentales retrospectivos y además no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

5. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se notificaron 7586 casos de emergencias, de estos se excluyeron 45 casos por no tener consignado el dato de edad; en total se analizaron 7541 casos. El 56,8% (4287) procedían del área urbana de Cartagena y solo el 0,2% (17) no tenía determinado el sitio de procedencia.

El sexo femenino se reportó en el 55,1% de los casos, encontrándose diferencias significativas con el sexo masculino ($p < 0,05$). La conformación por grupos de edad mostró que en general los adultos consultan más (66,2%) que los niños y adolescentes (33,8%) ($p < 0,05$). (Tabla 1). La mediana de edad general fue de 27 años con rango intercuartílico entre 16 y 54 años.

El régimen de seguridad que mayormente utiliza el servicio del CRUE es el Subsidiado (74,8%) y vinculado (21,6%), que en su mayoría provienen del área urbana con 3000 y 1165 casos respectivamente; seguido de contributivo (2,3%) con una su mayor procedencia del área rural con 127 casos.

Los diez motivos de consultas más frecuentes fueron: ginecoobstétrico (17,1%), traumas (15,8%), afecciones gastrointestinales (13,2%), infecciones (13,2%), enfermedad cardiovascular (12,7%), pulmonar (5,6%), neurológica (3,7%), hematológica (2,1%), endocrinológica (1,4%) y vasculares (1,4%). Lo anterior constituye el 86,3% de todos los motivos de consulta, encontrándose además un 5,4% de motivos no consignados en la base de datos (ver tabla 2).

Por otra parte los cinco servicios médicos mayormente requeridos fueron: Medicina Interna (22,6%), Pediatría (16,4%), Ginecología y obstetricia (16,1%), Cirugía General (11,5%) y

ortopedia (9,3%), abarcando estas el 75,9% de los servicios requeridos, con un global de especialidades medicas de 48,5% y medico quirúrgicas de 43,9% Se apreció también un alto porcentaje de datos no consignados (7,3%); (Tabla 2).

El traslado se realizo un su mayoría en ambulancia no discriminando su clasificación en un 91% de los casos, taxi en 5,5%, por sus propios medios 0,1%, no traslado 0,1% y no se determinó en 3,2%, lo que nos daría un total de traslados sin ambulancia de 672, representando un 8,9% de la personas.

El tiempo de gestión del CRUE oscilo entre 0 minutos y 24 horas con una mediana de 17 minutos (RI= 5 min a 2,5 horas). Se encontró que el tiempo de gestión en los infantes es menor que en la población adulta, diferencia encontrada como significativa (tabla 3). Se encontró una diferencia significativa entre el tiempo de gestión entre las categorías de adultos ($p < 0,05$).

6. DISCUSION

Siendo el CRUE un ente administrativo con sede de centro operativo en el área urbana, los hallazgos de este estudio en cuanto a procedencia son acordes a dicha afirmación, aunque es importante resaltar el alto porcentaje de consulta rural. Esto justifica la necesidad de revisión de la red hospitalaria departamental.

Debido al proceso de transición demográfica se esperaba que el grupo etáreo de mayor consulta sería, la adultez tardía, en contraposición a esto encontramos que el grupo etáreo más frecuente fue el de adultez temprana. Lo anterior puede ser explicado dado el alto porcentaje de sexo femenino que requirió el servicio ginecoobstétrico duplicando el número de pacientes de sexo masculino en este grupo etáreo.

En nuestro estudio encontramos que la mayor proporción de la consulta se encontraba en la adultez temprana, dato similar a lo reportado por las estadísticas CRUE 2009. Estas coincidencias también tuvieron lugar al analizar el servicio de mayor requerimiento en donde se encontraron en orden de frecuencia, medicina interna, ginecología y pediatría¹⁷.

Varios estudios han demostrado que la intervención oportuna de muchas patologías potencialmente letales especialmente las cardiovasculares, pero también las relacionadas con trauma, producen disminución de la mortalidad y reduce considerablemente las secuelas. En este estudio encontramos que la segunda y quinta causa consulta por urgencias son los traumas y las patologías cardiovasculares respectivamente; esto nos hace

¹⁷ CRUZ. Op. cit. p. 9.

pensar que estamos en mora de la implementación de equipos técnicos y de recurso humano capacitado para el manejo de este tipo de demanda^{18, 19}.

El estudio de la variable medio de transporte de los pacientes remitidos también resulta muy interesante pues a pesar de los esfuerzos de los últimos años, tanto del sector público como del privado el desarrollo de la atención pre hospitalaria es limitado en Colombia, se calcula que hasta un 90% de todos los traslados son secundarios y la capacidad de respuesta en términos del traslado primario es escasa, por lo cual puede decirse que solo recientemente se han realizado esfuerzos en este sentido por parte de varios grupos (Cruz Roja) brigadistas de Cali, grupos de atención medicalizada adscritos a los CRU, etc.). Un dato todavía más desalentador es que, con mucho la forma más frecuente de traslado de pacientes en nuestro país continúa siendo en taxi.

En el presente estudio no se pudo determinar la categoría del traslado debido a ausencia de datos, sin embargo se logró corroborar el alto porcentaje de traslado en taxi.

Este último punto justifica con evidencia, la necesidad de mayor número de ambulancias disponibles para la población y de esta manera ofrecer mayor calidad de atención beneficiando a nuestros usuarios que son el objetivo principal de todo el sistema de salud.

Asimismo el tiempo de gestión definido como el tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y la consecución del mismo nos habla de la efectividad de los procesos administrativos al interior del CRUE, que son obligatoriamente susceptibles de ser mejorados. Los resultados de este estudio al respecto permiten inferir que posiblemente las patologías de consulta de los infantes y adolescentes son de menor complejidad que la de

¹⁸ ROSELL-ORTIZ F et al. Infarto con elevación del ST: tratamiento extrahospitalario y supervivencia al año. Rev Esp Cardiol. 2008;61(1):14-21

¹⁹ MELLADO-VERGEL FJ, et al. Tratamiento extrahospitalario del infarto agudo de miocardio en Andalucía. Rev Esp Cardiol. 2005;58(11):1287-93.

los adultos; o por otro lado la red hospitalaria local en el ámbito pediátrico se encuentra mejor capacitada para la resolución de los problemas de su población usuaria.

Debido a la metodología retrospectiva utilizada en el estudio no se pudo determinar los desenlaces de los pacientes estudiados, principalmente de aquellos que no pudieron ser trasladados, siendo las causas de no traslado factores importantes para evaluar la gestión del CRUE y la capacidad de recepción de la red Hospitalaria. Por otra parte se requiere la información del tiempo entre la consecución del servicio y el traslado oportuno, y la retroalimentación, por parte de las instituciones prestadoras del servicio, del desenlace final del paciente.

7. CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de consulta rural hacia el área urbana.

El sexo femenino consulta mayormente a urgencias por patologías ginecoobstétricas.

Existe un alto porcentaje de personas con régimen de seguridad social subsidiada proveniente del área urbana, y del contributivo proveniente de zonas rurales, pero además un grueso número de pacientes sin RSSS.

Las enfermedades con mayor posibilidad de intervención se encuentran dentro de las primeras cinco causas de consulta.

El tiempo de gestión del CRUE es prolongado en el paciente adulto, sugiriendo una deficiencia en su gestión o en la capacidad instalada de la Red Hospitalaria.

BIBLIOGRAFIA

ALCALDIA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS. Ley de Referencias de los Centro Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres en Colombia. 2002 disponible en: URL: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/Ley_de_Referencias_CRUE.pdf.

ARANGO E, Díaz J. Guías para manejo de urgencias; Capitulo I: Manejo prehospitalario de la vía aérea. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, 2007.

ARCHIVO CRUE, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, Cartagena, 2007.

CASTAÑO V, Alejandro. Propuesta para la reorganización de la prestación de los servicios de urgencias en el distrito capital: atención pre-hospitalaria, intrahospitalaria y sistema de referencia y contrarreferencia. Convenio de cooperación técnica no. 1136 de 2006 Secretaria Distrital de Salud/Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Bogotá D. C. 2008.

CRUZ A, Pereira A. Proyecto sistema integral de urgencias emergencias y desastres programa construcción centro regulador de urgencias. contratación transporte ambulancia – atención prehospitalaria – adquisición de dotación y tecnología 2009. Programa sistema integral de urgencias emergencias y desastres. Gestión de urgencias emergencias y desastres. Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres Cartagena, estadísticas referencia mes de febrero de 2009. Disponible en: URL: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/ESTADISTICAS_CRUE_FEBRERO_09.pdf.

CRUZ A, Pereira. A. Centro regulador de urgencias emergencias y desastres del distrito, CRUED. Direccion operativa vigilancia y control. Cartagena de Indias, D. T. Y C., MAYO DE 2009. Disponible en: URL: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/Definiciones_del_CRUED.pdf.

MELLADO-VERGEL FJ, et al. Tratamiento extrahospitalario del infarto agudo de miocardio en Andalucía. Rev Esp Cardiol. 2005;58(11):1287-93.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2423 DE 1996 (diciembre 31). Diario Oficial No. 42.961, del 20 de enero de 1997.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto numero 4747 de 2007 (diciembre 7).

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Documento Red Nacional de Urgencias, Bogotá, 1993.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 1043 de 2006 (del 3 de abril de 2006).

OPS. Grupo de trabajo de expertos en políticas de Desarrollo de sistemas nacionales de servicios de urgencias médicas. Informe de reunión de expertos. 1998

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 412 de 1992. Diario Oficial No. 40.368, del 6 de marzo de 1992.

ROSELL-ORTIZ F et al. Infarto con elevación del ST: tratamiento extrahospitalario y supervivencia al año. Rev Esp Cardiol. 2008;61(1):14-21.

TABLAS

Tabla 1. Distribución por categorías de edad

Categoría de edad	Frecuencia	%	% acumulado
Infancia	1447	19,2%	19,2%
Adolescencia temprana	211	2,8%	22,0%
Adolescencia tardía	889	11,8%	33,8%
Adulto Temprano	2331	30,9%	64,7%
Adulto Intermedio	1105	14,7%	79,3%
Adulto Tardío	1558	20,7%	100,0%
Total	7541	100,0%	100,0%

Tabla 2. Motivos de consulta y requerimientos más frecuentes

Motivo de consulta	n	%	Requerimiento	n	%
Gineco obstétrico	1291	17,1%	Medicina interna	1708	22,6%
Trauma	1192	15,8%	Pediatría	1237	16,4%
Gastrointestinal	996	13,2%	Ginecología y obstetricia	1216	16,1%
Infeccioso	995	13,2%	Cirugía general	866	11,5%
Cardiovascular	957	12,7%	Ortopedia	700	9,3%
Pulmonar	424	5,6%	No consignado	548	7,3%
No consignado	404	5,4%	Neurología	450	6,0%
Neurológico	280	3,7%	UCI adulto	175	2,3%
Hematológico	156	2,1%	Cardiología	140	1,9%
Endocrino	112	1,5%	UCI pediátrica	97	1,3%
Vascular	105	1,4%	Urología	69	0,9%
Intoxicación	82	1,1%	Psiquiatría	55	0,7%
Urológico	74	1,0%	Oftalmología	40	0,5%
Psiquiátrica	65	0,9%	Neurocirugía	26	0,3%
Renal	57	0,8%	Cirugía maxilofacial	23	0,3%
Cáncer	53	0,7%	Hospitalización	23	0,3%
Cuerpo extraño	50	0,7%	Otorrinolaringología	22	0,3%
Cutáneo	46	0,6%	Cirugía pediátrica	21	0,3%
Hernia	44	0,6%	Cirugía vascular	19	0,3%
Accidente ofídico	38	0,5%	Cuidados intermedios	17	0,2%
Osteomuscular	34	0,5%	Neonatología	16	0,2%
Deshidratación	13	0,2%	Cirugía plástica	15	0,2%
Desnutrición	13	0,2%	Hematología	13	0,2%
Amputación	12	0,2%	Nefrología	9	0,1%
Masa en estudio	9	0,1%	Gastroenterología	8	0,1%
Oftalmología	8	0,1%	Neumología	7	0,1%
Alérgico	6	0,1%	Oncología	7	0,1%
Otorrinolaringología	6	0,1%	Neuropediatría	6	0,1%
Reumático	6	0,1%	Neurocirugía pediátrica	2	0,0%
Casi ahogamiento	3	0,0%	Infectología	1	0,0%
No determinado	3	0,0%	Medicina legal	1	0,0%
Maltrato infantil	2	0,0%	Nefrología pediátrica	1	0,0%
Odontológico	2	0,0%	Odontología	1	0,0%
Descarga eléctrica	1	0,0%	Reumatología	1	0,0%
Otro	1	0,0%	Unidad de quemados	1	0,0%
Parasitosis	1	0,0%			
Total	7541	100,0%	Total	7541	100,0%

Tabla 3. Comparación de medianas (Me) de tiempo de gestión por grupos de interés

Categoría de edad	Me	Rango Intercuartil	Valor de p^a
Infancia	10	5 – 50	< 0,0001 ^b
Adolescencia temprana	10	4 – 34	0,1204
Adolescencia tardía	10	5 – 71	0,8442
Adulto Temprano	15	5 – 120	< 0,0001
Adulto Intermedio	38	6 – 327	< 0,0001
Adulto Tardío	59	8 – 416	< 0,0001
Urbano	15	5 – 182	0,4213
Rural	20	5 – 118	
Ambulancia	17	5 – 148	< 0,0001
Taxi	5	5 – 25	

^a Valor de p estimado por U de Mann Whitney

^b Comparada contra la totalidad de adultos, el resto de categorías de edad toman como referencia la población infantil, que fue la de menor tiempo de gestión.