

La transferencia (*turfing*) en el servicio de urgencias

ULF MARTIN SCHILLING

Division of Clinical and Experimental Medicine, Department of Accidents and Emergencies, Faculty of Health Sciences, Linköping University, Emergency Clinic, County Council of Östergötland, Linköping, Suecia.

CORRESPONDENCIA:

Ulf Martin Schilling
Division of Clinical and
Experimental Medicine,
Department of Accidents and
Emergencies, Faculty of Health
Sciences, Linköping University,
Emergency Clinic, County
Council of Östergötland,
Linköping, Suecia.
E-mail:
ulf.martin.schilling@gmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

18-5-2012

FECHA DE ACEPTACIÓN:

4-10-2012

CONFLICTO DE INTERESES:

El autor declara no tener
conflictos de interés en relación
al presente artículo.

Introducción: La transferencia (*turfing*) se ha definido como “encontrar cualquier excusa para derivar un paciente a un equipo o servicio distinto”, generalmente con el fin de evitar el ingreso de dicho paciente. Debido a la política restrictiva de realizar pruebas diagnósticas fuera del horario laboral, en ocasiones se experimenta alguna dificultad para conseguir estudios radiológicos. Se sospecha que los médicos podrían optar por presentar a los pacientes con la implicación de cierta potencial patología para conseguir que se realizaran las pruebas diagnósticas, es decir optimizar (*optimizing*) al paciente para cumplir los criterios de la prueba solicitada. Se exploró la existencia y el grado de transferencia (*turfing*) y de optimización (*optimizing*) en la atención urgente en un hospital de Suecia.

Metodología: Se invitó a los *urgenciólogos* de un hospital terciario universitario a participar en una encuesta anónima electrónica en la red local. Se preguntaron datos demográficos, como la experiencia del médico en años, el número total de pacientes atendidos y el tiempo, en años, en el hospital. Otros puntos interrogados fueron la existencia de experiencia de transferencia y de optimización y el porcentaje respectivo de pacientes sujetos a ellas. Además, se preguntó a los médicos sobre la visión de la transferencia y la optimización y su influencia asumida en los tiempos de espera de los servicios de urgencias (SU).

Resultados: Dieciocho *urgenciólogos* con un nivel de experiencia de 11,5 (DE 8,5) años y de 4,4 (DE 3,7) años en el hospital participaron en el estudio (62% de porcentaje de respuesta). La mayoría han tratado más de 5.000 pacientes; todos confirmaron la existencia de transferencia, y se estimó que un 17,3% de los pacientes estaba afectado por ella (rango: 2-50%); 17 se sintieron forzados a optimizar a los pacientes para conseguir pruebas diagnósticas, y se estimó que esto afectó a un 23,2% de sus pacientes (rango: 5-80%); 12 consideraron la transferencia y la optimización como inseguras; y 17 que ambas influyen en los tiempos de espera del SU.

Conclusiones: La transferencia y la optimización parecen ser un gran problema para los *urgenciólogos* suecos, ya que afectan aproximadamente a uno de cada cinco pacientes en urgencias. [Emergencias 2014;26:129-132]

Palabras clave: Transferencia (*turfing*). Optimización (*optimizing*). Servicio de urgencias. Experiencia de los médicos.

Introducción

Como se mencionó en la literatura médica científica en 1984 por Roy-Burne y Yager¹, la transferencia (*turfing*) ha sido uno de los problemas sanitarios no mencionados. Tras la publicación del libro “La casa de Dios” de S. Shem², el término ha recibido una atención creciente entre los médicos y los pacientes, y desde entonces ha sido objeto de estudios cualitativos y reflexiones de expertos^{3,4}. Según la definición de Shem, la transferencia puede ser entendida como “la búsqueda de cualquier excusa para transferir un paciente a un equipo o servicio diferente”². En la literatura, la transferencia se defi-

ne como negativa desde el punto de vista del médico y del paciente, y resulta en un impacto negativo en la atención de este último. Debido a las implicaciones negativas de la transferencia, raramente se habla de ella. Sin embargo, según la experiencia personal, da la impresión que puede ser muy común en el trabajo diario hospitalario. Durante el horario no laboral, parece difícil conseguir la realización de las pruebas diagnósticas radiológicas necesarias. En un estudio reciente⁵, se mostró que las tomografías computarizadas (TC) para la embolia de pulmón raramente se realizaron durante el horario no laboral en Suecia. Nuestro servicio de radiología tiene una política restrictiva sobre las pruebas

diagnósticas realizadas fuera de horario laboral, y lleva a cabo sólo ciertas indicaciones justificadas. Una radiografía de tórax requerida por una "neumonía" o una "insuficiencia cardíaca" no se realizaría al menos que se tuviera que descartar un neumotórax. Se sospecha que los médicos podrían optar por presentar los síntomas del paciente de cierta manera para implicar a más patologías, es decir, optimizar (*optimizing*) al paciente para cumplir los criterios para la prueba diagnóstica solicitada. Se realizó este estudio para revelar si la transferencia era un problema en los servicio de urgencias (SU) suecos, y si la optimización se realizaba por los médicos que atienden a los pacientes.

Método

Se invitó a los *urgenciólogos* (residentes y a los especialistas en medicina de urgencias y emergencias) de un hospital universitario a participar en una encuesta anónima electrónica en la red local distribuida a través del correo electrónico. Las preguntas fueron: la experiencia (años), el número de pacientes atendidos, el tiempo en el hospital (años), la existencia de transferencia, la necesidad de transferencia, el porcentaje de pacientes sometidos a ella, los servicios que son más dados a transferir, la necesidad de optimización, el porcentaje de pacientes sujetos a ella, y el impacto de la transferencia y la optimización en los tiempos de espera. Se preguntó a los médicos que definieran si la transferencia era un problema en el hospital, sus experiencias de transferencia y los aspectos de seguridad, con múltiples respuestas posibles. La encuesta puede encontrarse en <http://lisa.lio.se/Startsida/Verksamheter/Narsjukvarden-i-centrala-Ostergotland/Akutkliniken-i-Linkoping/Forskning-och-utveckling1/>. Los datos recogidos fueron analizados usando la estadística descriptiva mediante Microsoft Excel (Microsoft Inc, Seattle, Washington, EE.UU.).

Resultados

Dieciocho de 29 *urgenciólogos* completaron la encuesta (62%). Las características de los respondedores se encuentran en la Tabla 1. La media del nivel de experiencia fue de 11,5 (DE 8,5) años. La mayoría de los médicos han tratado a más de 5.000 pacientes, y sólo 2 a menos de 500 pacientes. La media de tiempo trabajado en el hospital actual fue de 4,4 (DE 3,7) años. Todos los médicos confirmaron la existencia de transferencia (*turfing*), que afecta de forma estimada del 2 al 50% de sus pacientes (media 17,3%). Trece de los 18 se sintie-

Tabla 1. Características de los respondedores y las respuestas a la encuesta

Años trabajados como médico [media (DE)]	11,5 (± 8,5)
Años vinculados al hospital [media (DE)]	4,4 (± 3,7)
Número de pacientes totales por médico	
< 500	2 (11%)
1.000-5.000	3 (17%)
> 5.000	13 (72%)
¿Hay transferencia (<i>turfing</i>) en el hospital	
Sí	18/18 (100%)
No	0/18 (0%)
Sentirse obligados a transferir pacientes	
Sí	13/18 (72%)
No	4/18 (22%)
Porcentaje de pacientes afectados de transferencia (<i>turfing</i>)	17,3% (13,1%)
Sentirse obligados a optimizar pacientes	
Sí	17/18 (94%)
No	1/18 (6%)
Porcentaje de pacientes afectados de optimización (<i>optimizing</i>)	23,2% (23,0%)
Especialidades que más transfieren	
Cirugía	13 (72%)
Medicina infecciosa	6 (33%)
Medicina interna	4 (22%)
Traumatología	4 (22%)
Cardiología	3 (17%)
Neurocirugía	2 (11%)
Neurología	1 (6%)
ORL	1 (6%)
Geriatría	1 (6%)
Experiencia de los médicos hacia la transferencia (<i>turfing</i>) y la optimización (<i>optimizing</i>)	
¿Es un problema en el SU?	
– No, no lo es	0 (0%)
– Normal	7 (39%)
– Un gran problema	9 (50%)
Experiencia personal	
– Bien	1 (6%)
– Molesto/Irritante	14 (78%)
– Cuestiona mi competencia	5 (28%)
Aspectos seguridad	
– Seguro	0 (0%)
– Inseguro	12 (67%)
– Inaceptable	4 (22%)
¿Afecta a la transferencia (<i>turfing</i>) a los tiempos de espera del SU?	17 (94%)

SU: servicio de urgencias; ORL: otorrinolaringología.

ron obligados a transferir, y 4 de 18 médicos negaron sentir la presión de transferir. Los médicos que se sintieron obligados a transferir transfirieron una media del 20% de sus pacientes. Los diferentes servicios que experimentaron la transferencia se recogen en la Tabla 1. Diecisiete de 18 médicos (94,4%) se sintieron obligados a optimizar a los pacientes para conseguir la realización de pruebas diagnósticas, que afecta entre el 5 y al 80% de sus pacientes (media 23,2%). El 50% de los médicos experimentan la transferencia y la optimización como un gran problema, y un 39% como un hecho normal. Una mayoría de los médicos experimentó la necesidad de transferir y optimizar como "irritante", y un 28% percibió que cuestionaba su competencia. Uno de cada 5 médicos (20%) calificó la necesidad de transferencia y optimización co-

mo “inaceptable”. Ninguno de los médicos aceptó la transferencia y la optimización como seguros, y la mayoría de los médicos (67%) las vio como peligrosas para el paciente. El 94,4% de los médicos experimentó que la transferencia y la optimización influyeron en los tiempos de espera del SU.

Discusión

La transferencia (*turfing*) se ha definido como “encontrar cualquier excusa para derivar a un paciente a un servicio o equipo distinto”, es decir, esencialmente “vender” el paciente a otro por todos los medios posibles. Esto se contradice con la mejor y más adecuada atención al paciente, y por ende, si el paciente es “vendido” a un cuidador inapropiado, podría resultar imposible proveer una adecuada atención. El que la mayoría de los pacientes ingresen a través del *urgenciólogo* conlleva que éste trabaje en estrecho contacto con otras especialidades y servicios. Como resultado, los *urgenciólogos* son del todo conscientes de los potenciales problemas cuando ingresan a un paciente. Ellos conocen qué profesionales son restrictivos en aceptar ingresos o parecen evitar a los pacientes de urgencias. El 100% de los *urgenciólogos* que contestaron, confirmó la existencia de transferencia, y un 38,9% confirmó que la transferencia era un hecho normal. El 72% de estos médicos se vio obligado a transferir un promedio del 20% de sus pacientes. La transferencia parece ocurrir frecuentemente en el hospital e incluso afecta a pacientes de médicos experimentados, internamente reconocidos. En una población de 9 millones de habitantes, los SU suecos reciben 2,5 millones de visitas. Con una media de porcentaje de ingreso del 35%, esto se traduciría en 175.000 pacientes si sólo los pacientes ingresados fueran sometidos a transferencia (7% de las visitas a urgencias). De otra forma, el número sería de 500.000 pacientes.

¿Qué significa la transferencia? Desde un punto de vista académico, la transferencia revela un problema de actitud entre las diferentes especialidades. Nuestro estudio mostró que la transferencia provoca irritación entre los médicos, y que se ve como una falta de respecto hacia la competencia de los demás. Una quinta parte de los médicos la etiquetan como inaceptable, y la mayoría la ve insegura para el paciente. Desde la visión de la relación médico-paciente, la transferencia es un signo de grosería hacia el paciente. Se está “vendiendo el paciente” a otro profesional y no se le ofrece la atención adecuada. La transferencia parece influir en el tiempo de espera del SU como declaran casi la mayoría de los médicos (94,4%), que lo han

identificado como un factor de riesgo independiente para la morbilidad hospitalaria y el incremento de los costes⁶. Esto puede ser debido al tiempo perdido intentando convencer a los compañeros o para realizar las pruebas diagnósticas.

Tras haber demostrado que la transferencia es un problema en los SU, ¿qué razones podrían ser las que expliquen semejante comportamiento entre los profesionales médicos? Una razón podría ser la falta generalizada de camas hospitalarias. La región del este de Suecia, donde se realizó el estudio, tiene la menor capacidad hospitalaria per capita en Suecia. Y Suecia tiene la menor capacidad hospitalaria per cápita del mundo industrializado (2,6 camas/1.000 habitantes comparado con Alemania 8,3/1.000 en 2007, y se ha reducido desde entonces)^{7,8}. En este contexto, la falta de camas podría resultar en la aplicación de estrategias para ingresar sólo pacientes “adecuados” y evitar a los pacientes potencialmente pertenecientes a un servicio diferente. Tal comportamiento pudo ser observado después del estudio Octopus por traumatismo craneoencefálico leve, donde se documentó una omisión casi total de la observación de pacientes con conmoción cerebral debido a la realización de una TC^{9,10}. Teniendo en cuenta que entre el 0,6%¹¹ y el 19,7%¹² de los diagnósticos realizados por los *urgenciólogos* son erróneos, y que aproximadamente un 20% de éstos están relacionados con la interpretación radiológica equivocada¹³, dicha estrategia incrementará el riesgo de resultados adversos. Otra razón podía ser de actitud general. El servicio de cirugía está en el primer puesto de la clasificación de los servicios que intentan transferir a los pacientes, y la mayoría de los pacientes quirúrgicos tienen que ser diagnosticados radiológicamente de una patología quirúrgica antes de ser ingresados en el hospital. Esto podría ser interpretado como una actitud quirúrgica generalizada de “nada que operar igual a paciente no quirúrgico”, así como persiguiendo el concepto de “preservar la cama para los pacientes que más la necesiten”⁹. Sin embargo, la falta de camas podría contribuir a esta actitud si las camas del servicio se ocuparan por pacientes que pertenecieran a otros servicios. Si existe de forma repetida una necesidad urgente de camas se podría desarrollar una estrategia y una actitud para evitar ingresos a cualquier coste, y afectar a los pacientes ancianos con diagnósticos complejos o difusos, potenciales problemas sociales y tolerancia limitada a los retrasos en el tratamiento apropiado¹¹. La presión económica en los servicios del hospital es fuerte, y para evitar costes se podría intentar “vender” pacientes. El ingreso en un servicio erróneo ha de-

mostrado estar relacionado con la atención subóptima, los tiempos de ingreso prolongados, la mayor frecuencia de complicaciones y un incremento del coste. El trabajo de equipo entre las unidades es un parte de la cultura de seguridad del paciente¹⁴. La comunicación entre los médicos podría ser otro problema reflejado en la transferencia. Según la experiencia personal de los autores, es mucho más eficiente comunicarse con los compañeros de diferentes especialidades en su propio lenguaje especializado, por ejemplo con el neurólogo en términos neurológicos, o con los traumatólogos en términos traumatológicos. Si el *urgenciólogo* y el especialista que atienden al paciente no son capaces de comunicarse entre ellos de forma adecuada, el *urgenciólogo* puede tener la impresión de transferencia desde el lado del especialista, en vez de reflejar la potencial existencia de un problema mayor de comunicación. La falta de comunicación se ha identificado como causa de riesgo para los pacientes en otras circunstancias¹⁵, y esto podría aplicarse también al SU. Las limitaciones del estudio son el haberse realizado en un único centro. A pesar del limitado número de respondedores, el porcentaje de respuesta de 2/3 del centro parece ser representativo. La experiencia personal de los autores refleja un comportamiento similar en otros SU de Suecia, pero sólo futuros estudios pueden revelar la extensión de la transferencia (*turfing*) en la atención hospitalaria.

Bibliografía

- 1 Roy-Byrne P, Yager J. On transferring certain patients from medicine to psychiatry: a biopsychosocial analysis of turfing. *Psychiatr Med.* 1984;2:417-24.
- 2 Shem S. House of God. Nueva York: Dell-Books; 1978.
- 3 Caldicott CV. Sweeping up after the parade: professional, ethical, and patient care implications of "turfing". *Perspect Biol Med.* 2007;50:136-49.
- 4 Caldicott CV, Dunn KA, Frankel RM. Can patients tell when they are unwanted? "Turfing" in residency training. *Patient Educ Couns.* 2005;56:104-11.
- 5 Schilling UM. Diagnosing pulmonary embolism – when do we do it? Libro de Comunicaciones de 5th Mediterranean Emergency Medicine Congress, Sep 14-17 2009, Valencia, España.
- 6 Krochmal P, Riley TA. Increased health care costs associated with ED overcrowding. *Am J Emerg Med.* 1994;12:265-6.
- 7 Borgström A. Sverige har lägst antalet vårdplatser i Europa. [Sweden has the lowest number of hospital beds in Europe]. *Läkartidningen.* 2007;104:396-7.
- 8 Eklund A, Faglerlind K, Knezevic M. "Tillgång på vårdplatser" [Availability of hospital beds]. *Socialstyrelsen.* (Accedido el 2010-5-24). Disponible en: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18044/2010-5-24.pdf>
- 9 Geijerstam JL, Oredsson S, Britton M. Research Medical outcome after immediate computed tomography or admission for observation in patients with mild head injury: randomised controlled trial. *BMJ.* 2006;333:465.
- 10 Norlund A, Marké LA, Af Geijerstam JL, Orleson S, Brittan M. Immediate computed tomography or admission for observation after mild head injury: cost comparison in randomised controlled trial. *BMJ.* 2006;333:469.
- 11 Chellis M, Olson JE, Augustine J, Hamilton GC. Evaluation of missed diagnosis for patients admitted from the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2001;8:125-30.
- 12 Mirete C, López-Bayo L, Blázquez JC, Rodríguez-Rodríguez P, Serrano MI, De Teresa L. El error diagnóstico en el área de ingresos de un hospital de media-larga estancia. Estudio de concordancia diagnóstica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:195-8.
- 13 Mellado Vergel FJ, Díaz Ricoma N, Mena Parra D, Rosell Ortiz F, Contreras Rodríguez AM, León Ruiz L. Diagnostic agreement between a comprehensive, fast-track community hospital emergency department and the corresponding referral hospital emergency department. *Emergencias.* 2010;22:282-5.
- 14 Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás MR. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias.* 2011;23:356-64.
- 15 Bayam L, Bruce CE, Sampath J, Bayam FB, Abernethy L. Importance of communication between medical specialties: a case series. *Injury.* 2008;39:623-6.

Turfing in the emergency department

Martin Schilling U

Background and objective: Turfing, defined as finding any excuse to refer a patient to a different department or team, is commonly done to avoid patient admission. Research on turfing is limited, and the practice is rarely spoken about. The author has sometimes experienced difficulty obtaining radiology images because of a stringent policy of avoiding doing such tests out of regular office hours. I suspected that physicians may present patient's symptoms in ways that imply certain medical conditions, in other words to "optimize" the patient according to the criteria needed for the investigation asked for. In this study, I explored the presence and extent of turfing and optimizing in a Swedish emergency department (ED).

Method: The emergency physicians (EP) at a tertiary care university hospital were invited to participate in an anonymous intranet-based survey. Demographic data collected were the physician's total experience (years), the total number of patients treated, and the experience within the present hospital (years). The EP were asked about their experience of turfing and optimizing and the percentage of patients to whom these practices were applied. The respondents were also asked how they viewed turfing and optimizing and how they thought these practices affected ED wait times.

Results: Responses were received from 18 EP with a mean (SD) of 11.5 (8.48) years of total experience and of 4.4 (3.73) years in the present hospital (62% response rate). The majority had treated more than 5000 patients. All respondents confirmed the practice of turfing, and it was estimated that turfing was used in 17.34% (13.08%) of all patients (range, 2%-50%). Seventeen of the 18 respondents felt obliged to optimize patients to get tests performed, estimating that 23.23% (22.97%) of their patients were affected (range, 5%-80%). Twelve regarded turfing and optimizing to be unsafe and 17 believed that these practices influenced ED wait times.

Conclusion: Turfing and optimizing, affecting approximately 1 in 5 emergency patients in this setting, seem to be major problems for the surveyed Swedish EP. [*Emergencias* 2014;26:129-132]

Keywords: Turfing. Optimizing. Emergency department. Physicians' experience.