


Caracterización de fugas e intentos de fuga en un hospital general colombiano

Research Article

 Open access

Characterization of absconding and attempts to abscond in a Colombian general hospital



Caracterização de fugas e tentativas de fuga em um hospital geral colombiano

Como citar este artículo:

Prada Nicolas J, Castrillón-Martínez Esteban, Perez-Gutierrez Ana María, Zapata-Ospina Juan Pablo. Caracterización de fugas e intentos de fuga en un hospital general colombiano. Revista Cuidarte. 2025;16(3):e4548. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4548>

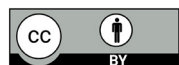
Highlights

- Las fugas de pacientes son un problema tanto para instituciones especializadas en atención psiquiátrica como de atención general.
- Se encontró una prevalencia de fugas mucho menor a las reportadas en otros países, aunque los pacientes tenían características similares.
- Las fugas e intentos de fuga, al igual que las motivaciones detrás de estos, varían según los contextos de cada región.
- El conocimiento del perfil epidemiológico de las fugas puede tener un papel importante en su prevención.





Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2025; 16(3): e4548

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.4548>



E-ISSN: 2346-3414

-  Nicolas J Prada¹
-  Esteban Castrillón-Martínez²
-  Ana María Perez-Gutierrez³
-  Juan Pablo Zapata-Ospina⁴

1. Semillero de Investigación en Salud Mental y Psiquiatría (SISME), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: nicolas.prada@udea.edu.co
2. Área de Investigación, Hospital Alma Máter de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: esteban.castrillonm@udea.edu.co
3. Servicio de Urgencias, Hospital Alma Máter de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: ana.perez12@udea.edu.co
4. Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: juanp.zapata@udea.edu.co

Resumen

Introducción: Las fugas de pacientes en instituciones de salud se han asociado con desenlaces negativos tanto para los pacientes como las mismas instituciones. A pesar de esto, pocos estudios han evaluado la frecuencia y características de estos eventos en Latinoamérica, especialmente en hospitales generales no especializados en atención psiquiátrica. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas, clínicas y de los eventos de pacientes que presentaron fuga o intento de fuga en un hospital de alta complejidad de Medellín, Colombia entre 2015 y 2023. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal a partir de fuentes secundarias donde se recolectó la información de historias clínicas de pacientes que presentaron fuga o intento de fuga en el Hospital Alma Mater de Antioquia. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos. **Resultados:** Se presentaron 141 eventos durante el periodo evaluado (135 fugas y 6 intentos de fuga). La prevalencia de periodo de fuga fue 5,5 fugas por cada 10.000 ingresos y la mayoría de los pacientes fueron jóvenes de sexo masculino y solteros, con una alta frecuencia de consumo de tóxicos. La mayoría de los eventos ocurrieron en el servicio de Urgencias durante el día. **Discusión:** El estudio del perfil epidemiológico de los pacientes fugados podría facilitar su prevención e intervención. **Conclusión:** Se encontró una tasa de fuga menor a las reportadas en otros países. A pesar de esto, las características de los pacientes fueron similares, predominando un patrón de pacientes masculinos, jóvenes, y solteros con antecedentes psiquiátricos.

Palabras Clave: Reacción de Fuga; Conducta Fugitiva; Pacientes Desistentes del Tratamiento; Hospitalización.

Recibido: 16 de octubre de 2024

Aceptado: 10 de julio de 2025

Publicado: 14 de octubre de 2025

 *Correspondencia

Nicolas J Prada

E-mail: nicolas.prada@udea.edu.co

Characterization of absconding and attempts to abscond in a Colombian general hospital

Abstract

Introduction: Patient absconding in healthcare institutions has been associated with negative outcomes for both patients and the institutions themselves. Despite this, few studies have evaluated the frequency and characteristics of these events in Latin America, especially in general healthcare hospitals that do not specialize in psychiatric care. **Objective:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics, as well as the event characteristics, among patients who absconded or attempted to abscond from a tertiary general hospital in Medellín, Colombia, between 2015 and 2023. **Materials and Methods:** Quantitative, descriptive cross-sectional study using secondary sources, where information was collected from the medical records of patients who absconded or attempted to abscond at the Hospital Alma Mater de Antioquia. A descriptive statistical analysis of the data was performed. **Results:** A total of 141 events were recorded during the evaluated period (135 absconds and 6 attempts to abscond). The period prevalence of absconding was 5.5 per 10,000 admissions, and most patients were young, single males, with a high frequency of substance use. Most events took place in the emergency department during the daytime. **Discussion:** Studying the epidemiological profile of absconding patients and their motivations could facilitate prevention and intervention. **Conclusion:** A lower absconding rate was found compared to reports from other countries. However, the characteristics of the patients were similar, with a predominance of young, single male patients with psychiatric history.

Keywords: Escape Reaction; Runaway Behavior; Patient Dropouts; Hospitalization.

Caracterização de fugas e tentativas de fuga em um hospital geral colombiano

Resumo

Introdução: Fugas de pacientes de instituições de saúde têm sido associadas a desfechos negativos tanto para os pacientes quanto para as próprias instituições. Apesar disso, poucos estudos avaliaram a frequência e as características desses eventos na América Latina, especialmente em hospitais gerais não especializados em atendimento psiquiátrico. **Objetivo:** Descrever as características sociodemográficas, clínicas e dos eventos de pacientes que sofreram fuga ou tentativa de fuga de um hospital de alta complexidade em Medellín, Colômbia, entre 2015 e 2023. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal, utilizando fontes secundárias. As informações foram coletadas dos prontuários médicos de pacientes que sofreram fuga ou tentativa de fuga no Hospital Alma Mater, em Antioquia. Foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados. **Resultados:** Houve 141 eventos durante o período de avaliação (135 fugas e 6 tentativas de fuga). A prevalência de períodos de evasão foi de 5,5 por 10.000 internações, e a maioria dos pacientes era jovem, solteiro, do sexo masculino e frequentemente envolvido no uso de substâncias. A maioria dos eventos ocorreu no Pronto-Socorro durante o dia. **Discussão:** Estudar o perfil epidemiológico de pacientes em evasão pode facilitar a prevenção e a intervenção. **Conclusão:** A taxa de evasão foi menor do que a relatada em outros países. Apesar disso, as características dos pacientes foram semelhantes, com predominância de pacientes jovens, solteiros, do sexo masculino e com histórico psiquiátrico.

Palavras-Chave: Reação de Fuga; Comportamento de Esquiva; Pacientes Desistentes do Tratamento; Hospitalização.

Introducción

La hospitalización de un paciente es una conducta médica que se toma cuando se requiere su permanencia en una institución de salud durante un tiempo específico para el diagnóstico o tratamiento de una condición de salud. El proceso de hospitalización finaliza con el alta hospitalaria, que puede darse de diferentes formas, que incluyen, el alta por mejoría médica indicada por el médico tratante, el traslado a otra institución, la defunción del paciente, el alta voluntaria, o la ausencia del paciente sin autorización del personal de salud, lo cual se denomina fuga^{1,2}.

La definición de fuga varía considerablemente entre estudios, dependiendo de los tiempos de ausencia establecidos o de las políticas específicas de cada institución^{1,3,4}. Debido a estas variaciones, se observan diferencias significativas en la estimación de su frecuencia. No obstante, el principal diferenciador radica en si el estudio fue realizado en una institución psiquiátrica o en una general no especializada en esta área. En las primeras, donde se han realizado la mayoría de los estudios, las tasas reportadas oscilan entre el 0,2% y el 54% de todas las admisiones⁵; mientras que en las instituciones no especializadas, las tasas varían del 0,27% al 2,4%⁶. En cuanto a la frecuencia de intentos de fuga, no se encuentran reportes específicos en la literatura.

Este tipo de eventos se ha asociado con distintos desenlaces negativos, donde destacan, un riesgo considerable de suicidio posterior a la fuga⁷, lesiones autoinfligidas y heteroagresión¹, por lo que se consideran un evento centinela para la seguridad del paciente. Asimismo, se ha observado que estos pacientes requieren mayores tiempos de hospitalización, tratamientos más prolongados, pierden la confianza y el contacto con los servicios de salud y presentan un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas de riesgo tras el evento^{1,5}. Por otra parte, las instituciones de salud han reportado aumento de los costos de atención, riesgo de lesiones a otros pacientes, daños a la infraestructura y interrupción del ambiente laboral, que impactan negativamente en la atención de los pacientes¹.

A pesar de su importancia, los estudios relacionados con las fugas e intentos de fuga de pacientes son escasos, y gran parte de la investigación se ha centrado en instituciones psiquiátricas, dejando de lado a las instituciones no especializadas donde también ocurren estos eventos⁶. En Latinoamérica, la información disponible es aún más limitada, encontrándose solo dos estudios realizados en Chile^{8,9}, a pesar de ser fenómenos influenciados por factores propios de cada región, lo que puede hacer que varíen mucho en frecuencia. Bajo este contexto surge la necesidad de investigar estos eventos en Colombia, particularmente en una institución no psiquiátrica con un alto volumen de pacientes. El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas, clínicas y de los eventos de pacientes que presentaron fuga o intento de fuga en un hospital de alta complejidad de Medellín, Colombia entre 2015 y 2023.

Materiales y Métodos

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal a partir de fuentes secundarias.

Participantes y escenario

Se seleccionaron los reportes de fuga o intento de fuga del Hospital Alma Máter de Antioquia (HAMA), sede principal, de la ciudad de Medellín, Colombia entre el 01/01/2015 y 31/08/2023. Durante este periodo ingresaron 244.432 pacientes al hospital, entre los cuales se presentaron 141 eventos (135 fugas y 6 intentos de fuga). Se incluyeron adultos ingresados en los servicios de hospitalización u observación en los cuales se haya realizado reporte de fuga o intento de fuga durante la estancia. Se excluyeron los pacientes que estaban en custodia de autoridades penitenciarias o que no autorizaron el uso de datos

personales al momento de la admisión. Para fines de este estudio se utilizó la definición de fuga del protocolo institucional del HAMA que corresponde a “la salida del paciente del proceso de atención médica sin autorización, boleta de salida y sin conocimiento del personal asistencial”³; y la de intento de fuga del Protocolo de acción frente a fuga de paciente, del Hospital Metropolitano de Santiago, que lo define como “sorprender y detener el acto de fuga de un paciente”⁴.

Procedimientos

Para la identificación de los pacientes se solicitaron los reportes de fugas e intentos de fuga presentados en el periodo del estudio, los que son realizados por protocolo institucional desde 2015³. Los reportes fueron registrados como pacientes diferentes si los eventos ocurrieron durante hospitalizaciones distintas, dado que cada una presentó características únicas. En caso de que se hubieran presentado ambos eventos durante la misma hospitalización, se registró únicamente el último evento, es decir, la fuga, y se dejó constancia de esta secuencia en los registros del estudio.

Variables

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se verificó el cumplimiento de los criterios de selección. Se extrajeron variables sociodemográficas relevantes (edad, género, estado civil, tipo de residencia, nivel educativo, ocupación y tipo de aseguramiento). Dentro de las variables clínicas, se incluyó antecedentes de trastorno mental, intento de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y de fuga en hospitalizaciones previas. Con respecto a la hospitalización y al evento presentado, se registró el diagnóstico principal de ingreso del paciente y su especialidad tratante, número de días de estancia previa al evento, hora de ocurrencia, tipo de sala de hospitalización, reporte de agitación previa, síntomas de *craving*, requerimiento de contención física y/o farmacológica, registros que dieran cuenta que el paciente refiriera deseo de irse, así como reportes de autolesiones, heterolesiones o daños materiales ocurridos durante los eventos.

Control de sesgos

El principal sesgo de este estudio fue el sesgo de medición asociado a su diseño transversal basado en fuentes secundarias, ya que las historias clínicas pudieron presentar errores o información faltante de los pacientes a incluir. Para mitigar esto se hizo una revisión exhaustiva de las historias y se contrastaron los datos registrados entre las notas médicas de los distintos profesionales como médicos, enfermeros, etc. La selección de los participantes se hizo con base a los criterios de selección y se incluyeron todos los pacientes que cumplieran estos criterios.

Análisis estadístico

Se calculó la prevalencia de periodo tomando el número total de ingresos al hospital durante el periodo de tiempo y separados por año. Se empleó la fórmula propuesta por Molnar et al.¹⁰, que divide el número de eventos sobre número de ingresos. Para la descripción de las características de los pacientes, se utilizaron métodos de estadística descriptiva. En el caso de las variables cualitativas se presentaron frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas sus medias y desviación estándar, o mediana y rango intercuartílico, según el cumplimiento del supuesto de distribución normal. Los datos fueron analizados con el software R en el entorno RStudio versión 2024.04.1+748¹¹, y se encuentran disponibles para su libre acceso y consulta en Mendeley Data¹².

Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue previamente revisado y aprobado por el Comité Técnico de Investigación del HAMA con código IN43-2023 acta No 216, y cumple con lo dispuesto en la Declaración de Helsinki y con la normatividad colombiana para investigación en salud.

Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 141 eventos, de los cuales 135 fueron fugas y 6 intentos de fugas. Se encontró una prevalencia de periodo de 5,5 fugas por cada 10.000 ingresos, en tanto que la prevalencia anual varió entre las 3,5 y 9,1 fugas por cada 10.000 ingresos, en cada año de estudio. En el caso del intento de fuga se encontró una prevalencia total de 0,26 intentos de fuga por cada 10.000 ingresos. La prevalencia total y por año de ambos eventos se presenta en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. Prevalencia puntual por año y de periodo de las fugas e intentos de fugas en un hospital general de alta complejidad de Medellín, Colombia

Año	Número de pacientes ingresados	Fugas e intentos de fuga	
		Número de eventos	Prevalencia ¹
2015	28.298	14	4,9
2016	27.161	17	6,3
2017	27.623	25	9,1
2018	24.703	19	7,7
2019	26.070	10	3,8
2020	28.896	12	4,2
2021	31.356	15	4,8
2022	29.410	13	4,4
2023 ²	20.915	16	7,7
Total	244.432	141	5,8

¹ Reportada como el número de eventos por cada 10.000 ingresos

² Se incluyeron reportes y número de pacientes ingresados hasta el 31/08/2023

Características sociodemográficas

Los pacientes que presentaron fuga fueron en su mayoría jóvenes de género masculino, solteros y con algún nivel de educación formal. La ocupación fue desconocida en gran parte de los casos y la mayoría de los pacientes residían en zona urbana, principalmente en el municipio de Medellín y otros del Valle de Aburrá. En relación con los pacientes que presentaron intento de fuga, se encontró que eran ligeramente mayores y pertenecían en su totalidad al género masculino, mientras que el resto de las características fueron similares a las de los pacientes que presentaron fuga. Las características sociodemográficas completas se presentan en la [Tabla 2](#).

Características clínicas

El antecedente de fuga en hospitalizaciones previa fue raro en ambos grupos de pacientes, mientras que una parte importante tenía al menos un trastorno mental diagnosticado previamente. Aunque el antecedente de trastorno por uso de sustancias fue poco común, en más de la mitad se reportó el consumo previo de tóxicos ([Tabla 3](#)).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con fuga e intento de fuga de un hospital general de alta complejidad de Medellín, Colombia. n=141

Características	Fuga % (n=135)	Intento de fuga % (n=6)	Total % (n=141)
Edad en años			
Mediana (rango intercuartílico)	36 [27 – 50]	40 [30 – 54]	36 [27 – 50]
Mínimo – Máximo	18 – 85	21 – 63	18 – 85
Género			
Masculino	65,90 (89)	100,00 (6)	67,40 (95)
Femenino	34,10 (46)	0,00 (0)	32,60 (46)
Estado civil			
Soltero	68,80 (93)	50,00 (3)	68,10 (96)
Unión libre	15,60 (21)	0,00 (0)	14,90 (21)
Casado	11,90 (16)	16,70 (1)	12,10 (17)
Divorciado	1,50 (2)	16,70 (1)	2,10 (3)
Desconocido	2,20 (3)	16,70 (1)	2,80 (4)
Nivel educativo			
Sin estudios	8,10 (11)	0,00 (0)	7,80 (11)
Básica primaria	34,10 (46)	16,70 (1)	33,30 (47)
Básica secundaria	28,90 (39)	50,00 (3)	29,80 (42)
Educación superior	13,30 (18)	33,30 (2)	14,20 (20)
Desconocido	15,50 (21)	0,00 (0)	14,90 (21)
Ocupación			
Ama de casa	16,30 (22)	0,00 (0)	15,60 (22)
Desempleado	12,60 (17)	33,30 (2)	13,50 (19)
Sin ocupación	8,20 (11)	0,00 (0)	7,80 (11)
Pensionado	5,20 (7)	0,00 (0)	5,00 (7)
Habitante de calle	3,70 (5)	0,00 (0)	3,50 (5)
Otras	24,40 (33)	33,30 (2)	24,80 (35)
Desconocida	29,60 (40)	33,30 (2)	29,80 (42)
Tipo de residencia			
Urbana	89,70 (121)	100 (6)	90,10 (127)
Rural	4,40 (6)	0,00 (0)	4,30 (6)
Desconocida	5,90 (8)	0,00 (0)	5,60 (8)
Tipo de aseguramiento			
Subsidiado	54,10 (73)	33,30 (2)	53,20 (75)
Contributivo	40,00 (54)	33,30 (2)	39,70 (56)
Especial	5,90 (8)	33,30 (2)	7,10 (10)

Tabla 3. Características clínicas de los pacientes con fuga e intento de fuga de un hospital general de alta complejidad de Medellín, Colombia. n=141

Características	Fuga % (n=135)	Intento de fuga % (n=6)	Total % (n=141)
Historia de fuga en hospitalizaciones previas			
Ausente	94,80 (128)	83,30 (5)	94,30 (133)
Presente	5,20 (7)	16,70 (1)	5,70 (8)
Antecedente de trastorno mental			
No	60,70 (82)	33,30 (2)	59,60 (84)
Sí	39,30 (53)	66,70 (4)	40,40 (57)
Diagnóstico previo de trastorno mental*			
Trastorno afectivo bipolar	20,00 (27)	0,00 (0)	19,20 (27)
Trastorno por uso de sustancias	11,10 (15)	16,60 (1)	11,30 (16)
Esquizofrenia	5,90 (8)	16,60 (1)	6,40 (9)
Trastornos depresivos	4,40 (6)	16,60 (1)	5,00 (7)
Trastornos ansiosos	2,90 (4)	16,60 (1)	3,50 (5)
Trastornos de la personalidad	2,90 (4)	16,60 (1)	3,50 (5)
Otros trastornos mentales	1,50 (2)	33,30 (2)	2,80 (4)
Antecedente de intento de suicidio			
No	81,50 (110)	66,70 (4)	80,90 (114)
Sí	17,00 (23)	33,30 (2)	17,70 (25)
Desconocido	1,50 (2)	0,00 (0)	1,40 (2)
Antecedente de consumo de tóxicos			
No	40,70 (55)	16,60 (1)	39,70 (56)
Sí	57,10 (77)	83,40 (5)	58,20 (82)
Desconocido	2,20 (3)	0,00 (0)	2,10 (3)
Tipo de tóxico consumido*			
Marihuana	35,50 (48)	50,00 (3)	36,20 (51)
Cocaína y derivados	35,50 (48)	33,30 (2)	35,50 (50)
Tabaco	29,60 (40)	33,30 (2)	29,80 (42)
Alcohol	21,50 (29)	33,30 (2)	21,90 (31)
Heroína	16,30 (22)	0,00 (0)	15,60 (22)
Benzodiazepinas	4,40 (6)	0,00 (0)	4,30 (6)
Inhalantes	3,70 (5)	0,00 (0)	3,50 (5)
Otros estimulantes	1,50 (2)	0,00 (0)	1,40 (2)

*No son mutuamente excluyentes

Características de los eventos

La mayor parte de los eventos tuvo lugar durante los primeros días de hospitalización, principalmente en el servicio de Urgencias (Tabla 4). La mayoría de las fugas se presentaron en el turno diurno, hacia el final de la tarde con un pico máximo entre las 17:00 y las 19:00 horas; por el contrario, la mayoría de los intentos de fuga fueron en el turno nocturno. El reporte de agitación durante la hospitalización no fue muy común, al igual que la necesidad de contención física o farmacológica, o los síntomas de craving. Únicamente se reportaron autolesiones y heterolesiones en un caso de intento de fuga, y en ninguno se reportaron daños materiales.

Tabla 4. Características de los eventos de fuga e intento de fuga de un hospital general de alta complejidad de Medellín, Colombia. n=141

Características	Fuga % (n=135)	Intento de fuga % (n=6)	Total % (n=141)
Días de estancia hasta el evento			
Mediana (rango intercuartílico)	2 [1 – 4]	5,5 [2 – 6]	2 [1 – 5]
Mínimo – Máximo	0 – 94	1 – 7	0 – 94
Tipo de turno en el que ocurrió			
Diurno (7 am – 7 pm)	68,10 (92)	33,30 (2)	66,70 (94)
Nocturno (7 pm – 7 am)	31,90 (43)	66,70 (4)	33,30 (47)
Servicio de ocurrencia			
Urgencias	59,30 (80)	66,70 (4)	59,60 (84)
Hospitalización general	40,70 (55)	33,30 (2)	40,40 (57)
UCI/UCE	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)
Diagnóstico de ingreso			
Trastornos mentales y del comportamiento	28,90 (39)	16,60 (1)	28,40 (40)
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	22,90 (31)	0,00 (0)	22,00 (31)
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	11,90 (16)	50,00 (3)	13,50 (19)
Enfermedades del sistema circulatorio	5,90 (8)	0,00 (0)	5,70 (8)
Enfermedades del sistema respiratorio	5,90 (8)	0,00 (0)	5,70 (8)
Enfermedades del aparato digestivo	4,40 (6)	16,60 (1)	4,90 (7)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3,70 (5)	0,00 (0)	3,50 (5)
Otros	16,30 (22)	16,60 (1)	16,30 (23)
Especialidad tratante			
Medicina general	25,20 (34)	0,00 (0)	24,10 (34)
Medicina interna	20,70 (28)	33,30 (2)	21,30 (30)
Psiquiatría	19,30 (26)	33,30 (2)	19,90 (28)
Cirugía general	8,10 (11)	16,60 (1)	8,50 (12)
Ortopedia	7,40 (10)	16,60 (1)	7,80 (11)
Cirugía plástica	3,70 (5)	0,00 (0)	3,50 (5)
Otra	15,60 (21)	0,00 (0)	14,90 (21)
Agitación durante hospitalización			
No	77,10 (104)	50,00 (3)	75,90 (107)
Sí	22,90 (31)	50,00 (3)	24,10 (34)
Necesidad de contención farmacológica			
No	78,50 (106)	50,00 (3)	77,30 (109)
Sí	21,50 (29)	50,00 (3)	22,70 (32)
Requerimiento de contención física			
No	87,40 (118)	50,00 (3)	85,80 (121)
Sí	12,60 (17)	50,00 (3)	14,20 (20)
Craving durante hospitalización			
No	88,90 (120)	66,60 (4)	87,90 (124)
Sí	11,10 (15)	33,30 (2)	12,10 (17)
Reporte previo de deseo de irse			
No	72,60 (98)	50,00 (3)	71,60 (101)
Sí	27,40 (37)	50,00 (3)	28,40 (40)

Abreviaciones: UCI=Unidad de cuidados intensivos. UCE=Unidad de cuidados especiales

Pacientes con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento al ingreso

Teniendo en cuenta las diferencias en frecuencia de eventos entre hospitales psiquiátricos y no psiquiátricos, se realizó una comparación de los pacientes entre los pacientes con y sin diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento a su ingreso al hospital (Tabla 5). Aunque parte de las características de ambos grupos fueron similares, se observó que los pacientes que sí tuvieron el diagnóstico eran más jóvenes y pocos tenían un antecedente de trastorno mental. De la misma forma, tuvieron mayor agitación durante las hospitalizaciones y requerimiento de contención farmacológica y física.

Tabla 5. Características de los pacientes que presentaron eventos según la presencia de diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento al ingreso. n=141

Característica	Diagnóstico al ingreso de Trastorno mental y del comportamiento		Total % (n=141)
	Sí % (n=40)	No % (n=101)	
Edad en años			
Mediana (rango intercuartílico)	32 [27 – 40]	38 [27 – 54]	36 [27 – 50]
Mínimo – Máximo	18–63	18–85	18 – 85
Antecedente de trastorno mental			
No	80,00 (32)	24,80 (25)	59,60 (84)
Sí	20,00 (8)	75,20 (76)	40,40 (57)
Antecedente de consumo de tóxicos			
No	35,00 (14)	41,60 (42)	39,70 (56)
Sí	65,00 (26)	55,40 (56)	58,20 (82)
Desconocido	0,00 (0)	3,00 (3)	2,10 (3)
Agitación durante hospitalización			
No	52,50 (21)	85,10 (86)	75,90 (107)
Sí	47,50 (19)	14,90 (15)	24,10 (34)
Necesidad de contención farmacológica			
No	52,50 (21)	87,10 (88)	77,30 (109)
Sí	47,50 (19)	12,90 (13)	22,70 (32)
Requerimiento de contención física			
No	70,00 (28)	92,10 (93)	85,80 (121)
Sí	30,00 (12)	7,90 (8)	14,20 (20)
Craving durante hospitalización			
No	92,50 (37)	86,10 (87)	87,90 (124)
Sí	7,50 (3)	13,90 (14)	12,10 (17)
Servicio de ocurrencia del evento			
Urgencias	97,50 (39)	45,60 (45)	59,60 (84)
Hospitalización general	2,50 (1)	55,40 (56)	40,40 (57)

Discusión

En este estudio se analizaron los eventos relacionados con fuga e intentos de fuga en un hospital general de alta complejidad de Medellín, Colombia durante 9 años y se encontró una prevalencia de periodo de 5,5 fugas y 0,26 intentos de fuga por cada 10.000 ingresos. Los casos fueron principalmente hombres, en la cuarta década de la vida, solteros, de nivel escolar primario y secundario. La prevalencia encontrada en este estudio podría considerarse baja en comparación con las reportadas en otras instituciones no psiquiátricas por Igleis et al.⁹ en Chile con un 0,4%, Anisi et al.⁶ con un 0,4% y Khammarnia et al.¹³ con un 0,5%, en Irán, y por Cheng et al.¹⁴ con un 0,27% en Hong Kong. Algunos autores proponen diferentes razones para estas diferencias en distintos contextos, destacándose las características de los sistemas de salud como una explicación transversal a muchas causas de fuga¹⁵. Se ha encontrado que la incapacidad para pagar los gastos médicos y la falta de cobertura del aseguramiento están asociados a población vulnerable o migrante que se fuga. Aunque el mayor porcentaje de pacientes incluidos en este estudio tenían una ocupación desconocida, se observó un bajo porcentaje de desempleados y habitantes de calle a diferencia de los otros estudios¹³. Además, en este estudio, por las disposiciones del sistema de salud colombiano, todos los pacientes tenían aseguramiento, mientras que en otros estudios los porcentajes de no aseguramiento eran superiores al 50% en los grupos de fugados^{6,13}.

Otras razones que pueden contribuir a la ocurrencia de fugas son la ausencia de protocolos estandarizados y la falta de entrenamiento específico para el personal asistencial en este tipo de situaciones¹⁵. Aunque los autores de los estudios no mencionan explícitamente la existencia de protocolos de vigilancia en los hospitales incluidos, se ha documentado que el personal asistencial refiere la necesidad de contar con guías de atención claras y bien definidas para manejar estos eventos y mitigar sus efectos sobre el paciente y su entorno¹⁵. Los protocolos institucionales de vigilancia distintos, e incluso la falta de protocolos en otros contextos, pueden explicar las diferencias en la frecuencia del evento entre los estudios, ya que la fuga puede entenderse de forma diferente en los distintos servicios, lo que dificulta las comparaciones entre estos¹⁶.

En relación con las características de los pacientes fugados se pudo observar que prevaleció el patrón de pacientes masculinos, jóvenes y solteros, similar a lo encontrado en Chile por Valdivieso et al.⁸. Estas características son similares a las encontradas tanto en hospitales psiquiátricos como no psiquiátricos de diferentes países^{14,17,18}. De la misma forma, el antecedente de consumo de sustancias, que estuvo presente en más de la mitad de la población del estudio, ha sido identificado como factor de riesgo de fuga en estudios previos^{6,18}. Yahyavi et al.¹⁷ reportaron el trastorno afectivo bipolar y el trastorno por uso de sustancias como los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes en su población, al igual que este estudio, mientras que en otros ha predominado la esquizofrenia¹⁹. Así mismo, se encontraron similares tiempos de estadía previa al evento, predominio de los trastornos mentales como diagnóstico principal, y medicina general como la especialidad tratante más común de los pacientes que presentan el evento tanto en instituciones de atención general como psiquiátricas¹⁴.

La comparación entre pacientes con y sin diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento al ingreso mostró características similares entre los grupos. Sin embargo, llamó la atención que el antecedente de trastorno mental fue menos frecuente en el grupo con diagnóstico al ingreso. Esto podría explicarse porque suele ser más común que un paciente con el antecedente, que presenta una descompensación o exacerbación de los síntomas, sea llevado por sus familiares directamente a centros especializados en salud mental, mientras que los que presentan estos por primera vez suelen ser manejados en hospitales generales inicialmente. De forma esperable, los pacientes con el diagnóstico tuvieron mayor agitación y requerimiento de contención física y farmacológica, y, aunque hubo poco craving a pesar del antecedente de consumo de sustancias, podría explicarse por el efecto ansiolítico de los fármacos usados en la contención. De la misma forma, estos pacientes suelen ser ubicados en el

servicio de urgencias mientras se lleva a cabo su manejo agudo inicial y/o son remitidos a unidades de salud mental, lo que explica que casi todos los eventos se presentaran en este servicio. Esta comparación por tipo diagnóstico no ha sido realizada en otros estudios en hospitales generales, por lo que se desconoce si siguieron un mismo patrón.

Con respecto a las motivaciones detrás de las fugas, Martin et al.²⁰ propuso cuatro categorías para clasificarlas. Las fugas pueden estar orientadas a un objetivo, como el deseo de consumir sustancias, acontecimientos significativos en la vida, la necesidad de proteger a otras personas o pertenencias, o la urgencia de alcanzar o localizar algo específico. Dada la alta frecuencia del consumo en este estudio, es posible que esto haya sido una motivación importante en los casos observados. Del mismo modo, la presencia de craving plantea la pregunta de si sería necesario implementar un manejo intensivo de este síntoma durante la hospitalización de estos pacientes.

Las fugas pueden estar asociadas a la frustración de la atención. La frustración puede surgir debido a descontento con los regímenes de tratamiento, los médicos, el personal, o la duración de la estancia hospitalaria, así como por sentimientos de aburrimiento, encierro o temor. En este estudio la estancia fue relativamente corta entre los pacientes, sin embargo, esta motivación podría abordarse proporcionando una descripción clara de los tiempos hospitalarios, lo que ayudaría a reducir la incertidumbre que experimentan los pacientes²¹. La motivación sintomática para las fugas generalmente involucra a pacientes que se fugan debido a episodios de psicosis o deterioros cognitivos²⁰. En algunos de los casos estudiados, esto podría estar relacionado con diagnósticos de esquizofrenia, aunque no se encontraron pacientes con deterioro cognitivo diagnosticado formalmente que puedan tener esta motivación. A pesar de esto, no se excluye por completo la posibilidad de que otras alteraciones o trastornos que lleven a emociones intensas, como la paranoia o el miedo, hayan influido en la decisión de fugarse de los pacientes. Finalmente, en algunos casos las fugas pueden ocurrir debido a la impulsividad del paciente o a la aparición de una oportunidad, como una puerta o ventana sin cerrar²⁰. Es posible que las horas en las que se observó un mayor número de fugas, especialmente hacia el final de la tarde, sean momentos más propensos a estos eventos. Sin embargo, cabe aclarar que en el hospital en el que se desarrolló el estudio, las oportunidades de fuga podrían ser limitadas debido a su infraestructura y las medidas de seguridad implementadas por la empresa encargada de la seguridad de la institución.

En otros contextos, se han realizado estudios cualitativos para explorar las motivaciones detrás de las fugas en el contexto de un hospital general¹⁵. Complementar los datos cuantitativos con enfoques cualitativos permitiría obtener una comprensión más integral de los factores que influyen en estos eventos, explorando las experiencias y percepciones de los pacientes, así como las barreras o facilitadores percibidos por el personal asistencial. Además, el uso de métodos mixtos podría ofrecer una perspectiva más detallada, ayudando a identificar patrones y a diseñar intervenciones efectivas. Estos enfoques permitirían no solo cuantificar la prevalencia de fugas, sino también comprender las razones subyacentes y desarrollar estrategias de prevención más adecuadas al contexto específico de los hospitales.

Algunas estrategias propuestas en la literatura para prevenir las fugas y los intentos de fuga se enfocan en mejorar la comunicación entre el personal asistencial y los pacientes. Establecer una relación más cercana con el paciente, comprendiendo sus preferencias y frustraciones respecto a la hospitalización, puede facilitar una atención centrada en la persona, lo que ayudaría a reducir posibles conflictos y la disposición del paciente de querer fugarse¹⁵. Brindar información clara y específica sobre el estado de salud del paciente y sus implicaciones prácticas puede reducir la confusión y evitar las fugas o los intentos de fuga. Existen intervenciones no restrictivas, como el modelo Safewards²², que incluye un conjunto de intervenciones sencillas para hacer que las unidades hospitalarias sean más centradas en la persona. Este modelo ha sido adoptado y evaluado exitosamente en hospitales psiquiátricos en varias partes

del mundo²³. Estrategias adicionales para minimizar daños y reducir la incidencia de fugas incluyen la toma de decisiones compartida, un seguimiento cercano al paciente, el manejo de la comunicación de malas noticias para evitar conflictos, y el uso de un lenguaje asertivo que replantee posibles áreas de tensión. Reducir el riesgo de fuga y el daño a los pacientes mientras están hospitalizados requiere la implementación de un enfoque integral que involucre no solo al personal asistencial, sino también a los cuidadores o familiares, y al propio paciente.

Otros autores han sugerido la introducción de actividades estructuradas en las salas para reducir el aburrimiento y la frustración²⁴. Otra propuesta es la de un enfoque de atención orientado a la recuperación para promover entornos hospitalarios menos restrictivos y minimizar la ocurrencia de fugas^{24,25}. La caracterización de los pacientes con fuga o intento de fuga puede no solo mejorar la prevención, sino también permitir una vigilancia más activa y la implementación de alertas personalizadas, que a su vez podrían reducir el riesgo de complicaciones y mejorar desenlaces clínicos. En este contexto, herramientas como escalas de medición del riesgo de fuga o la identificación de perfiles de riesgo podría ser de gran utilidad para realizar evaluaciones estructuradas de los pacientes que ingresan a las instituciones y promover estrategias de prevención y vigilancia²⁶⁻²⁸.

Respecto a los intentos de fuga, durante la revisión de historias clínicas a lo largo de la investigación se identificaron menciones a estos eventos en pacientes que no tenían un reporte oficial, por lo que se podría pensar que hay un subreporte importante de ellos. Esto puede explicarse porque no se encuentra descrito explícitamente en los protocolos institucionales del HAMA³ y muestra que podría ser necesaria una mayor concienciación sobre su caracterización. Aun así, se consideran relevantes los resultados de estos pacientes ya que sus reportes son muy escasos en la literatura^{29,30}, y el estudio detallado de sus características y motivaciones asociadas podría tener un papel fundamental en evitar las fugas. Una estrategia para considerar sería la estructuración de proyectos de investigación con un enfoque cualitativo para comprender o explorar las motivaciones de estos pacientes. Por ejemplo, utilizar técnicas como la entrevista permite profundizar en las experiencias y motivaciones de los pacientes de manera directa, así como factores económicos, sociales y psicológicos que influyen en su decisión de fugarse, algo que los datos clínicos y sociodemográficos no siempre pueden captar.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra su finalidad descriptiva y la baja proporción de intentos de fuga reportados que impidió realizar comparaciones para identificar diferencias entre los grupos. La revisión retrospectiva de historias clínicas acarrea que la información disponible solo pudo ser la que se consignó, dejando por fuera detalles sin conocer. De la misma forma, debido a la falta de información sobre las características de todos los ingresos en el hospital, no fue posible calcular prevalencias diferenciadas según variables específicas, como por ejemplo, entre pacientes con y sin diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento al ingreso. Aun así, hasta donde se tiene conocimiento, este estudio es el primero en Colombia que evalúa las fugas e intentos de fuga por parte de pacientes en hospitales generales, y sienta bases importantes para el desarrollo de nuevas investigaciones que permitan determinar factores de riesgo para fuga e intento de fuga en pacientes y proponer estrategias de prevención efectivas.

Conclusión

Se encontró una baja prevalencia de fuga en comparación con las reportadas en la literatura. A pesar de esto, las características de los pacientes fugados fueron similares a las de otros países, tanto en hospitales psiquiátricos como no psiquiátricos, siendo en su mayoría pacientes masculinos, jóvenes y solteros. Aunque una proporción mayor de estos presentaba antecedentes de consumo de tóxicos, una menor parte de los casos tenía antecedentes de trastorno mental o ingresó con dicho diagnóstico

a la institución. La identificación de estas características podría orientar la creación de perfiles susceptibles de vigilancia intrahospitalaria y facilitar la prevención y el manejo de estos eventos.

Conflicto de interés: Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con este estudio.

Financiación: Esta investigación o la preparación del artículo no recibieron apoyo financiero de ningún organismo de financiación.

Referencias

1. **Muir-Cochrane E, Mosel KA.** Absconding: A review of the literature 1996–2008. *Int J Ment Health Nurs.* 2008;17(5):370–378. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00562.x>
2. **Yugero Torres O, Pérez Pérez RM.** El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. *Emergencias.* 2018;30:433–436. <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-30/numero-6/el-alta-voluntaria-y-la-fuga-en-los-servicios-de-urgencias-un-reto-con-implicaciones-eticas-y-medico-legales/>
3. **Hospital Alma Máter.** Procedimientos de vigilancia y seguridad física Hospital Alma Máter de Antioquia. Medellín: Hospital Alma Máter de Antioquia; 2024. Consulta: Julio 17, 2024. Disponible en: <https://calipsuvisor.ghips.co//FileViewer/VerArchivoPdfJs?fileName=PC-LG-0794%20%20%20PROCEDIMIENTO%20VIGILANCIA%20Y%20SEGURIDAD%20FISICA%20V13.pdf>
4. **Hospital Metropolitano de Santiago.** Protocolo de acción frente a fuga de pacientes. Santiago de Chile: Hospital Metropolitano de Santiago; 2010. Consulta: Julio 17, 2024. Disponible en: <https://sb86eb09335ad47f5.jimcontent.com/download/version/1325778618/module/3697993752/name/Hospital%20Santiago%20de%20Chile%202010%20-Protocolo%20Fuga-.pdf>
5. **Olagunju AT, Bouskill SL, Olagunju TO, Prat SS, Mamak M, Chaimowitz GA.** Absconson in forensic psychiatric services: a systematic review of literature. *CNS Spectr.* 2022;27(1):46–57. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001881>
6. **Anisi S, Zarei E, Kariman H, Kazemi MK, Chehrazi M.** Patient Absconding and Its Predictors: A 5-Year Retrospective Analysis in a General Teaching Hospital in Tehran, Iran. *Shiraz E-Med J.* 2017;18(12):e14532. <https://doi.org/10.5812/semj.14532>
7. **Bowers L, Banda T, Nijman H.** Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(5):315–328. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181da47e2>
8. **Valdivieso FS, Olivos P, Concha F, et al.** Estudio descriptivo de los episodios de fuga en el Hospital Psiquiátrico de Santiago. *Rev Psiquiatría.* 1989;6(4):281–295. <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/10/89-4-005-Estudio-descriptivo-de-los-episodios-de-fuga-en-el-Hospital-Psiquia%CC%81trico-de-Santiago.pdf>
9. **Iglesis Honorato I, Alvarado Alvarez N, Wosiack Menin A, Silva Figueroa M, Escobar Montoya A, Bravo Lazaneo E.** Frecuencia de fugas de pacientes en el servicio de urgencia en el Hospital Comunitario de Til Til entre agosto 2016 y agosto 2017. V Congreso de Estudiantes de Medicina de Maule; 2017 Nov 9-11; Talca, Chile. Consulta: Julio 17, 2024. Disponible en: https://portal.ucm.cl/content/uploads/2017/12/Resumen_V_CEMM_2017.pdf
10. **Molnar G, Pinchoff DM.** Factors in patient elopements from an urban state hospital and strategies for prevention. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44(8):791–792. <https://doi.org/10.1176/ps.44.8.791>
11. **RStudio Team.** RStudio: Integrated Development for R. [Internet] 2015 [Cited 2024 Sept 8]. Available from: <http://www.rstudio.com/>
12. **Prada Aceros NJ, Castrillon-Martinez E, Perez-Gutierrez AM, Zapata-Ospina JP.** Características sociodemográficas y clínicas de pacientes que presentaron fuga o intento de fuga en el HAMA. 2024. *Mendeley Data: Versión 1.* <https://doi.org/10.17632/jhw2pzxc7h.1>
13. **Khammarnia M, Kassani A, Amiresmaili MR, Sadeghi A, Karimi Jaber Z, Kavosi Z.** Study of patients absconding behavior in a general hospital at southern region of Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(3):137–141. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.110>

14. **Cheng ST, Chung CH, Leung YH, Lai KK.** Patient absconding behaviour in a public general hospital: retrospective study. *Hong Kong Med J.* 2002;8(2):87–91. <https://www.hkmj.org/abstracts/v8n2/87.htm>
15. **Moradpour M, Amiresmaili M, Nekoei-Moghadam M, Dehesh Tania.** The reasons why patients abscond from public hospitals in southeastern Iran: a qualitative study. *Arch Public Health.* 2021;79(1):106. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00634-z>
16. **Muir-Cochrane E, Muller A, Oster C.** Absconding: A qualitative perspective of patients leaving inpatient psychiatric care. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(5):1127–1135. <https://doi.org/10.1111/inm.12863>
17. **Yahyavi ST, Faraji S.** Absconding from a Psychiatric Hospital in a Developing Country, Related Factors, and the Consequences. *Med J Islam Repub Iran.* 2023;37(1):865–869. <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.110>
18. **Atienza Martinez A, Font Pujol J, Buxó Pujolràs M, Turró Garriga O.** Conociendo al paciente con riesgo de fuga. *Rev Enferm Salud Ment.* 2017;5–14. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2017.8.5>
19. **Gerace A, Oster C, Mosel K, O’Kane D, Ash D, Muir-Cochrane E.** Five-year review of absconding in three acute psychiatric inpatient wards in Australia. *Int J Ment Health Nurs.* 2015;24(1):28–37. <https://doi.org/10.1111/inm.12100>
20. **Martin K, McGeown M, Whitehouse M, Stanyon W.** Who’s going to leave? An examination of absconding events by forensic inpatients in a psychiatric hospital. *J Forensic Psychiatry Psychol.* 2018;29(5):810–823. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1467948>
21. **Handel DA, Fu R, Daya M, York J, Larson E, John McConnell K.** The Use of Scripting at Triage and Its Impact on Elopements. *Acad Emerg Med.* 2010;17(5):495–500. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00721.x>
22. **Bowers L.** Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21(6):499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
23. **Fletcher J, Reece J, Kinner SA, Brophy L, Hamilton B.** Safewards Training in Victoria, Australia: A Descriptive Analysis of Two Training Methods and Subsequent Implementation. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2020;58(12):32–42. <https://doi.org/10.3928/02793695-20201013-08>
24. **Fletcher J, Hamilton B, Kinner S, Sutherland G, King K, Tellez JJ, et al.** Working towards least restrictive environments in acute mental health wards in the context of locked door policy and practice. *Int J Ment Health Nurs.* 2019;28(2):538–550. <https://doi.org/10.1111/inm.12559>
25. **McKenna B, Furness T, Dhital D, Ennis G, Houghton J, Lupson C, et al.** Recovery-Oriented Care in Acute Inpatient Mental Health Settings: An Exploratory Study. *Issues Ment Health Nurs.* 2014;35(7):526–532. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.890684>
26. **Marlett JE, Vacovsky BA, Krug EA, Ha-Johnson TM, Hill SAF.** Elopement: Evidence-based mitigation and management. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2023;20(6):634–641. <https://doi.org/10.1111/wvn.12683>
27. **Booth BD, Michel SF, Baglole JS, Healey LV, Robertson HV.** Validation of the Booth Evaluation of Absconding Tool for Assessment of Absconding Risk. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2021;49(3):338–349. <https://europepmc.org/article/med/34001671>
28. **Brumbles D, Meister A.** Psychiatric elopement: using evidence to examine causative factors and preventative measures. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013;27(1):3–9. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2012.07.002>
29. **Wilkie T, Penney SR, Fernane S, Simpson AIF.** Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case-control study. *BMC Psychiatry.* 2014;14(1):91. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-91>
30. **Tommasini NR, Iennaco JD.** A Model Program to Manage Behavioral Emergencies and Support Nurses in the Medical Setting. *Nurs Adm Q.* 2022;46(1):37–44. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000501>