



ORIGINAL

## Calidad asistencial en la atención inicial al trauma pediátrico<sup>☆</sup>

Vicente Ibáñez Pradas<sup>a,\*</sup> y Rut Pérez Montejano<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup> Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Anestesiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

Recibido el 10 de noviembre de 2016; aceptado el 15 de febrero de 2017

### PALABRAS CLAVE

Lesiones;  
Soporte vital  
avanzado en trauma;  
Centro de trauma;  
Simulación  
con pacientes;  
Calidad asistencial

### Resumen

**Introducción:** En nuestro país la asistencia al trauma no se presta en centros específicos, lo que expone a los profesionales sanitarios a un contacto esporádico con este tipo de pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de la asistencia inicial prestada a los pacientes antes de su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de un centro de tercer nivel tras el inicio de un programa formativo en trauma pediátrico, como medida indirecta del aumento de profesionales con formación específica.

**Material y métodos:** Se seleccionaron 2 cohortes de pacientes correspondientes a los ingresos en UCIP por trauma durante los 4 años previos al inicio de los cursos de formación (grupo 1, periodo 2001-2004) y durante los 4 últimos años (grupo 2, periodo 2012-2015), tras haber formado a cerca de 500 profesionales. Se registró el mecanismo lesional, equipo que presta la asistencia inicial, puntuación en el score de Glasgow (GCS) en la atención inicial, y puntuación en el índice de trauma pediátrico (ITP) en la atención inicial. La calidad de la asistencia se evaluó mediante 5 indicadores: uso de collarín cervical, obtención de una vía venosa, intubación orotraqueal si  $GCS \leq 8$ , sondaje gástrico si  $ITP \leq 8$ , y número de actuaciones realizadas entre las primeras 4 medidas recomendadas (control cervical, administración de oxígeno, canalización de vía periférica y administración de fluidos). Se comparó el porcentaje de cumplimiento de los indicadores en ambos periodos. Una  $p < 0,05$  fue considerada estadísticamente significativa.

**Resultados:** Se analizó a 218 pacientes; 105 en el grupo 1 y 113 en el grupo 2. Los grupos mostraron diferencias tanto en el mecanismo lesional como en el equipo que presta la asistencia inicial. En los últimos años se aprecia una disminución de los accidentes de tráfico (28% vs. 6%;  $p: 0,0001$ ), así como un aumento de los casos atendidos en centros de baja complejidad (29,4% vs. 51,9%;  $p: 0,008$ ). También disminuyeron los pacientes en coma (29,8% vs. 13,5%;  $p: 0,004$ ).

<sup>☆</sup> Trabajo presentado en la Jornada Conmemorativa del XXV Curso de AITP-Valencia. Avanzando en la formación del politrauma pediátrico. Valencia, 3 de marzo del 2016.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ibanez.vic@hotmail.com](mailto:ibanez.vic@hotmail.com) (V. Ibáñez Pradas).

o con trauma grave (48,5% vs. 29,7%;  $p$ : 0,005). De los indicadores analizados solo se observó mejoría en el uso de collarín cervical (17,3% vs. 32,7%;  $p$ : 0,01), sin modificarse el porcentaje de pacientes en los que no se realiza ninguna acción en la asistencia inicial (19% vs. 11%;  $p$ : 0,15).

**Conclusiones:** Aunque con mejoras aisladas, el desarrollo de un programa formativo específico no se ha traducido en una mejora global de la calidad asistencial en este tipo de pacientes. La formación en trauma debe complementarse con medidas de refuerzo para conseguir una aplicación sistemática del algoritmo de actuación.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría.

## KEYWORDS

Injuries;  
Advanced trauma life support care;  
Trauma centres;  
Patient simulation;  
Quality of healthcare

## Quality of initial trauma care in paediatrics

### Abstract

**Introduction:** Trauma care in Spain is not provided in specific centres, which means that health professionals have limited contact to trauma patients. After the setting up of a training program in paediatric trauma, the aim of this study was to evaluate the quality of the initial care provided to these patients before they were admitted to the paediatric intensive care unit (PICU) of a third level hospital (trauma centre), as an indirect measurement of the increase in the number of health professionals trained in trauma.

**Material and methods:** Two cohorts of PICU admissions were reviewed, the first one during the four years immediately before the training courses started (Group 1, period 2001-2004), and the second one during the 4 years (Group 2, period 2012-2015) after nearly 500 professionals were trained. A record was made of the injury mechanism, attending professional, Glasgow coma score (GCS), and paediatric trauma score (PTS). Initial care quality was assessed using five indicators: use of cervical collar, vascular access, orotracheal intubation if  $GCS \leq 8$ , gastric decompression if  $PTS \leq 8$ , and number of actions carried out from the initial four recommended (neck control, provide oxygen, get vascular access, provide IV fluids). Compliance was compared between the 2 periods. A  $P < .05$  was considered statistically significant.

**Results:** A total of 218 patient records were analysed, 105 in Group 1, and 113 in Group 2. The groups showed differences both in injury mechanism and in initial care team. A shift in injury mechanism pattern was observed, with a decrease in car accidents (28% vs 6%;  $P < .0001$ ). Patients attended to in low complexity hospitals increased from 29.4% to 51.9% ( $P = .008$ ), and their severity decreased when assessed using the  $GCS \leq 8$  (29.8% vs 13.5%;  $P = .004$ ), or  $PTS \leq 8$  (48.5% vs 29.7%;  $P = .005$ ). As regards quality indicators, only the use of neck collar improved its compliance (17.3% to 32.7%;  $P = .01$ ). Patients who received no action in the initial care remained unchanged (19% vs 11%;  $P = .15$ ).

**Conclusions:** Although there are limited improvements, the setting up of a training program has not translated into better initial care for trauma patients in our area of influence. Trauma training should be complemented with other support measures in order to achieve a systematic application of the trauma care principles.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría.

## Introducción

Los accidentes constituyen la primera causa de mortalidad infantil en mayores de un año de edad en los países desarrollados. En EE. UU. más de 8,7 millones de niños son atendidos anualmente en los servicios de urgencias por este motivo, con más de 7.000 fallecidos/año, y la mejora en la asistencia a estos pacientes constituye una prioridad de salud pública<sup>1</sup>. España carece de un registro nacional sobre trauma, aunque sí existe un registro a nivel europeo (The European Injury Database)<sup>2</sup>. En ausencia de datos oficiales, salvo los registros de mortalidad ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, 2 estudios realizados en distintos

hospitales pediátricos ofrecen una aproximación igual de preocupante, estimándose que por cada fallecido se generan 160 ingresos hospitalarios y 2.600 visitas a urgencias<sup>3-5</sup>.

Nuestro país carece de centros específicos de asistencia al trauma pediátrico, por lo que la asistencia suele prestarse bien en el lugar del accidente por los equipos de ambulancias medicalizadas (UVI móvil), bien en el hospital o centro de salud más cercano, lo que expone a los profesionales sanitarios de estos centros a una patología potencialmente letal pero con la que tienen un contacto esporádico. Además de la baja incidencia, la atención prestada en los primeros minutos condiciona el resultado final en lo que se ha denominado «la media hora de oro», por lo que una actuación correcta

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8808765>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8808765>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)